

Artículo

Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y quejas subjetivas de salud: Un modelo de mediación moderada con profesionales sanitarios

Gumersindo Tirado¹, Francisco Rodríguez-Cifuentes², Marta Llorente-Alonso³, Fernando Rubio-Garay⁴, Gabriela Topa⁴ y M. Ángeles López-González²

¹ Universidad de Huelva, España.

² Universidad Rey Juan Carlos, España.

³ Complejo Hospitalario de Soria, España.

⁴ Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

INFORMACIÓN

Recibido: Marzo 14, 2022

Aceptado: Junio 08, 2022

Palabras clave:

Desequilibrio esfuerzo-recompensa
Quejas de salud
Sobreimplicación
Identificación grupal
Estrés

RESUMEN

Objetivos: El presente trabajo examinó el efecto del desequilibrio esfuerzo-recompensa en las quejas subjetivas de salud. Se conceptualizó un modelo de mediación moderada, en el que la identificación grupal media la relación, y la Sobreimplicación actúa como moderador. **Método:** La muestra estuvo compuesta por 459 profesionales de la salud españoles que cumplimentaron un cuestionario sobre desequilibrio esfuerzo-recompensa, sobreimplicación, quejas subjetivas de salud e identificación grupal. **Resultados:** Al contrario de lo hipotetizado, el efecto directo del desequilibrio sobre las quejas subjetivas de salud resultó significativo y negativo. El efecto indirecto, mediado por la identificación grupal, fue más intenso y estadísticamente significativo para los empleados con Sobreimplicación alta o media, mientras que fue no significativo para aquellos con una baja Sobreimplicación. **Conclusiones:** El presente estudio puede ayudar a comprender mejor cómo se relaciona el desequilibrio de esfuerzo-recompensa y las quejas subjetivas de salud. También contribuye a explicar el papel de la identificación con el grupo como mediador. En consecuencia, la intervención temprana debería fomentar la identificación grupal.

Effort–reward imbalance and subjective health complaints: A moderated mediation model with Spanish Health professionals

ABSTRACT

Objectives: This paper examines the effect of the effort-reward imbalance on health complaints. A moderated mediation model was conceptualized, with group identification as the mediator variable and overcommitment acting as a moderator. **Method:** A 459 Spanish health professionals sample completed the questionnaire: effort-reward imbalance, overcommitment, subjective health complaints and group identification was measured. **Results:** The direct effect of the imbalance on health complaints was significant and negative. The indirect effect, mediated by group identification, was statistically significant and more intense for employees with medium or high overcommitment scores, but not for those with a low overcommitment. **Conclusions:** The present study can contribute to a better understanding of how Effort-Reward Imbalance and subjective health complaints are related. It also helps to explain the role of group identification as a mediator. Consequently, early interventions should encourage group identification.

Keywords:

Effort-Reward Imbalance
Health complaints
Overcommitment
Group identification
Stress

Introducción

Aunque el trabajo pueda ser una fuente de bienestar y salud para muchas personas, en ocasiones es el germen de diversos problemas y quejas de salud física y psicológica (e.g., estrés, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, *burnout*) tal y como sucede con frecuencia en el ámbito de los profesionales sanitarios, especialmente durante la pandemia originada por la COVID-19 (e.g., Danet Danet, 2021; de Juan Pérez, 2021; Lake et al., 2022; Salazar de Pablo et al., 2020; Tolsa y Malas, 2021). A los clásicos modelos teóricos propuestos para explicar los efectos en la salud de las experiencias estresantes en el trabajo como el modelo de «Ajuste-Persona» (French et al., 1982) y el modelo de «Demanda-Control» (Karasek y Theorell, 1990), se ha sumado en los últimos años el modelo de «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» (DER, en español) planteado por Johannes Siegrist (*Effort-Reward Imbalance*, ERI; Siegrist, 1996; 2002; 2017; Siegrist y Li, 2016).

«Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» como modelo explicativo del estrés laboral

Esta aproximación se centra en la reciprocidad del intercambio en la vida laboral, de tal forma que las condiciones que implican un alto coste y una baja recompensa se consideran especialmente estresantes en los trabajadores y afectan negativamente a su salud física y mental (Siegrist, 1996). Básicamente, plantea una falta de correspondencia entre el «esfuerzo» que las personas dedican a sus trabajos y las «recompensas» que ellos reciben a cambio. Siegrist identifica un componente estructural (extrínseco) y un componente personal (intrínseco). Las «recompensas» forman parte del primero, mientras que podemos distinguir entre el «esfuerzo» tanto «extrínseco» –relacionado con las exigencias laborales– como «intrínseco» –ligado a las exigencias personales sobre el trabajo, afectando a las expectativas y al nivel emocional– (ver Figura 1; Romeo et al., 2019; Siegrist y Li, 2016). Siegrist (2002) realiza tres predicciones a partir de este modelo, siendo la primera la que mayor atención ha recibido por parte de los investigadores y la que ha sido ampliamente avalada por sus resultados (Estremera, 2017). En concreto, el autor del modelo propone que: (a) si existe un desequilibrio en el «componente extrínseco» (esfuerzo > recompensa), se producirán efectos adversos sobre la salud y el bienestar de los trabajadores; (b) un nivel alto de «esfuerzo intrínseco» («Sobreimplicación») provocará un intercambio no recíproco en el que el trabajador aporta y espera más de lo habitual; y (c) si ambos componentes, extrínseco e intrínseco, actúan en la misma dirección, las afecciones sobre la salud y el bienestar serán más potentes.

El papel moderador de la Sobreimplicación

Esta última predicción del modelo de Siegrist, conocida como la «hipótesis de la interacción», supone un proceso de moderación entre los componentes del modelo (García-Maroto et al., 2022; Siegrist, 2002). En este sentido, los trabajadores sobreimplicados podrían hacer una errónea evaluación del potencial dañino de las condiciones laborales, además de sobreestimar sus propias capacidades para hacerles frente (Violanti et al., 2018). Por tanto, en el modelo DER se hipotetiza que el «compromiso excesivo»

o «sobreimplicación» modera el efecto del «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» en la salud, incrementándose los efectos negativos del desequilibrio entre las personas con una puntuación alta en «Sobreimplicación».

La «Sobreimplicación» involucra patrones motivacionales elevados. En una investigación realizada por Bao y Zhong (2019) se propuso la «motivación hacia el servicio público» como moderador de la relación entre diferentes tipos de estresores (de desafío –positivos– u obstáculos –negativos–) y la «identificación grupal, que precedía en último término la intención de abandono del puesto en trabajadores públicos de China. Sus resultados apuntaban en esta dirección, pues la relación positiva entre los «estresores desafiantes» y la «identificación grupal», y la relación negativa entre los «estresores negativos» y la «identificación grupal», eran más robustas cuando la «motivación» era alta.

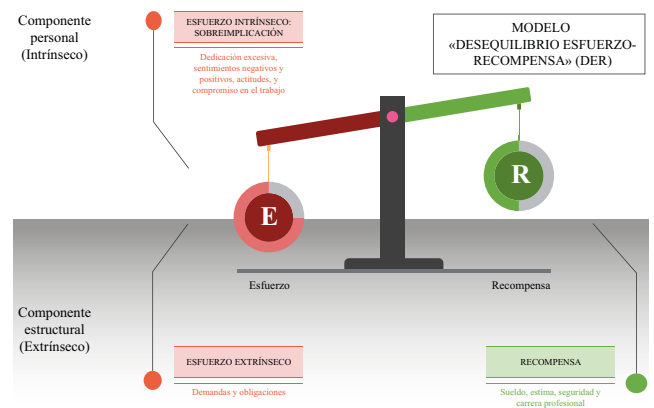


Figura 1. Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa de Siegrist. Nota: modificado de Siegrist (1996).

Quejas subjetivas de salud y estrés laboral

Las «quejas subjetivas de salud» son muy frecuentes entre la población trabajadora y alcanzan tasas de prevalencia del 90 % según algunos estudios (e.g., Eriksen et al., 1998; Ottova-Jordan et al. et al., 2015). La intensidad de tales quejas oscila entre normales o tolerables y severas, pudiendo estas últimas afectar a la capacidad habitual de trabajo. En Noruega, por ejemplo, la principal causa de baja por enfermedad son las quejas de salud, en ausencia de una explicación patológica o física clara (Ihlebaek et al., 2006). Esta prevalencia también es alta en otros países, y las quejas de salud son la razón que más frecuentemente se aduce para visitar al médico (Haugland et al., 2001; Poulsen et al., 2013; Wilhelmsen et al., 2007). Las quejas de salud subjetivas comprenden un amplio abanico de problemas, como aquellas que refieren dolencias musculoesqueléticas – dolor de cuello y espalda–, psicológicas –ansiedad y depresión–, quejas gastrointestinales –dolor de estómago–, alergias –asma y eczemas–, y gripe –resfriados y tos– (Eriksen et al., 1998).

Además de los costes directos en atención sanitaria, las quejas de salud se asocian a un creciente número de bajas por enfermedad, así como a la reducción de la productividad y la pérdida de recursos en el mercado laboral y el desempleo (Eriksen et al., 2004). Aunque hay abundante literatura centrada en el análisis de este fenómeno,

especialmente en los países escandinavos, son menos frecuentes las investigaciones acerca de los predictores de las quejas de salud en población adulta trabajadora (Siegrist, 2016).

Diversos estudios han evidenciado la relación entre el «desequilibrio esfuerzo-recompensas» y las enfermedades asociadas al estrés, tales como la hipertensión (e.g., Boucher et al., 2017), los dolores musculoesqueléticos (e.g., Halonen et al., 2018), la diabetes (e.g., Mutambudzi et al., 2018) y otras patologías. Aunque existe suficiente evidencia sobre la percepción de un alto «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» y la mala salud en personal sanitario (véase García-Maroto et al., 2022, para una revisión), la investigación sobre la influencia conjunta de variables psicosociales como la «Identificación grupal y la «Sobreimplicación» en la relación entre el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» y las «quejas de salud subjetivas» es todavía muy incipiente (Tirado et al., 2019). Por ello, parece adecuado continuar indagando si las altas demandas impuestas a los empleados, «Alto Esfuerzo», y escasas compensaciones financieras, reconocimiento y oportunidades de carrera, «Bajas Recompensas», pueden llevar a la percepción de un desequilibrio que estaría asociado a un aumento de las quejas de salud.

Algunos estudios pioneros señalaron la relación entre el estrés y las quejas de salud (Smith et al., 1981; Watson y Pennebaker, 1989), la cual se ha continuado explorando en trabajos más recientes (Blom et al., 2017; Johnsen et al., 2017). Sin embargo, muchos de los trabajos empíricos han puesto el foco de atención en grupos ocupacionales específicos, como los empleados ferroviarios (Urhonen et al., 2016), encontrándose estudios con personal sanitario (Daraiseh y Summerville, 2016; Indregard et al., 2018). La influencia del estrés cobra interés en ámbitos laborales y organizacionales, pero especialmente en el sanitario, puesto que muchos profesionales están sometidos de manera permanente a factores estresantes (García-Iglesias et al., 2021). En un reciente trabajo García-Maroto et al. (2022), se halló que los sanitarios con un exceso de compromiso tenían una probabilidad de entre 1.27 y 4.67 veces mayor de sufrir problemas relacionados con la salud. Es debido a las características de su contexto laboral, uno de los más afectados en los últimos años a causa de la pandemia, que este sector es especialmente vulnerable a diversos problemas de salud a consecuencia de situaciones estresantes; por ello resulta un campo idóneo para realizar investigaciones como la que aquí se plantea (Ruiz-Fernández, 2020).

El papel mediador de la identificación con el grupo

En definitiva, aunque el modelo DER ha acumulado evidencia que respalda su relación con los problemas de salud en el personal sanitario (García-Maroto et al., 2022), todavía quedan por clarificar algunas cuestiones como, por ejemplo, a través de qué mecanismos el desequilibrio ejerce su efecto negativo sobre la salud. En este sentido, diferentes trabajos han explorado el papel mediador de la identificación social en las relaciones entre el «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» e indicadores de malestar, como el acoso laboral (Guglielmi et al., 2018).

La identificación organizacional ha sido definida como la “percepción de unidad con la organización y la experiencia de los éxitos y fracasos de la organización como propios” (Mael y Ashforth, 1992, p. 103). Según la Teoría de la Identidad Social,

las personas incorporan aquellas pertenencias grupales que son relevantes en su autoconcepto y tienden a asumir los juicios, evaluaciones y comportamientos que el grupo promueve o que benefician al grupo. Además, dentro de los grupos, las personas tienden a favorecer a sus miembros (Hogg y Terry, 2000) y, por el contrario, ven con indiferencia a quienes consideran fuera del grupo e incluso llegan a excluirlos activamente (Tajfel y Turner, 1986).

En los últimos años, la organización del trabajo en base a equipos ha ganado fuerza. El sector sanitario no ha sido ajeno a este fomento de grupos de trabajo y nos encontramos ante un escenario en el que se reconoce la labor de los distintos trabajadores, compartiendo la importancia que anteriormente se le aportaba únicamente al profesional de medicina (Fiscella y McDaniel, 2018). De acuerdo con Benítez-Saña (2021), una planificación adecuada de recursos humanos, basada en grupos de trabajo, puede favorecer resultados individuales y organizacionales positivos, como una disminución de los efectos negativos de la pandemia en profesionales sanitarios. En este contexto, los resultados estarán muy ligados a una «Identificación» con el grupo, más que a una simple identificación social a nivel organizacional (Snyder y Cistulli, 2021).

No obstante, la «Identificación» con un grupo se ve afectada a su vez por los determinantes del contexto. De este modo, Fonner y Roloff (2012) indican que un mayor nivel de estrés generado por continuas interrupciones en un entorno laboral disminuye la identificación organizacional. Por su parte, Liu et al. (2020) aportan evidencia de que el cumplimiento del contrato psicológico se relaciona positivamente con la identificación organizacional, mientras que una ruptura de este evento generador de estrés induciría a una identificación menor.

El posible rol mediador de la «identificación grupal» respecto a consecuencias individuales u organizacionales y grupales se ha planteado en la literatura científica desde hace décadas (Mael y Ashforth, 1992). Existe abundante evidencia empírica que indica que cuando los niveles de «Identificación grupal» son elevados, esta se transforma en una especie de “lente” perceptiva a través de la cual los trabajadores pueden evaluar la realidad de forma semejante a cómo lo hacen sus compañeros (Hogg et al., 2017). En este mismo sentido, los empleados a menudo adoptan las perspectivas de sus compañeros y esto acaba influyendo sobre sus comportamientos (Choi et al., 2017). Además, debido a la significación emocional que la pertenencia al grupo lleva asociada, aquellos empleados que están más identificados con sus grupos es más probable que se sientan miembros del endogrupo y sean proclives a evaluar sus condiciones de trabajo de forma coherente con las evaluaciones de sus compañeros (Litchfield et al., 2018). En resumen, estos argumentos sugieren que la identidad grupal puede jugar un papel mediador entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y las quejas de salud.

El objetivo general de este trabajo es someter a contrastación empírica la relación entre el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» y las «quejas de salud», con la mediación de la «identificación grupal» y la moderación de la «Sobreimplicación» con el trabajo (ver Figura 2).

De acuerdo con la revisión de la literatura, nos planteamos como primer objetivo específico, conocer la relación entre el componente extrínseco e intrínseco del modelo «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» y la «Identificación grupal». En concreto, suponemos:

H1: un desequilibrio en el componente extrínseco, en el que las exigencias sobrepasen las recompensas, impactará de manera negativa en la «Identificación grupal», especialmente cuando la «Sobreimplicación» (componente intrínseco) sea alta.

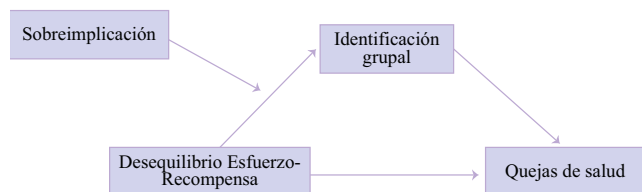


Figura 2. Modelo conceptual propuesto.

En segundo lugar, se estima que una situación estresante y frustrante, provocada por la percepción de que los esfuerzos no son debidamente recompensados, fomentará un mayor número de quejas asociadas a diferentes problemas de salud. Además, se predice que la «Identificación grupal» se relacione de manera inversa con las «Quejas de salud».

H2: el efecto del desequilibrio esfuerzo-recompensas sobre las quejas de salud estará mediado por la identificación grupal, especialmente cuando la sobreimplicación sea alta.

En conjunto, se espera que las mayores quejas de salud surjan cuando exista un desequilibrio entre los esfuerzos y las recompensas, explicándose parte de dicho efecto por el provocado por la disminución de la identificación grupal. Además, los efectos negativos en la salud se potenciarán si la «Sobreimplicación» es alta.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 459 personas (58.2 % enfermeros, 8.5 % celadores, 30.5 % auxiliares de enfermería y 2.8 % administrativos). La edad media fue de 47.25 años (DT = 10.72). El resto de las características sociodemográficas de los participantes pueden verse en la [Tabla 1](#).

Instrumentos de evaluación

Cuestionario sociodemográfico

Se realizó una encuesta ad hoc de cara a recoger información relevante de la muestra. En concreto se requería información sobre edad, sexo, nivel educativo, profesión, tipo de empresa, situación laboral, puesto, años en la profesión, coempleo, horas de trabajo semanales y trabajo a turnos.

Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa de Siegrist (1996)

Se trata de un cuestionario de 23 ítems que agrupa tres escalas: «Esfuerzo Extrínseco», «Recompensa» y «Sobreimplicación». Se utilizó la versión en castellano de [Macías Robles et al. \(2003\)](#), validada en una muestra de trabajadores de un hospital (entre los que se encontraban auxiliares, médicos y enfermeros).

El cuestionario completo está formado por los componentes del modelo; es decir, recoge una medida tanto para el «componente

extrínseco» (esfuerzo y recompensa) como para el «Intrínseco» («Sobreimplicación»). En un primer momento, para realizar una medida del componente estructural (extrínseco) se emplearon las escalas de «esfuerzo extrínseco» y de «recompensa». Ambas siguen una estructura de escala tipo Likert, variando las respuestas desde 1 (no me afecta) a 4 (me afecta muchísimo).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N=459)

	Nº	%	M	DT
Edad			47.25	10.52
Sexo:				
Mujeres	301	65.6		
Hombres	158	34.4		
Nivel educativo:				
Sin estudios	5	1.1		
EGB	16	3.5		
Formación profesional I	68	14.8		
Bachillerato/FP II	103	22.4		
Universitarios	261	56.9		
Profesión:				
Enfermeros	267	58.2		
Auxiliares de enfermería	140	30.5		
Celadores	39	8.5		
Administrativos	13	2.8		
Tipo de empresa:				
Pública	280	61.0		
Privada	175	38.1		
Situación laboral:				
En activo	411	89.5		
Parado (menos de 6 meses)	14	3.1		
Parado (más de 6 meses)	8	1.7		
Baja por enfermedad	6	1.3		
Jubilado	5	1.1		
Puesto de trabajo:				
Cargo directivo	6	1.3		
Puesto intermedio	93	20.3		
Cuenta ajena	317	69.0		
Autónomo	5	1.1		
Años en la profesión			13.95	9.96
Coempleo:				
No	64	13.9		
Si	387	84.3		
Horas de trabajo semanales			36.89	6.82
Trabajo a turnos:				
No	177	38.6		
Si, con turno de noche	196	42.7		
Si, sin turno de noche	86	18.7		

El «esfuerzo extrínseco» está compuesto por un factor de seis ítems, todos ellos con una puntuación directa. Ejemplos de ítems serían: “Debido a la gran cantidad de trabajo, a menudo, estoy muy apurado” o “Me interrumpen o molestan con frecuencia en mi trabajo”. De acuerdo con la literatura, las medidas de fiabilidad de la escala son aceptables, encontrando valores de Alpha de Cronbach entre .61 y .78 ([Birgit et al., 2013](#); [Siegrist et al., 2003](#)). En la presente investigación ha obtenido un índice de consistencia interna de .63, igual a la obtenida en la validación por [Macías Robles et al. \(2003\)](#).

En cuanto a la escala de «recompensa», está formada por 11 ítems, de los cuales 4 son inversos y requieren recodificación posterior. Esta escala refleja los diferentes tipos de recompensas

que identifica el modelo: monetarias; respeto y apoyo; y seguridad en el puesto y promoción. Ejemplos de ítems serían: “Obtengo de mis superiores el reconocimiento que merezco” o “Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo realizado, el reconocimiento que recibo me parece justo”. Respecto a la fiabilidad, se ha informado de niveles de consistencia interna adecuados, entre .70 a .88 para la recompensa (Birgit et al., 2013; Siegrist et al., 2003). En este estudio ha obtenido un $\alpha = .73$.

Para poder contabilizar el desequilibrio percibido por los trabajadores en el componente estructural del modelo, se calculó una medida global restando las puntuaciones de recompensa a las de esfuerzo. Para ello, en primer lugar, se calcularon ambas dimensiones por separado, sumando las puntuaciones de sus ítems y dividiéndolos entre el número de ítems de la escala correspondiente. Posteriormente se restarían ambas puntuaciones permitiendo generar la medida en la que visualizar el grado de desequilibrio percibido. Así, de acuerdo con la primera propuesta de Siegrist (2002), conocida como «hipótesis extrínseca», contar con una puntuación positiva y alta significaría que el esfuerzo percibido sería superior a las recompensas, lo que supondría mayor riesgo de estrés en los trabajadores y una posible afectación de su salud y bienestar.

Para evaluar el componente intrínseco del modelo, se empleó la escala correspondiente de la adaptación realizada por Macías Robles et al. (2003). Se compone de un único factor con seis ítems, requiriendo uno de ellos recodificación posterior al puntuar de manera inversa. Ejemplos de ítems son: “Siempre me falta tiempo para terminar las tareas” o “Muchos días me despierto con los problemas del trabajo en la cabeza”; al igual que las otras escalas, se presenta en formato tipo Likert donde 1 = no estoy en absoluto de acuerdo, y 4 = muy de acuerdo.

En trabajos previos se ha informado de niveles de fiabilidad aceptables (de .64 a .85) en la escala de «sobreimplicación» (Birgit et al., 2013; Siegrist et al., 2003). Para la muestra de estudio se obtuvo un $\alpha = .75$.

Cuestionario de Quejas Subjetivas de Salud de Eriksen et al. (1999)

Consta de 29 preguntas sobre la duración y la severidad de las quejas de salud. La escala original está formada por cinco factores referidos al dolor musculoesquelético, síntomas psicológicos, problemas gastrointestinales, alérgicos y síntomas gripales. En el presente estudio se obtuvo una medida global de problemas de salud, utilizando un total de 23 ítems, medidos en una escala de respuesta tipo Likert (rango de respuesta de 1 a 4), de tal forma que los valores inferiores indican problemas de salud. La fiabilidad obtenida en este estudio mediante Alpha de Cronbach fue de .88. Eriksen et al. (1999) también obtuvieron buenos indicadores de consistencia interna (entre .75 y .82).

Escala de Identificación Organizacional de Mael y Ashforth (1992)

La «Identificación grupal» fue evaluada con los cinco primeros ítems del cuestionario, al igual que hicieron Mael y Alderks (1993) en un estudio con miembros de la armada americana. Se adaptó la redacción de todos los ítems para que

hicieran referencia explícita al grupo y no a la organización, y se puntuaron de forma directa en una escala tipo Likert (rango de 1 a 4), siendo 1 (muy en desacuerdo) y 4 (muy de acuerdo). Un ejemplo de ítem de esta escala, que mostró una fiabilidad muy alta en la muestra ($\alpha = .93$), es: “Si alguien elogia a mi grupo, lo siento como un elogio hacia mí”. Los resultados aquí presentados reportaron índices de consistencia interna ($\alpha = .88$) superiores a los de Mael y Alderks (1993).

Procedimiento

El Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) aprobó la investigación con el protocolo: número 12201403. Se optó por un muestreo de conveniencia y se contactó con 650 potenciales participantes.

Los participantes fueron contactados en hospitales españoles por dos colaboradores del equipo investigador, quienes facilitaron este trabajo a cambio de créditos académicos. Los colaboradores distribuyeron anuncios en los tableros de los hospitales y visitaron las diferentes Unidades Hospitalarias personalmente. Aquellas personas que aceptaron participar recibieron un dossier con los cuestionarios e información sobre el objetivo del estudio, señalando su carácter voluntario y garantizando el anonimato y la confidencialidad en todo el proceso y la finalidad investigadora de las respuestas obtenidas. El cuestionario debía ser devuelto por correo postal. La tasa de respuesta fue del 70 %, obteniéndose un total de 459 cuestionarios válidos.

Análisis de datos

Se diseñó un estudio ex post facto prospectivo correlacional de grupo único. Los análisis de datos se realizaron utilizando el software SPSS (versión 24.0). Se calcularon los estadísticos descriptivos, así como la fiabilidad para todas las variables del estudio. Todas las variables exhibieron normalidad multivariada. Para probar el modelo propuesto, se utilizó la macro PROCESS (Hayes, 2013), que permite realizar análisis de interacciones complejas entre factores. En concreto, se usó el modelo 7 y se seleccionaron 10000 muestras bootstrap para la realización de los análisis, así como un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

En primer lugar, se puso a prueba la hipótesis de moderación simple de la «sobreimplicación» entre el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» y la «identificación grupal». De manera previa, se calcularon las medias, desviaciones típicas, y correlaciones de las variables del estudio (ver *Tabla 2*). El modelo resultó significativo, $F(3, 428) = 13.88, p < .001$.

La relación directa entre el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» y la «identificación grupal» no fue significativa ($B = -0.27, p = .171$). Tampoco lo fue el efecto directo entre la «Sobreimplicación» y la «Identificación grupal» ($B = -0.04, p = .955$), pero el efecto de la interacción entre el «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» y La «Sobreimplicación» sobre la «Identificación grupal» sí resultó significativo ($B = 0.22, p < .01$). Por lo tanto, los resultados mostraron la existencia de moderación simple, si bien en sentido contrario al de nuestra H_1 .

Mediante la técnica Johnson-Neyman, se calculó el valor de la «Sobreimplicación» a partir del cual comienza a ser estadísticamente significativa la relación entre el «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» sobre la «Identificación grupal». Este valor fue de 1.89, y dado que la medición se realizó en una escala tipo Likert de 1 a 4, se corresponde a valores bajos de «sobreimplicación».

Asimismo, se analizaron los efectos del «desequilibrio esfuerzo-recompensa» sobre la «identificación grupal» en los distintos niveles del moderador. Como puede observarse en la Figura 3, cuanto mayor es el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» (los esfuerzos superan a las recompensas) y mayor es la «sobreimplicación», existen mayores niveles de «Identificación grupal». Mientras que cuando el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» es inferior, o incluso cuando las recompensas superan al esfuerzo, son los niveles bajos y medios de «sobreimplicación» los que generan más «identificación grupal».

Tabla 2.
Estadísticos descriptivos y matriz de correlaciones (N=459)

Variables	M	DT	1	2	3	4
1. Desequilibrio E-R	-0.23	0.78	-			
2. Sobreimplicación	2.45	0.58	-.42**	-		
3. Identificación grupal	3.54	0.92	.25**	-.16**	-	
4. Quejas de salud	1.82	0.51	-.35**	.36**	-.25**	-

Nota: **Correlación es significativa a nivel .01 (bilateral).

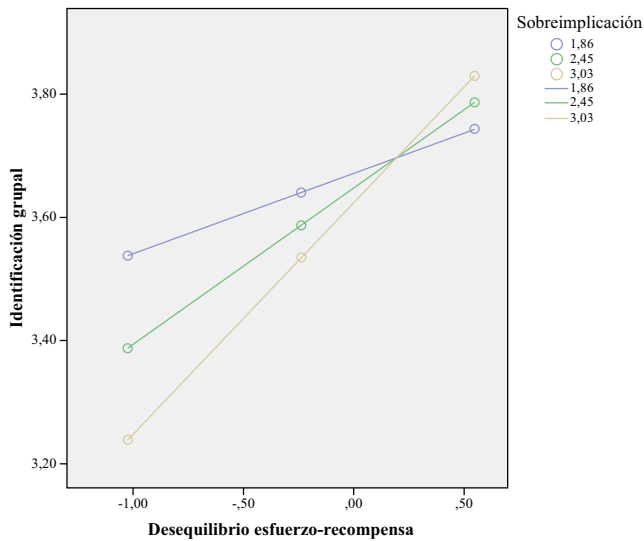


Figura 3.
Efectos condicionales del «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» sobre la «Identificación grupal» en los diferentes valores de «Sobreimplicación»
Nota: Significación estadística de los valores de «Sobreimplicación»: 1.86, $p = .078$; 2.44, $p < .001$ y 3.02, $p < .001$.

En segundo lugar, se probó la hipótesis de mediación de la «Identificación grupal» entre el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» y los problemas de salud, en presencia del efecto moderador de la «sobreimplicación». Los efectos directos del «desequilibrio esfuerzo-recompensa» ($B = -0.21, p < .001$) y de la «Identificación grupal» ($B = -0.09, p < .001$) sobre las quejas de salud fueron ambos significativos (ver Figura 4). El índice de mediación moderada (-0.02) también alcanzó la significación estadística, IC 95%[-0.045, -0.003]. Este índice brinda información

sobre la asociación existente entre el efecto de mediación o indirecto de la «Identificación grupal» y el efecto de moderación de la «sobreimplicación». Como el intervalo de confianza no incluye el valor 0, se concluye que el efecto indirecto sí está moderado por la «sobreimplicación».

De cara a conocer en qué casos se produce esta mediación moderada, se analizaron los efectos indirectos condicionales del «desequilibrio esfuerzo-recompensa» sobre las «quejas de salud» bajo distintos niveles de «Identificación grupal». Es decir, se contrastó hasta qué punto el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» influye en la «Identificación grupal» y ello, a su vez, en las «quejas de salud», teniendo en cuenta los diferentes niveles de la variable «Sobreimplicación» (baja, media o alta implicación). Los resultados que se muestran en la Tabla 3 indican que únicamente en condiciones de media-alta «Sobreimplicación» (puntuaciones de 2.44 y 3.02) se puede aceptar la hipótesis de mediación moderada.

Contrariamente a lo planteado en la H₂, a mayor «desequilibrio esfuerzo-recompensa» se producirán menos «quejas de salud», pero sólo en presencia de alta «Identificación con el grupo» y alta-media «Sobreimplicación».

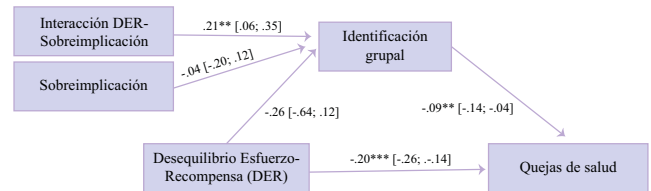


Figura 4.
Coeficientes B no estandarizados y significación estadística.
Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$.

Tabla 3.
Efectos indirectos condicionales de la «Identificación grupal» sobre la relación desequilibrio y problemas de salud, en los diferentes niveles de la «Sobreimplicación».

Puntuación de sobreimplicación	Coefficiente B no estandarizado	Boot EE	Boot 95% IC
1.86	-0.01	.009	[-.03, .01]
2.44	-0.02	.009	[-.04, -.01]
3.02	-0.03	.010	[-.06, -.01]

Nota: Boot EE: Error estándar; Boot 95% IC: intervalo de confianza al 95%. Bootstrapping: 10000 muestras.

Discusión

El principal objetivo de este estudio fue explorar si la relación entre el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» y las «quejas subjetivas de salud» estaba mediada por la «identificación grupal» y moderada por la «sobreimplicación». Los resultados muestran relaciones directas significativas negativas entre el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» y las «quejas de salud», así como relaciones indirectas significativas mediadas por la «identificación grupal». Además, los hallazgos respaldan el papel moderador de la «Sobreimplicación», no sólo en las relaciones directas entre los «componentes extrínsecos» del modelo y otras variables, como la «identificación grupal», sino también en las relaciones indirectas.

En concreto, predecimos que un «desequilibrio esfuerzo-recompensa» alto, junto a una «Sobreimplicación» alta, tendría un efecto negativo en la «Identificación grupal». Los resultados

apoyan el efecto moderador de la «Sobreimplicación»; sin embargo, la dirección del efecto predicha no coincide con los datos obtenidos. Esto supone que un «desequilibrio esfuerzo-recompensa» alto, estando la persona implicada en exceso, impacta de manera positiva en la «Identificación grupal». Este resultado podría suponer una racionalización por parte de los trabajadores que tienen que hacer frente a múltiples estresores que sobrepasan las recompensas recibidas. De esta forma, encontrando en su vinculación con el grupo y la organización un motivo para hacer frente a las sobreexigencias.

Por otra parte, esperábamos que la relación entre el «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» y las «quejas de salud» fuese positiva y estuviera mediada por la «Identificación grupal», actuando la «Sobreimplicación» como moderador. En este sentido, los datos de nuevo arrojan evidencia en sentido contrario al planteado en nuestra hipótesis, ya que el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» se relaciona de manera negativa con las «quejas de salud».

Este resultado, a priori contraintuitivo, podría ser explicado a través de los postulados de la «Teoría Transaccional del Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984)». Esta teoría enfatiza en los procesos cognitivos que permiten a los individuos atribuir significado a los estímulos de su entorno (Biggs et al., 2017). Las personas evaluarían constantemente los estímulos del ambiente, de cara a etiquetarlos como amenazantes, retadores o dañinos, para posteriormente evaluar y poner en marcha diversas estrategias para manejar la situación. Desde este punto de vista, y en común con el modelo empleado en este trabajo, el estrés estaría provocado por un exceso de demandas. La diferencia fundamental entre los modelos es que el punto de referencia no viene dado por las recompensas (extrínsecas), sino por la capacidad de los individuos para hacer frente a la situación (intrínseca). Fijándonos en las características de la muestra, sorprende cómo, a pesar de los participantes manifiestan trabajar una media de casi 37 horas semanales, el 84.3 % de la muestra afirma tener otro empleo. Es posible que, frente a unas exigencias laborales tan altas, las personas pongan en marcha mecanismos de afrontamiento a distintos niveles (e.g., motivacional, comportamental, cognitivo) que permitan hacer frente a las mismas. Así, en un estudio con profesionales de enfermería hospitalaria (Teixeira et al., 2016) concluyeron que las estrategias de afrontamiento centradas en la tarea actuaban como factor protector del estrés ocupacional y las centradas en la emoción suponían un factor de riesgo.

De esta manera, nuestros resultados podrían indicar la necesidad, o al menos la conveniencia, de tener en cuenta una dimensión complementaria al modelo DER. Este modelo presta atención a las exigencias tanto intrínsecas como extrínsecas, si bien parece faltar un cuarto elemento que acompañe a las recompensas. Teniendo en cuenta el modelo de Lazarus y Folkman (1984), que recalca la capacidad para hacer frente a las demandas, algunas variables como la resiliencia podrían explicar nuestros resultados. De hecho, se han encontrado evidencias de una correlación entre recompensas y resiliencia en una muestra de policías militares brasileños (Tavares, 2015). Haciendo un paralelismo con la dimensión exigencias del modelo DER, podríamos identificar una dimensión de recursos, conformada por las recompensas (extrínseca) y los recursos personales con los que cuenta la persona (intrínseca). Un concepto que encajaría de manera adecuada en esta propuesta sería el de Capital Psicológico (PsyCap; Luthans y Youssef, 2004),

constructo psicológico de primer orden conformado por la propia resiliencia, el optimismo, la esperanza y la autoeficacia.

Existen evidencias a favor de un rol protector de la salud, tanto del PsyCap como de sus componentes. Así y por ejemplo, el PsyCap se ha propuesto como mediador de las relaciones entre el «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» y la «Sobreimplicación» con síntomas depresivos, reduciendo estos síntomas en una muestra de médicos chinos (Liu et al., 2012). Del mismo modo, la investigación de Tavares (2015) halló menores problemas de salud en los policías con puntuaciones altas en resiliencia. Un aspecto clave, es que se pueden promover intervenciones de cara a aumentar estos recursos personales.

No obstante, los recursos intrínsecos no tendrían porqué circunscribirse a este concepto, ni los recursos extrínsecos tendrían que contabilizar únicamente los laborales; de este modo, al igual que la estima forma parte de las recompensas del modelo DER, el apoyo social disponible fuera del trabajo podría ser un recurso valioso de cara a minimizar los efectos adversos sobre la salud. En este sentido, estudios recientes han puesto de manifiesto el papel mediador del apoyo social percibido entre los estresores laborales y consecuencias como la insatisfacción laboral, amortiguando sus efectos (Pérez-Fuentes et al., 2020). En línea con estos hallazgos, otros trabajos han mostrado que el apoyo social puede ejercer un efecto amortiguador en la relación entre algunas variables que afectan específicamente a los profesionales sanitarios, como la ansiedad ante la muerte, y el distrés psicológico (Kagan, 2021).

Por otra parte, el presente trabajo tenía también entre sus objetivos aportar algo de luz sobre el papel mediador de la «Identificación grupal» en la relación entre el «desequilibrio esfuerzo-recompensa» y consecuencias negativas para la salud. En nuestra investigación, la «Identificación grupal» mostraba una relación negativa con las quejas de salud, coincidiendo con la premisa de nuestra hipótesis. Estos resultados concuerdan con trabajos previos que vinculan una alta «Identificación grupal» con resultados positivos de salud en diferentes contextos (véase Fong et al., 2019 - «Identificación» con el barrio; Wann et al., 2011 - «Identificación» con un equipo deportivo; Cameron et al., 2018 - «Identificación» con grupos de intervención para enfermos crónicos). Los resultados de mediación moderada están en consonancia con la literatura previa en la que la «Identificación grupal» ejerce un rol de mediación respecto a diversas consecuencias organizacionales e individuales (Chen y Wu, 2015; Kuo y Yang, 2019).

Desde la Teoría de la Identidad Social aplicada a las organizaciones, se ha señalado que la identidad social es la base para recibir apoyo social dentro de un grupo (Haslam et al., 2003; Haslam et al., 2005). De hecho, parece que hay tres formas distintas en las cuales la «Identificación grupal» puede afectar al apoyo social: por la disponibilidad de un miembro del grupo a brindar apoyo social a otro, por la probabilidad de que la persona necesitada de apoyo, lo acepte y, finalmente, por la interpretación que ésta haga del ofrecimiento de apoyo que recibe. Diversas investigaciones han aportado soporte empírico para estas afirmaciones (Levine, 1999; Levine et al., 2002), de tal forma que el hecho de dar apoyo social es contingente con las percepciones de una identidad social compartida. Esta disponibilidad de apoyo podría ser el mecanismo mediante el cual se reduce el impacto negativo del «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa» sobre el bienestar, que coincidiría con

las ideas expuestas anteriormente sobre los recursos con los que cuentan los trabajadores. De hecho, en algunas investigaciones se ha señalado que la identidad social compartida y el apoyo social percibido, como resultado de ésta, influyen en la redefinición del potencial valor estresor de los estímulos (Haslam et al., 2004).

En cuanto a la hipótesis de la interacción de la «Sobreimplicación» de Siegrist (2002), no hemos podido verificarla al obtener resultados contrarios a sus postulados. Sin embargo, esto no es incoherente con la evidencia recogida en trabajos previos. Por una parte, en la última revisión de los trabajos empíricos efectuada por el autor del modelo, la evidencia sobre esta hipótesis fue mixta. De un total de 51 trabajos empíricos incluidos, la mayoría no aportan evidencias confirmatorias de la hipótesis, si bien hay un número razonable de trabajos que brinda datos favorables a ella (Siegrist y Li, 2016). En este sentido, los autores han reconocido que los hallazgos contradictorios exigen mayor investigación. Por otra parte, algunas investigaciones están reformulando el papel de la «Sobreimplicación» o el compromiso excesivo con el trabajo, habida cuenta de la complejidad de las relaciones entre el desequilibrio, la «Sobreimplicación» y sus consecuencias. En concreto, algunos autores han propuesto que la «Sobreimplicación» podría ser un predictor del desequilibrio, en lugar de simplemente un resultado (Feldt et al., 2016). Los autores parecen sugerir que la «Sobreimplicación» podría ser una característica individual, con cierto grado de estabilidad, que llevaría a las personas a buscar la compensación del desequilibrio a través de un compromiso desproporcionado con la tarea a la que se enfrentan.

Todos los resultados aquí presentados y discutidos no hacen sino hacer explícita una realidad organizacional: la ingente cantidad de variables, con sus correspondientes relaciones entre ellas, implicadas en el éxito organizacional. Es necesario un abordaje personalizado de los trabajadores, grupos de trabajo y organizaciones por parte de los departamentos de Recursos Humanos, para no solo paliar los efectos nocivos de los estresores en la salud, sino contribuir al bienestar de sus miembros.

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que es necesario destacar. En primer lugar, el uso exclusivo de cuestionarios auto-informados limita en cierto modo nuestros hallazgos. Aunque hay literatura que sugiere que las quejas de salud subjetivas reflejan de forma fiable la salud en adultos trabajadores, sería deseable disponer en estudios futuros de algunas medidas objetivas, como la frecuencia de asistencia a consultas médicas de atención primaria y especializada o el consumo de medicamentos. En segundo lugar, la muestra de estudio es de conveniencia, y por el tamaño, la muestra no resulta tampoco representativa de la población objeto de estudio. Si bien es cierto que es difícil acceder a los trabajadores sanitarios en sus centros de trabajo, sería deseable disponer de muestras más amplias y, a ser posible, obtenidas por procedimientos de muestreo aleatorio. En tercer lugar, el cuestionario DER evalúa por separado los esfuerzos y las recompensas, de modo que los antecedentes del estrés se cuantifican mediante una diferencia aritmética. Dejando de lado las críticas metodológicas que se han hecho a las medidas que resultan de restar dos variables, se plantea un problema de interpretación de los resultados, puesto que el desequilibrio puede deberse tanto al esfuerzo como a las recompensas, y quizá algunas

relaciones entre las variables podrían mostrar patrones no lineales. En futuras investigaciones, podría indagarse los posibles efectos diferentes a través de la comparativa de grupos (no recompensados lo suficiente, adecuadamente recompensados y recompensados en exceso), para lo cual serían recomendables amplias muestras.

Conclusiones

Los hallazgos del presente trabajo sugieren que la «Identificación grupal» puede contrarrestar el efecto negativo del desequilibrio entre esfuerzos y recompensas, dando pie a una interesante vía de intervención futura. En este sentido, las acciones orientadas a promover la «Identificación grupal» podrían acabar redundando positivamente en los empleados a través de una mejora de su salud percibida. Esta vía de acción parece más adecuada que fomentar la «Sobreimplicación», puesto que, si bien ésta puede ser un recurso a corto o medio plazo, no puede cifrarse en ella el éxito a largo plazo de las intervenciones, puesto que los trabajadores acabarían agotados.

El enfoque de la gestión de los recursos humanos en los centros sanitarios considera un objetivo prioritario la promoción de la salud de los trabajadores, por lo que el potencial impacto positivo de la «Identificación» con el grupo, o de intervenciones de empoderamiento de los trabajadores, abre vías de acción promisorias.

Referencias

- Bao, Y., y Zhong, W. (2019). Public service motivation matters: Examining the differential effects of challenge and hindrance stressors on organizational identification and turnover intention. *Public Management Review*, 23(4), 545-566. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.169944>
- Benítez-Sana, R. M. (2021). Sistemas de trabajo de alto rendimiento y modelo de organización saludable frente al impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios. *Estudios Gerenciales*, 37(159), 167-177. <https://doi.org/10.18046/j.estger.2021.159.4376>
- Biggs, A., Brough, P., y Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. En C. L. Cooper y J. Campbell (Eds.), *The handbook of stress and health* (pp. 349-364). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Birgit, E., Gunnevi, S., y Ann, Ö. (2013). Work experiences among nurses and physicians in the beginning of their professional careers-analyses using the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 26-43. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00997.x>
- Blom, V., Svedberg, P., Bergström, G., Mather, L., y Lindfors, P. (2017). Stress in paid and unpaid work as related to cortisol and subjective health complaints in women working in the public health care sector. *International Journal of Workplace Health Management*, 4, 286-299. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-12-2016-0086>
- Boucher, P., Gilbert-Ouimet, M., Trudel, X., Duchaine, C. S., Milot, A., y Brisson, C. (2017). Masked hypertension and effort-reward imbalance at work among 2369 white-collar workers. *Journal of Human Hypertension*, 31(10), 620-626. <https://doi.org/10.1038/jhh.2017.42>
- Bozdağ, F., y Ergün, N. (2020). Psychological resilience of healthcare professionals during COVID-19 pandemic. *Psychological Reports*, 124(6), 2567-2586. <https://doi.org/10.1177/0033294120965477>

- Cameron, J. E., Voth, J., Jaglal, S. B., Guilcher, S. J. T., Hawker, G., y Salbach, N. M. (2018). "In this together": Social identification predicts health outcomes (via self-efficacy) in a chronic disease self-management program. *Social Science & Medicine*, 208, 172-179. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.007>
- Chen, V. H. H., y Wu, Y. (2015). Group identification as a mediator of the effect of players' anonymity on cheating in online games. *Behaviour & Information Technology*, 34(7), 658-667. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2013.843721>
- Choi, B., Ahn, S., y Lee, S. (2017). Construction workers' group norms and personal standards regarding safety behavior: Social identity theory perspective. *Journal of Management in Engineering*, 33(4), 04017001. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000511](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000511)
- Danet Danet, A. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática [Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review]. *Medicina Clínica*, 156(9), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- Daraiseh, N. M., y Summerville, L. A. (2016). Subjective health complaints in registered nurses: Associations with select individual and organizational factors. *IIE Transactions on Occupational Ergonomics and Human Factors*, 4(1), 54-66. <https://doi.org/10.1080/21577323.2016.1183535>
- De Juan Pérez, A. (2021). Revisión sistemática y metaanálisis sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(3), 310-315. <https://doi.org/10.12961/apr.2021.24.03.08>
- Eriksen, H. R., Hellesnes, B., Staff, P., y Ursin, H. (2004). Are subjective health complaints a result of modern civilization? *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(2), 122-125. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1102_9
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., y Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Psychology*, 1, 63-72. <https://doi.org/10.1177/14034948990270010401>
- Eriksen, H. R., Svendsrod, R., Ursin, G., y Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *European Journal of Public Health*, 8(4), 294-298. <https://doi.org/10.1093/eurpub/8.4.294>
- Estremera Rodríguez, A. (2017). *Influencia de las variables socio-demográficas y laborales en los valores de estrés determinados con el Modelo Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa de Siegrist* (Tesis Doctoral, Universitat de les Illes Balears, Spain). Recuperado de https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/148939/Estremera%20Rodrigo_Ana_TESIS%20DEF.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Feldt, T., Hyvönen, K., Mäkikangas, A., Rantanen, J., Huhtala, M., y Kinnunen, U. (2016). Overcommitment as a predictor of effort—reward imbalance: Evidence from an 8-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42(4), 309-319. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3575>
- Fiscella, K., y McDaniel, S. H. (2018). The complexity, diversity, and science of primary care teams. *American Psychologist*, 73(4), 451-467. <https://doi.org/10.1037/amp0000244>
- Fong, P., Cruwys, T., Haslam, C., y Haslam, S. A. (2019). Neighbourhood identification and mental health: How social identification moderates the relationship between socioeconomic disadvantage and health. *Journal of Environmental Psychology*, 61, 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.12.006>
- Fonner, K. L., y Roloff, M. E. (2012). Testing the connectivity paradox: Linking teleworkers' communication media use to social presence, stress from interruptions, and organizational identification. *Communication Monographs*, 79(2), 205-231. <https://doi.org/10.1080/03637751.2012.673000>
- French, J. R., Caplan, R. D., y Harrison, R. V. (1982). *The mechanisms of job stress and strain*. Wiley.
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Romero-Martín, M., Ortega-Moreno, M., y Navarro-Abal, Y. (2021). Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 95(1), e1-e24. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos propios/resp/revista_cdrom/VOL95/REVISIONES/RS95C_202104046.pdf
- García-Maroto, M., Luceño-Moreno, L., y Martín-García, J. (2022). Effort-Reward Model and health and disease in healthcare workers: A systematic reviews. *Ansiedad y Estrés*, 28(1), 16-29. <https://doi.org/10.5093/anyes2022a2>
- Guglielmi, D., Mazzetti, G., Villano, P., y Topa Cantisano, G. (2018). The impact of perceived effort-reward imbalance on workplace bullying: Also a matter of organizational identification. *Psychology, Health, & Medicine*, 23(5), 511-516. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1363396>
- Halonen, J. I., Virtanen, M., Leineweber, C., Rod, N. H., Westerlund, H., y Hanson, L. L. M. (2018). Associations between onset of effort-reward imbalance at work and onset of musculoskeletal pain: Analyzing observational longitudinal data as pseudo-trials. *Pain*, 159(8), 1477-1483. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001230>
- Haslam, S. A., Jetten, J., O'Brien, A., y Jacobs, E. (2004). Social identity, social influence and reactions to potentially stressful tasks: Support for the self-categorization model of stress. *Stress and Health*, 20(1) 3-9. <https://doi.org/10.1002/smi.995>
- Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., y Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44(3), 355-370. <https://doi.org/10.1348/014466605X37468>
- Haslam, S. A., Vignano, V., Roper, H., Humphrey, L., y O'Sullivan, L. (2003). *Social identifications and burnout: Evidence of a variable relationship across subcomponents* [Documento no publicado]. University of Exeter, UK
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L. E., y Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11(1), 4-10. <https://doi.org/10.1093/eurpub/11.1.4>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Hogg, M. A., y Terry, D. J. (2000). Social Identity and Self-Categorization Processes in Organizational Contexts. *Academy of Management Review*, 25(1), 121-140. <https://doi.org/10.2307/259266>
- Hogg, M. A., Abrams, D., y Brewer, M. B. (2017). Social identity: The role of self in group processes and intergroup relations. *Group Processes & Intergroup Relations*, 20(5), 570-581. <https://doi.org/10.1177/1368430217690909>
- Ihlebaek, C., Brage, S., y Eriksen, H. R. (2006). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occupational Medicine*, 57(1), 43-49. <https://doi.org/10.1093/occmed/kql107>
- Indregard, A. M. R., Nielsen, M., y Knardahl, S. (2018). Emotional dissonance, mental health complaints, and sickness absence among

- health-and social workers. The moderating role of self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 9, 592. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00592>
- Johnsen, T. L., Indahl, A., Eriksen, H. R., Ihlebæk, C., y Tveito, T. H. (2017). Work and mental complaints: Are response outcome expectancies more important than work conditions and number of subjective health complaints? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9648-z>
- Kagan, M. (2021). Social support moderates the relationship between death anxiety and psychological distress among Israeli nurses. *Psychological Reports*, 124(4), 1502-1514. <https://doi.org/10.1177/0033294120945593>
- Karasek, R. A., y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kuo, F. F., y Yang, S. C. (2019). In-group comparison is painful but meaningful: The moderator of classroom ethnic composition and the mediators of self-esteem and school belonging for upward comparisons. *Journal of Social Psychology*, 159(5), 531-545. <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1515721>
- Lake, E. T., Narva, A. M., Holland, S., Smith, J. G., Cramer, E., Rosenbaum, K. E. F., French, R., Clark, R. R. S., y Rogowski, J. A. (2022). Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *Journal of Advanced Nursing*, 78(3), 799-809. <https://doi.org/10.1111/jan.15013>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Levine, M. (1999). Rethinking bystander nonintervention: Social categorization and the evidence of witnesses at the James Bugler trial. *Human Relations*, 52(9), 1133-1155. <https://doi.org/10.1177/001872679905200902>
- Levine, M., Cassidy, C., Brazier, G., y Reicher, S. (2002). Self-categorization and bystander non-intervention: Two experimental studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(7), 1452-1463. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb01446.x>
- Litchfield, R. C., Karakitapoğlu-Aygün, Z., Gumusluoglu, L., Carter, M., y Hirst, G. (2018). When team identity helps innovation and when it hurts: Team identity and its relationship to team and cross-team innovative behavior. *Journal of Product Innovation Management*, 35(3), 350-366. <https://doi.org/10.1111/jpim.12410>
- Liu, L., Chang Y., Fu, J., Wang, J., y Wang, L. (2012). The mediating role of psychological capital on the association between occupational stress and depressive symptoms among Chinese physicians: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12, 219. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-219>
- Liu, W., He, C., Jiang, Y., Ji, R., y Zhai, X. (2020). Effect of gig workers' psychological contract fulfillment on their task performance in a sharing economy – A perspective from the mediation of organizational identification and the moderation of length of service. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(7), 2208. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072208>
- Luthans, F., y Youssef, C. M. (2004). Human, social, and now positive psychological capital management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33(2), 143-160. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2004.01.003>
- Macías Robles, M. D., Fernández-López, J. A., Hernández-Mejía, R., Cueto-Espinar, A., Rancaño, I., y Siegrist, J. (2003). Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa. *Medicina Clínica*, 120(17), 652-657. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-evaluacion-del-estres-laboral-trabajadores-13047317>
- Mael, F. A., y Alderks, C. E. (1993). Leadership team cohesion and subordinate work unit morale and performance. *Military Psychology*, 5(3), 141-158. https://doi.org/10.1207/s15327876mp0503_1
- Mael, F., y Ashforth, B. E. (1992). Alumni and their alma mater: A partial test of the reformulated model of organizational identification. *Journal of Organizational Behavior*, 13(2), 103-123. <https://doi.org/10.1002/job.4030130202>
- Mutambudzi, M., Siegrist, J., Meyer, J. D., y Li, J. (2018). Association between effort-reward imbalance and self-reported diabetes mellitus in older US workers. *Journal of Psychosomatic Research*, 104, 61-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.11.008>
- Ottová-Jordan, V., Smith, O. R., Augustine, L., Gobina, I., Rathmann, K., Torsheim, T., Mazur, J., Välimaa, R., Cavallo, F., Jericek Klancek, H., Vollebergh, W., Meilstrup, C., Richter M, Moor I., y Ravens-Sieberer U. (2015). Positive Health Focus Group. Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *European Journal of Public Health*, 25(2), 83-89. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv033>
- Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J. J., del Mar Molero, M., Oropesa, N. F., y Martos, Á. (2020). Violence and job satisfaction of nurses: Importance of a support network in healthcare. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 13(1), 21-28. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2021a3>
- Poulsen, O. M., Persson, R., Kristiansen, J., Andersen, L. L., Villadsen, E., y Ørbæk, P. (2013). Distribution of subjective health complaints, and their association with register-based sickness absence in the Danish working population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(2), 150-157. <https://doi.org/10.1177/1403494812471909>
- Romeo, M., Yepes-Baldó, M., Piñeiro, M. Á., Westerberg, K., y Nordin, M. (2019). Job crafting and well-being in the elderly care sector: The effect of over-commitment. *Employee Relations*, 41(3), 405-419. <https://doi.org/10.1108/ER-04-2018-0117>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., y Ortega-Galán, A. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4321-4330. <https://doi.org/10.1111/jocn.15469>
- Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., Shin, J. I., Sullivan, S., Brondino, N., Solmi, M., y Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27>
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. *Historical and Current Perspectives on Stress and Health*, 2, 261-291. [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(02\)02007-3](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(02)02007-3)
- Siegrist, J. (2017). The effort-reward imbalance model. En C. I. Cooper y J. C. Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice* (pp. 24-35). John Wiley and Sons.
- Siegrist, J., y Li, J. (2016). Associations of extrinsic and intrinsic components of work stress with health: A systematic review of evidence on the effort-reward imbalance model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(4), 432. <https://doi.org/10.3390/ijerph13040432>

- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., y Peter, R. (2003). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483-1499. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00351-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00351-4)
- Smith, M. J., Cohen, B. G., Stammerjohn Jr., L. W., y Happ, A. (1981). An investigation of health complaints and job stress in video display operations. *Human Factors*, 23(4), 387-400. <https://doi.org/10.1177/001872088102300402>
- Snyder, J. L., y Cistulli, M. D. (2021). Application of in-group identification to organizations: A study of the impact of self-investment and self-definition on key organizational outcomes. *International Journal of Business Communication*, 58(4), 516-535. <https://doi.org/10.1177/2329488418777039>
- Tajfel, H., y Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. En S. Worchel y W. G. Austin (Eds.), *Psychology of Intergroup Relation* (pp. 7-24). Prentice Hall.
- Tavares, J. P. (2015). *Relação entre as dimensões do modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa, Resiliência e níveis de cortisol salivar em policiais militares* (Tesis Doctoral, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil). Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/128002>
- Teixeira, C. A. B., Gherardi-Donato, E. C. da S., Pereira, S. S., Cardoso, L., y Reisdorfer, E. (2016). Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. *Enfermería Global*, 15(44), 288-298. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.4.228761>
- Tirado, G., Llorente-Alonso, M., y Topa, G. (2019). Desequilibrio esfuerzo-recompensa y quejas subjetivas de salud: Estudio exploratorio entre médicos en España. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 9(2), 59-70. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v9i2.320>
- Tolsa, M. D., y Malas, O. (2021). COVID-19: Impacto psicológico, factores de riesgo e intervenciones psicológicas en el personal sanitario. Una revisión sistemática [COVID-19: Psychological impact, risk factors and psychological interventions in healthcare personnel. A systematic review]. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 12(2), 58-75. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2021.02.045>
- Urhonen, T., Lie, A., y Aamodt, G. (2016). Associations between long commutes and subjective health complaints among railway workers in Norway. *Preventive Medicine Reports*, 4, 490-495. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.09.001>
- Violanti, J. M., Mnatsakanova, A., Andrew, M. E., Allison, P., Gu, J. K., y Fekedulegn, D. (2018). Effort-reward imbalance and overcommitment at work: Associations with police burnout. *Police Quarterly*, 21(4), 440-460. <https://doi.org/10.1177/1098611118774764>
- Wann, D. L., Rogers, K., Dooley, K., y Foley, M. (2011). Applying the team identification-social psychological health model to older sport fans. *International Journal of Aging and Human Development*, 72(4), 303-315. <https://doi.org/10.2190/AG.72.4.b>
- Watson, D., y Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234-254.
- Wilhelmsen, I., Mulindi, S., Sankok, D., Wilhelmsen, A. B., Eriksen, H. R., y Ursin H. (2007). Subjective health complaints are more prevalent in Maasais than in Norwegians. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(4), 304-309. <https://doi.org/10.1080/08039480701415319>