

CARLOS MINGOTE ADÁN
SANTIAGO PÉREZ GARCÍA

ESTRÉS EN LA ENFERMERÍA

EL CUIDADO DEL CUIDADOR



ESTRÉS EN LA ENFERMERÍA

El cuidado del cuidador

JOSÉ CARLOS MINGOTE ADÁN

Médico. Doctor en Psiquiatría
Profesor Asociado Dpto. de Psiquiatría
Universidad Complutense de Madrid

SANTIAGO PÉREZ GARCÍA

Diplomado en Enfermería
Experto Universitario en Estomaterapia
Profesor Asociado Escuela de Enfermería
Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid

Dibujos: Fernando Bayona
Método de Relajación: Alicia Antón



Reservados todos los derechos.

“No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright”

© José Carlos Mingote Adán y Santiago Pérez García, 2003
(Libro en papel)

© José Carlos Mingote Adán y Santiago Pérez García,, 2013
(Libro electrónico)

Ediciones Díaz de Santos, S.A.
Albasanz, 2
28037 MADRID

www.editdiazdesantos.com
ediciones@editdiazdesantos.com

ISBN: 978-84-9969-553-2 (libro electrónico)
ISBN: 978-84-7978-518-7 (Libro en papel)

A toda enfermera que cree en su profesión e intenta desarrollarla en estas complejas instituciones sanitarias, determinadas por modelos pre-establecidos y anacrónicos. Para ayudarla a transformarlas según las demandas sociales y la evidencia científica actualmente disponible.

Agradecimientos

Es un deber de gratitud a la vez que un gran placer expresar nuestro agradecimiento, por sus valiosas enseñanzas, a las siguientes personas que han contribuido a la gestación de esta obra:

Francisco Molleda Sánchez. Catedrático de Materiales de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros Navales de la Universidad Politécnica de Madrid.

Luis Domínguez Ortega. Médico Adjunto del Departamento de Medicina Interna del Hospital 12 de Octubre. Madrid. Profesor Asociado de Medicina Interna de la Universidad Complutense de Madrid. Director de la Unidad del Sueño de la Clínica Ruber.

Alicia Antón Pires. Psicóloga Clínica. Aportó su visión sobre los tratamientos cognitivo-conductuales y su método de relajación.

Tomás Palomo. Jefe Servicio de Psiquiatría Hospital 12 de Octubre. Presidente de la Fundación Cerebro-Mente.

Fernando Bayona, porque su sano humor nos ayuda a cuidarnos mejor.

Inmaculada García Barrientos. Profesora de Enseñanza Secundaria de Lengua y Literatura, por la selección de los textos literarios y la corrección de estilo de toda la obra.

Índice

Presentaciones	XIII
-----------------------------	------

PRIMERA PARTE

I: El estrés	5
II: El estrés del mundo laboral	25
III: Estrés laboral en enfermería	31
IV: Medición del estrés	55
V: Síndrome Burnout (SB) o síndrome de desgaste profesional (SDP)	65

SEGUNDA PARTE

VI: Prevención	93
VII: Técnicas de tratamiento	113
VIII: Consideraciones finales	129
Bibliografía	133

Presentación 1

La enfermera, y el personal de enfermería* en general, soportan todos los días el estrés causado por el ejercicio de su profesión. Por un lado se hace necesario que estos profesionales sean capaces de identificarlo y por otro hay que dotarles de guías de autoayuda. Esto implica adiestrarles en el reconocimiento del estrés y ofrecerles herramientas para el control del mismo, lo que les permitirá desarrollar con satisfacción su tarea profesional.

La enfermería es una de las profesiones más estresantes, por lo que puede provocar diferentes alteraciones en la salud de sus profesionales. Esta puede verse alterada en diferentes dimensiones, desde ligeros trastornos físicos, psíquicos o de relación social; hasta generar una verdadera enfermedad.

Son numerosos los estudios científicos que avalan la presencia de un elevado estrés laboral o desgaste profesional (*burnout*) en la enfermería. En este libro me he permitido añadir opiniones perso-

* De aquí en adelante los términos *enfermera* y *profesional de enfermería* se utilizarán para denominar al Diplomado Universitario en Enfermería tanto femenino como masculino. La expresión *personal de enfermería* se utilizará para nombrar a todo el conjunto de personas con titulación universitaria, técnicos y auxiliares de enfermería.

nales, basadas en la observación y experiencia profesional de veintidós años como: enfermera base de unidad de hospitalización quirúrgica, experto en estomaterapia atendiendo a un tipo especial de enfermos crónicos (ostomizados), supervisor de una unidad de hospitalización y profesor de la Escuela de Enfermería Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

Son muchas las personas que, a pesar de sufrir estrés día a día, nunca llegarán a enfermar. Esto se debe a que desarrollan diferentes recursos adaptativos eficaces para hacer frente a las dificultades que les plantea la vida. Otros no pueden desarrollarlos y enferman de distintas maneras.

El personal sanitario en general, y la enfermera en particular, vive sometido a un elevado nivel de estrés crónico que puede mediar en el desarrollo del síndrome de desgaste profesional o *burn-out*; porque por un lado es una persona normal, con los mismos problemas que cualquier ciudadano de la vida moderna, y por otro tiene la responsabilidad propia de una profesión que maneja el aspecto más importante del ser humano, la *salud*.

La finalidad de este libro es ayudar al personal de enfermería, en especial a la enfermera, a darse cuenta de los diferentes factores estresantes que inciden diariamente en ella de forma interrelacionada y que contribuyen a desarrollar el estrés laboral crónico y/o el síndrome de desgaste profesional. Éste se atribuye a elementos tales como el grado de complejidad de la tarea, la sobrecarga cuantitativa y cualitativa asistencial, los resultados negativos no esperados en la práctica asistencial, la turnicidad, los conflictos en las relaciones personales y profesionales, la falta de reconocimiento profesional real a nivel institucional, así como de la población en general, insuficientes estímulos económicos y profesionales, y otros que serán analizados a lo largo del libro.

Son diferentes los elementos estresantes que inciden con sus exigencias sobre la enfermera. Exigencias por el desarrollo profesional, una profesión universitaria joven y con un marco teórico nuevo en el que subyace una actividad muy antigua, *CUIDAR*. La exigencia de una actividad asistencial junto al dolor, sufrimiento y

enfermedad del ser humano. La exigencia de desarrollar su marco teórico-práctico en un entorno (empresa) muy exigente en resultados, con estructuras burocráticas rígidas de difícil modificación (dependencia del modelo médico). Por último la exigencia personal de afrontar los diferentes factores estresantes que aparezcan, influyendo en todo esto las características personales de cada trabajador.

Con este libro de autoayuda hemos querido que la persona que lo lea llegue a entender, en su primera parte, qué es el estrés laboral, en concreto el estrés laboral de la enfermería. Que llegue a comprender el concepto de Síndrome de Desgaste Profesional y conocer las herramienta que existen para medir los conceptos anteriores. En la segunda parte del libro se pretende orientar al lector las formas de prevenir y tratar el estrés, por lo que se incluye una herramienta de relajación.

Por último quisiera agradecer al doctor J. C. Mingote Adán la confianza que depositó en mí al darme la oportunidad de ser coautor de este libro, cuya base estructural se encuentra en su libro *El estrés del médico. Manual de autoayuda*²².

SANTIAGO PÉREZ GARCÍA
Diplomado en Enfermería
Experto Universitario en Estomaterapia
Profesor Asociado Escuela de
Enfermería Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid

Presentación 2

¿Qué papel juega un psiquiatra en un libro como éste? Vayamos por partes:

1. Los psiquiatras que trabajamos en los hospitales generales padecemos también un alto grado de *burnout* o de desgaste profesional. Los mayores factores de riesgo son la ambigüedad de rol (lo opuesto a claridad de rol), conflicto de roles (tengo que hacer a la vez esto y aquello, y no puede ser: ¿qué hago?), el aislamiento y la insuficiencia de una supervisión clínica de calidad.
2. El psiquiatra que trabaja en el hospital general, ocupa un lugar privilegiado para estudiar lo que sucede entre los diferentes protagonistas de la dinámica asistencial: los enfermos, sus familiares, el personal de enfermería, los médicos, y ese otro imprescindible colectivo formado por personal de mantenimiento, celadores, trabajadores sociales, administrativos y directivos. Además, para el buen funcionamiento del hospital todos ellos son igualmente importantes, y no se puede excluir ni desvalorizar a ninguno de ellos, sin que se dañe la calidad asistencial global del sistema. El hospital

general es el núcleo de los dispositivos del área asistencial, y es la organización social más compleja que ha existido a lo largo de la historia, hasta el extremo de que lo raro es comprobar lo bien que funciona la mayor parte de las veces. A pesar de la queja de Vesalio sobre «el lastimoso desmembramiento del arte de curar», la progresiva especialización que ha tenido lugar en la asistencia sanitaria ha contribuido a mejorar la eficacia asistencial de forma espectacular en los últimos 50 años. Con frecuencia los directores y administradores son vistos como «los malos de la película» a los que se hace culpables de la sobrecarga laboral de los sanitarios y de la pérdida de su poder adquisitivo. Muchas veces ellos también están muy limitados para tomar las decisiones más adecuadas, al estar condicionados por unos presupuestos restrictivos, más orientados a reducir el gasto que a profesionalizar la gestión con criterios de eficiencia y de la mejora total de la calidad del Sistema Público de Salud.

3. La nueva psiquiatría y la psicología médica cuentan con modelos eficaces de intervención para la prevención y el control del estrés laboral de los profesionales sanitarios. Así, se considera prioritario la reducción de la sobrecarga de trabajo de las enfermeras, no sólo por el bien de ellas sino también por la seguridad de los pacientes. Se debe procurar que el horario de trabajo sea lo más estable posible, con los turnos diseñados de forma ergonómica; la dotación de las plantillas debe permitir su regulación flexible, el trabajo en equipo, y una supervisión eficaz, así como la oportunidad de formación continuada. Aunque algunos de los aspectos más estresantes del trabajo de enfermera no pueden ser eliminados, sin embargo es posible y es necesario luchar para mejorar la calidad laboral de la enfermera y la satisfacción del enfermo.

La psiquiatría actual cuenta con técnicas eficaces para mejorar la competencia psicosocial de los sanitarios, a través del aprendi-

zaje de técnicas para el autocontrol emocional y la regulación de la ansiedad, el aprendizaje de habilidades sociales, así como la consecución de una mayor asertividad y capacidad para gestionar el tiempo entre otras.

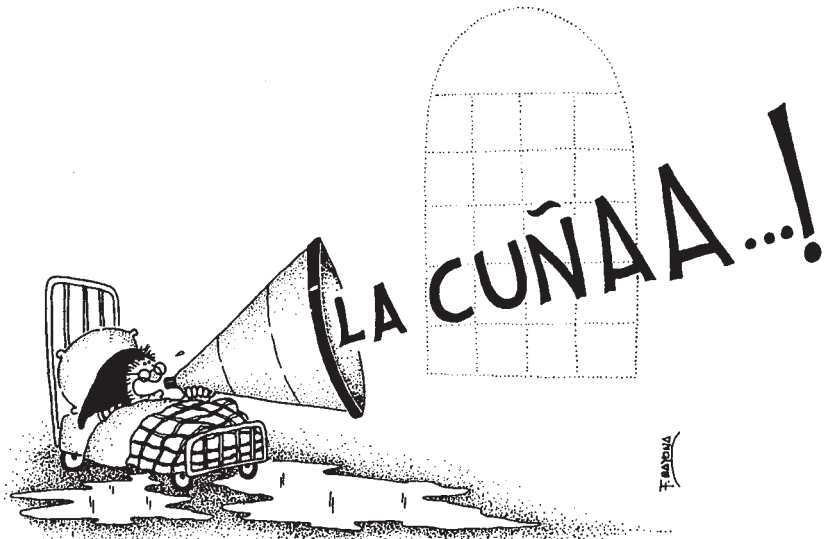
¿Por qué estudiar el estrés de la enfermera? Se trata de un colectivo mayoritariamente femenino (cercano al 86% del total) que ha de hacer frente a tal sobrecarga de tareas laborales y familiares que corre un elevado riesgo de desgaste emocional y de deterioro personal. Según el sindicato SATSE más del 20% de las enfermeras abandonan su profesión a causa del elevado estrés laboral que padecen y de la difícil compatibilidad del trabajo de enfermera con su vida familiar.

Pretendemos ayudar a la enfermera a pensar en sus experiencias emocionales, como medio para poder recuperarse para sí misma, y para que por tener que atender a «todo el mundo» no se pierda para ella misma. Se trata de una operación que intenta el rescate personal del secuestro profesional alienante de muchas enfermeras.

Este libro es fruto de la reelaboración y actualización de otro texto, *El estrés del médico. Manual de autoayuda*, que hemos revisado y adaptado pensando en el duro trabajo de las enfermeras. El capítulo III íntegro y parte del capítulo V han sido escritos por D. Santiago Pérez García, a quien agradezco su colaboración en la tarea de llevar acabo este trabajo. También le agradezco sus comentarios y sugerencias, así como la selección de ilustraciones que ha realizado para esta obra.

CARLOS MINGOTE
Médico Psiquiatra y Psicoanalista

Primera parte
¿Qué es el estrés?



Capítulo I

El estrés

*«¿Qué presta a mi contento
si soy del vano dedo señalado,
si en busca de este viento
ando desalentado,
con ansias vivas y mortal cuidado?»**

1. INTRODUCCIÓN

El estrés acompaña al ser humano desde sus orígenes. A lo largo de milenios ha sido un inseparable estímulo para que las personas hayan podido aprender de la experiencia vivida y transmitirla a las generaciones ulteriores, con un variable coste personal y social.

Aunque la palabra estrés tiene poco más de 60 años, y hoy en día la utiliza todo el mundo, muy poca gente lo hace en el mismo sentido. Así, sólo en el ámbito psicosocial, puede significar conceptos tan distintos como: ansiedad, esfuerzo, tensión emocional, sobrecarga, fatiga o frustración. El término *estrés hace referencia a tres cosas a la vez*; así puede considerarse como un *estímulo estresante* (vg. privación de sueño, sobrecarga de trabajo, etc.), como *una respuesta* de estrés (vg. elevación de la tensión arterial, aumento del cortisol plasmático, etc.) o como una *transacción* o relación interpersonal estresante (vg. conflictos interpersonales, mala comunicación, etc.).

* Fray Luis de León. Oda a la Vida Retirada en: *Poesías*. EDAF. Madrid 1967.

La popular palabra *estrés* tiene diferentes significados. Inicialmente se utilizó en metalurgia para referirse a la fuerza externa que deforma la estructura de un material sólido. Hasta cierta tensión límite, característica del material, este recupera su forma original cuando deja de actuar la fuerza externa. Dicho valor límite se conoce como *límite elástico* del material. Por encima de este se produce una deformación *plástica* (deformación permanente) e incluso la fractura del mismo si la tensión aplicada es excesiva. Los materiales *frágiles* como el vidrio, las cerámicas, etc. se caracterizan por su alta dureza y rigidez, pero tienen un mal comportamiento a choques. Por el contrario, los materiales *tenaces*, como los metales, tienen una menor dureza y rigidez, pero toleran bien los choques y modifican su forma al aceptar tensiones que producen deformación plástica.

Los sistemas físicos o biológicos se caracterizan por sufrir deformaciones que son consecuencia de fenómenos excitadores externos. Las personas pueden comportarse de forma similar a los materiales: en unos casos se pueden modificar comportamientos por el aprendizaje, parecido a un sistema tenaz, mientras que en otros no es posible aprender, produciéndose un desgaste reversible o bien el deterioro irreversible de la persona, lo que equivale a la fractura en un material (forma de irreversibilidad por excelencia). Sin embargo, al igual que las tecnologías de unión, como las soldaduras, pueden reparar esos *materiales*, otras *tecnologías psicoterapéuticas* son también eficaces en la *restauración* del ser humano.

El estrés se estudia desde tres perspectivas fundamentales:

1. la tradición ambiental, que se orienta hacia la valoración de los acontecimientos externos que confrontan al ser humano con nuevos requerimientos de trabajo adaptativo;
2. la tradición psicológica, que se centra en las evaluaciones subjetivas de las demandas y de los recursos disponibles para afrontarlas;

3. la tradición biológica, que estudia la activación de los diferentes sistemas biológicos, como consecuencia del esfuerzo adaptativo.

Recientemente se han propuesto diversos modelos psicobiológicos integradores que incorporan de forma interactiva las tres perspectivas tradicionales ya señaladas, ya que cada una de ellas se ocupa del estudio de los diferentes estadios del proceso general de estrés.

En biología, el término *estrés* fue introducido por Walter Cannon en 1911 para designar a todo *estímulo nocivo* capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores. Se trata de la evaluación rápida de una amenaza, resultante del *significado* atribuido a cada situación por un individuo particular.

Hans Selye usó desde 1936 el mismo término para designar la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos y la denominó *Síndrome General de Adaptación*. Describió tres etapas: *alarma*, *adaptación* y *agotamiento*. En esta última se produce una pérdida de recursos adaptativos y se acompaña de un grupo típico de síntomas de ansiedad (mala calidad del sueño, fatiga progresiva, dolores vagos, hipertensión arterial, mareos, etcétera). Pero el estrés no es habitualmente un fenómeno negativo, ya que media en la adaptación de la mayor parte de las personas a su medio y en el logro de muchas transformaciones y logros sociales. El estrés negativo enferma, pero el adecuado control del estrés produce salud, a través de aumentar la maestría personal (o autoeficacia) por el aprendizaje y el desarrollo de nuevas habilidades. En la siguiente figura se muestran las diferencias entre el *eustrés* (estrés bueno) y el *distrés* (estrés malo) respecto de la salud individual:

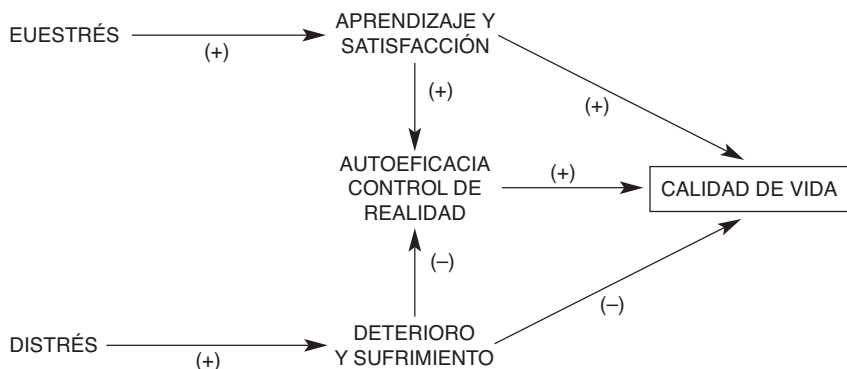


Figura 1.1. Diferencias entre eustrés y distrés

Son muy populares las representaciones en negativo de la «cascada del estrés», pero para trabajar eficazmente, y para vivir creativamente se necesita un cierto grado de estrés. Por debajo o por encima del nivel óptimo de estrés se deteriora el rendimiento, aumenta el estrés y se daña la salud personal. Esto se refleja en la figura siguiente:

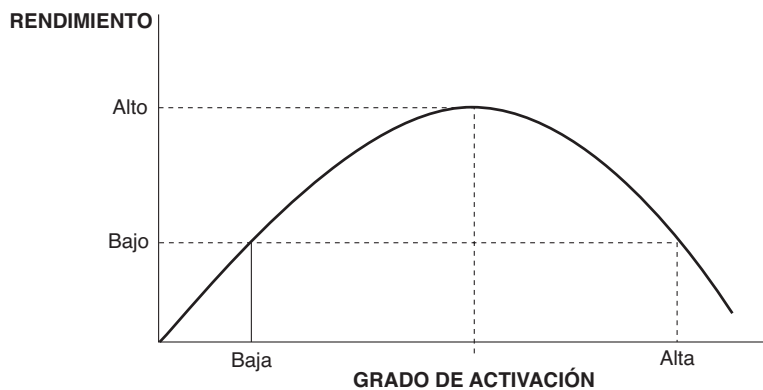


Figura 1.2. Ley de Yerkes-Dodson

Que representa la conocida Ley de Yerkes-Dodson (1908), según la cual cada persona tiene un nivel óptimo de activación en el cual los rendimientos son máximos (el punto 0 del gráfico), mientras que por debajo o por encima del mismo disminuyen los rendimientos. Una vez percibida la demanda, reto personal, el variable grado de activación prepara al organismo para intentar conseguirlo. Se sabe desde hace muchos años que el rendimiento en varias tareas de aprendizaje y habilidad guarda una relación en U invertida con el grado de activación tanto en humanos como en otros mamíferos. Así, con baja activación el rendimiento es malo. En cambio, con alta activación el rendimiento es óptimo. Si la activación es excesiva el rendimiento se deteriora. Es necesario insistir en que tras la reacción de alarma inicial, habitualmente experimentada como angustia, la mayor parte de las personas pasan a la acción de forma más o menos adaptativa o desadaptativa y luego pueden pasar a la etapa siguiente de recuperación o de reparación tras el esfuerzo realizado. El estrés intenso, prolongado o inadecuado es el que tiene efectos secundarios enfermantes, pero con frecuencia los efectos beneficiosos del estrés, en forma de aprendizaje, placer y éxito social, neutralizan los efectos residuales indeseables del trabajo de vivir.

El estrés bueno se asocia a un comportamiento adaptativo orientado al conocimiento y mejora de la realidad, mientras que el estrés malo se asocia a un comportamiento desadaptativo, como conductas de riesgo y/o de escape de la realidad. Este último tipo de estrés es el que primero describió Selye y ha estigmatizado el término estrés, que en realidad se asocia más a la vida que a la enfermedad.

Ante la vivencia de una amenaza, el organismo responde mediante unas reacciones generales inespecíficas que representan el *estado de estrés* y a través de unos mecanismos específicos (por ejemplo, de tipo inmunológico y hemodinámico). Cuando la activación es demasiado intensa o prolongada y se superan ciertos márgenes en los dispositivos autorreguladores existentes, se producen enfermedades, bien sea por el esfuerzo adaptativo o bien por

el fracaso o insuficiencia de dichos mecanismos de adaptación. Todos los individuos disponen de unos limitados recursos de afrontamiento, que si son desbordados por el esfuerzo requerido, conducen a la aparición de síntomas y signos característicos del estrés. Selye destacó el coste del proceso adaptativo al referirse a los efectos negativos de la confrontación con el estresor, que también se pueden llamar efectos secundarios, indirectos o residuales (*strain*); si bien, estos dependen tanto de la exposición al estresor como de la eficiencia de los mecanismos de afrontamiento desarrollados.

Otros estudios posteriores han demostrado que no todos los estresores producen el mismo patrón de respuestas bioquímicas, que no todos los animales responden al mismo estresor de la misma forma, y que los factores psicológicos juegan también un papel decisivo en el desarrollo de la respuesta de estrés. Así, por ejemplo, Mason¹ concluyó en 1975 que la respuesta de estrés es vital para la supervivencia, que en sí misma no es que sea buena ni mala, sino que depende del resultado de la operación entre las demandas adaptativas y los recursos movilizados para su afrontamiento.

El sistema nervioso autónomo tiene efectos inmunomoduladores. La activación simpática tiene un efecto inmunosupresor y, a su vez, las neuronas noradrenérgicas se activan en respuesta a la inmunización con varios antígenos. Se puede concluir que el sistema inmunológico es exquisitamente sensible a los cambios de las circunstancias vitales y a las actitudes de las propias personas. Por ejemplo, los sujetos que hacen un afrontamiento eficaz de las demandas adaptativas mantienen una mayor actividad citotóxica de las *células asesinas naturales* que los que no lo hacen, y presentan menos síntomas asociados de ansiedad y depresión. Además, ha podido demostrarse en personas sanas una consistente correlación positiva entre una mayor capacidad citotóxica (inmunocompetencia) y un mejor perfil psicológico².

La ansiedad normal sirve como estímulo energizante eficaz para mejorar la realización de cualquier tarea. A medida que

aumenta la ansiedad, se estabiliza el resultado obtenido, y si la ansiedad continúa aumentando se produce una disminución del rendimiento funcional. El *euestrés* o tensión emocional sana, sirve para conseguir una mejor adaptación al medio, y se caracteriza por el predominio de la capacidad exploratoria y creativa así como por la búsqueda activa y transformadora de la realidad, en oposición a la renuncia de información y a la conducta de escape que acompañan al *distrés*. La tensión emocional saludable se experimenta a nivel subjetivo como vivencias de satisfacción y desarrollo personal, y propicia rendimientos creativos útiles que mejoran la calidad de vida y el bienestar social. El estrés patológico produce insatisfacción y deterioro psicosocial.

El estrés psicológico ha sido definido por Engel en 1962 como *todo proceso originado tanto en el medio exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia adaptativa sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere la activación de los mecanismos psicológicos de defensa*³.

Debemos a Kahn *et al.*⁴ la importante discriminación conceptual entre: 1.– *Estresor*, que es el acontecimiento objetivo, la característica del medio ambiente verificable, independientemente de la conciencia individual; 2.– *Estrés* como experiencia subjetiva negativa, tal como es vivida por cada persona, sinónimo de ansiedad, y; 3.– Respuesta de estrés (*strain*), consecuencia psicobiológica, reacción fisiológica y conductual (*outcome*) a la experiencia del estresor, reversible o irreversible, como los distintos trastornos relacionados con el estrés, los trastornos adaptativos, la ansiedad y la depresión.

Los agentes estresantes pueden ser físicos como el ruido excesivo; bioquímicos como una infección bacteriana, y psicosociales. Estos últimos son situaciones que se caracterizan por significar novedad, incertidumbre, conflicto o falta de control sobre la situación vivida, como pueden ser el desempleo o la falta de contactos sociales.

Las experiencias vitales estresantes producen efectos diferentes dependiendo de varios factores: agente estresor (tipo, duración, intensidad, etc.), sujeto de estudio (especie, edad y sexo, historia previa de contacto con los estresores, etc.), y según la respuesta que se valore. Se denomina respuesta de estrés al conjunto de los cambios agudos neuroendocrinológicos, inmunológicos, vegetativos y conductuales que se producen en el organismo ante la percepción de amenaza. Estos cambios tienen por objeto mantener un adecuado equilibrio interno (homeostasis) y una adaptación óptima al medio ambiente. Además, es necesario contar con los factores dependientes del medio social.

En los animales sociables como los primates y el hombre, el rango social es el principal determinante de la activación neuroendocrinológica e inmunitaria. Así por ejemplo el estrés crónico se asocia con significativas disminuciones de la respuesta linfoproliferativa y de la actividad de los linfocitos *asesinos naturales*. Cuando existen conflictos interpersonales crónicos se produce una alteración inmune asociada muchas veces a depresión clínica y/o subclínica. Últimamente se han identificado algunas relaciones significativas entre factores psicosociales e inmunidad en varios enfermedades, como el cáncer y el sida y especialmente en la mujer, que tiene un riesgo mucho mayor que el hombre de padecer enfermedades autoinmunes.

Las personas experimentan simultáneamente varios tipos de estresores, pertenecientes a sus diferentes ámbitos vitales y que interactúan entre sí de forma dinámica. Así, por ejemplo, el estrés laboral puede exacerbar la frecuencia e intensidad de las discusiones familiares, que, a su vez, sensibilizan al trabajador para los estresores laborales, fenómeno que se conoce como *generalización por desplazamiento* entre los diferentes roles personales, y sobre todo entre la familia y el trabajo, en tanto que pilares esenciales del ser humano.

Sin embargo, el estrés en sí mismo no es una enfermedad, todas las personas tienen estrés y solo algunas de ellas sufren enferme-

dades físicas y trastornos mentales relacionados con el estrés como: disfunciones del sistema nervioso central, dolor músculo-esquelético generalizado (fibromialgia), disfunciones sexuales o diferentes problemas cardiovasculares y gastrointestinales.

No existe una relación biunívoca entre estresores y enfermedades relacionadas con el estrés, sino que existen diferentes variables mediadoras como la edad, el sexo, el estado civil y otras características individuales que determinan los recursos de afrontamiento del estrés. Así, por ejemplo, hay más mujeres que hombres que sufren los efectos del estrés, aunque disponen a su favor de un repertorio más amplio de estrategias de afrontamiento. En general los varones utilizan estrategias orientadas sobre todo a la resolución de los problemas reales que han generado el estrés, mientras que las mujeres tratan de reducir sus efectos nocivos mediante estrategias emocionales tales como la resignación y la búsqueda de apoyo social, como reflejo de las diferencias de género en cuanto a poder social y económico. Estas diferencias tienden a desaparecer cuando hombres y mujeres tienen las mismas oportunidades reales de desarrollo profesional.

La vulnerabilidad o la resistencia individual al estrés va a depender de factores biológicos, como el grado de reactividad al estrés, de factores cognitivos como el pesimismo y el perfeccionismo; de factores psicológicos de personalidad; y, por supuesto, de factores ambientales como la exposición a varios estresores a la vez y el contar con un bajo soporte social.

El continuo *estrés-salud-enfermedad* puede describirse como un círculo vital que parte de: la salud como un estado positivo de bienestar donde el estrés se configura y se vivencia como una situación de creatividad y actividad efectiva, pero que puede dar paso a la utilización de estilos disfuncionales de afrontamiento del estrés, y llegar a producir alteraciones psicobiológicas asintomáticas prolongadas, hasta la aparición de enfermedades relacionadas con el estrés, como las de antes mencionadas, si no se previenen de forma eficaz.

Todos los libros especializados insisten en la importancia de la detección precoz de los síntomas y signos individuales del estrés, para así poder adoptar las medidas necesarias para controlarlo. Se trata de una larga lista de alteraciones físicas, emocionales y del comportamiento:

1. Alteraciones físicas como una elevada tensión muscular, dolores de cabeza o de espalda, taquicardia e hipertensión arterial.
2. Alteraciones emocionales como sentimientos de impotencia, fracaso y desvalorización personal.
3. Alteraciones del comportamiento como aumento del consumo de tabaco y alcohol, aislamiento social, absentismo del trabajo, resistencia al cambio, etc.

Una vez identificada la respuesta de estrés lo antes posible, el segundo paso es aprender a relajarse y a pensar en los distintos factores determinantes de la situación de estrés, en las distintas soluciones posibles, los pros y los contras de cada una de ellas, las prioridades personales, etc. Es fundamental que cada persona aprenda a reconocer las áreas de su vida que le están originando un estrés excesivo. Poder aceptar el desajuste existente entre las demandas y las capacidades individuales, permite corregir el desequilibrio, sea aumentando la disponibilidad de recursos o bien limitando las demandas a los recursos.

Hay algunas personas que no perciben los síntomas del estrés que padecen y que en un cuestionario autoaplicado presentarían puntuaciones en el rango normal, pero que se caracterizan por ser eficaces agentes conductores que inoculan el estrés propio en los demás, es decir: que transmiten su estrés a las personas que los rodean. Esta situación es con frecuencia difícil de diagnosticar y de tratar, sobre todo si el portador de estrés excesivo y no reconocido ocupa posiciones jerárquicas superiores, porque *¿quién le pone el cascabel al gato?*

2. MODELO BIOPSIICOSOCIAL DEL ESTRÉS

Todas las definiciones del estrés comparten un particular interés por el estudio del proceso interactivo entre cada persona y su entorno emocional significativo: cuando las demandas exceden o superan sus capacidades adaptativas individuales, se producen varias alteraciones psicológicas y biológicas, que aumentan el riesgo de enfermar. Al contrario, cuando la persona consigue tener éxito en su esfuerzo adaptativo, mejoran sus parámetros biológicos y aumenta su bienestar subjetivo.

El término *estrés* puede entenderse como un *proceso dinámico complejo desencadenado por la percepción de amenaza para la integridad del individuo y para la calidad de sus relaciones significativas, que tiene por objeto recuperar el equilibrio homeostático perdido, posibilitar el desarrollo de competencia individual y mejorar la calidad de la adaptación al medio.*

Las situaciones estresantes que no se solucionan eficazmente producen la amenaza de pérdida de control personal (angustia, señal de alarma), y la aparición de alteraciones de conducta tales como las repetitivas y ritualizadas como estrategias de afrontamiento disfuncionales que tratan ilusoriamente de aumentar la autoeficacia, disminuir la angustia y alcanzar ilusión de control de la situación sin desarrollar unos mecanismos adaptativos eficaces, las inhibiciones o las conductas de evitación.

El afrontamiento del estrés tiene diferentes consecuencias individuales según el grado de eficacia del procedimiento utilizado. El trabajo realizado en el intento adaptativo conlleva cierto gasto de energía que se experimenta como desgaste o fatiga psicobiológica (*strain*), junto con la satisfacción por el aprendizaje y el desarrollo personal conseguido. Las distintas estrategias de afrontamiento pueden producir, también, efectos nocivos sobre la salud, bien de forma directa (como el aumento de la tensión arterial y la retención de líquidos), o bien de forma indirecta (por fumar tabaco, comer y

beber en exceso, adición a drogas, etc.). Esto sucede, sobre todo, en personas con determinadas características de personalidad, como las que son muy ambiciosas, competitivas, impacientes y hostiles, (que caracteriza el conocido Patrón de Conducta tipo A que describieran Friedman y Rosenman en 1959), las cuales intentan ejecutar las tareas más difíciles, y que requieren un alto esfuerzo para lograrlas. En el laboratorio animal, este mismo paradigma experimental se asocia a mayores tasas de enfermedades relacionadas con el estrés, como son las úlceras gástricas.

Cuando fracasa el intento adaptativo en el control del estímulo estresante se produce más fatiga aún, con aumento de los niveles de ansiedad, depresión y hostilidad, y peor rendimiento en las tareas ulteriores por desmotivación, deterioro cognitivo y alteración conductual operativa. Existe una fuerte evidencia de que la pérdida de capacidad de control sobre aspectos importantes de la propia vida (familiar, laboral y personal) daña, de forma importante, la salud, la autoestima y la autoeficacia, con pérdida de motivación para el trabajo creativo, mayor desconfianza y aislamiento interpersonal, así como mayor riesgo de depresión clínica y de padecimientos somáticos asociados a inmunosupresión. Al contrario, las diferentes intervenciones psicoterápicas se asocian con mejoría de la inmunocompetencia y mejor autorregulación neuroendocrina, así como una mayor supervivencia⁵.

Desde una perspectiva integradora, es posible concluir que *el estrés* para el ser humano es un fenómeno multidimensional que se caracteriza por incluir un estímulo significativo (estresor) capaz de activar *la respuesta de estrés*, la cual media, tanto en el desarrollo de una personalidad sana como en la génesis de varias disfunciones psicobiológicas, (enfermedades psicosomáticas, trastornos mentales) y enfermedades orgánicas, según sean las diferentes vulnerabilidades y recursos adaptativos individuales.

Desde una perspectiva psicosocial proponemos esta definición integradora del estrés como el resultado individual de una excesiva discrepancia mantenida entre las demandas planteadas y los

recursos con los que se cuenta y que produce percepción de riesgo de pérdida de control sobre la situación vital experimentada, y que motiva la realización del esfuerzo necesario para recuperar el control adaptativo. El desbalance entre demandas y recursos adaptativos puede representarse en la Figura 1.3, la denominada «balanza del estrés»:

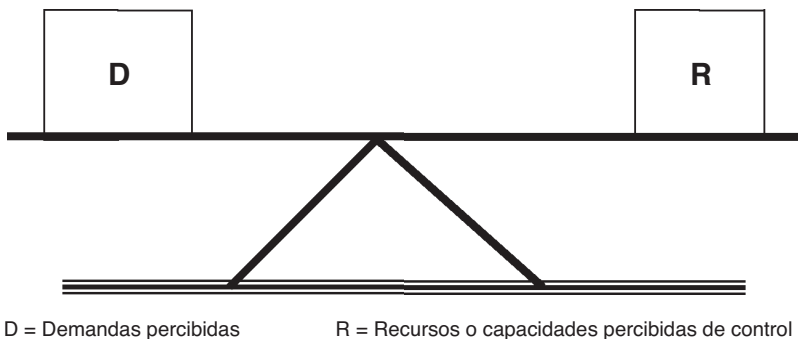
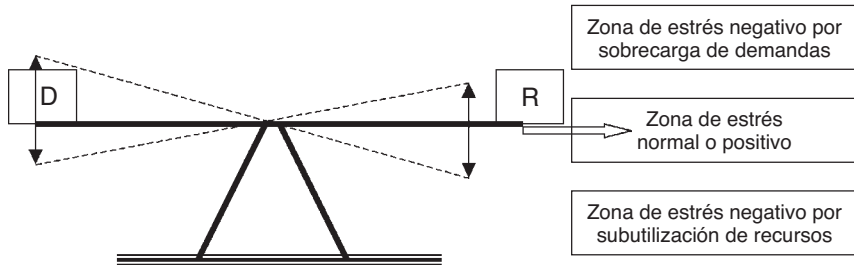


Figura 1.3. **Balanza de estrés: desbalance entre demandas y recursos adaptativos**

Las demandas percibidas del rol profesional dependen de las tareas específicas a realizar que deben estar claramente definidas, aunque siempre existe un sesgo individual que depende de las características de la propia personalidad. Así una enfermera perfeccionista puede acumular mucha mayor tensión emocional por su propia inseguridad y falta de asertividad personal. Esta balanza puede experimentar ciertas fluctuaciones, cierto grado de cambio a lo largo del tiempo, en un equilibrio dinámico característico de cada persona. Si el desequilibrio se mantiene demasiado tiempo o es demasiado intenso, sin lograr responder con las soluciones adaptativas más convenientes, entonces se produce un progresivo daño en la palanca de la balanza que representa a la persona que se encuentra en situación de estrés como puede apreciarse en la Figura 1.4:



Situación: fluctuaciones entre las demandas percibidas y la percepción de los recursos de afrontamiento.

Figura 1.4. Los límites de la zona normal de estrés

Esta representación puede complicarse más aún como en la siguiente formulación, que integra conceptos de Selye, Cannon y Warr:

$$\text{El estrés} = \frac{\text{Las demandas} + \text{el esfuerzo}}{\text{Los recursos} + \text{los refuerzos}}$$

En la que a mayor esfuerzo resulta más estrés, moderado por el aumento de los recursos requeridos para realizar la tarea, y por los refuerzos contingentes con el esfuerzo realizado. Este cociente debe ser superior a 1 para promover el aprendizaje de conocimientos y habilidades específicas, y para no entrar en el estrés por subutilización de capacidades personales. Si el cociente es superior a 2 o se mantiene un tiempo excesivo, entonces tiene lugar un estrés negativo con caída en el rendimiento y daño en la salud personal.

En la experiencia estresante traumática el desbalance entre las demandas y los recursos es de tal magnitud que produce una vivencia catastrófica de pérdida total de control adaptativo, con bloqueo funcional operativo y/o realización de conductas de alto riesgo de ataque-fuga de la situación vivida como realmente insoportable.

Las respuestas de estrés pueden ser saludables o no, con efectos combinados sobre el estado afectivo y fisiológico del indivi-

duo, así como su conducta y sobre su funcionamiento cognitivo global.

En la Figura 1.5 se recogen de forma esquemática las consideraciones previas, que está tomada de Marianne Frankenhaeuser, con algunas modificaciones⁶.

El diagnóstico diferencial de las respuestas de estrés es una tarea estresante pero no imposible. ¿Son respuestas normales o no? ¿El estrés es beneficioso o no? ¿El afrontamiento realizado es adaptativo o desadaptativo? Para empezar, es necesario reconocer que no existen estrategias de afrontamiento eficaces para cualquier persona en toda situación y ante cualquier problema, pero salvo algunas excepciones conocidas, es adaptativo hacer frente a los problemas en vez de negarlos. Estas excepciones, que justifican la regla general anterior son: postinfarto agudo de miocardio, dolor agudo, acúfenos, y cuando verdaderamente no hay nada que hacer. En todos estos casos particulares es preferible utilizar estrategias de distracción y minimización de la percepción de estos riesgos concretos, según la información científica actual disponible.

Con frecuencia las personas no somos conscientes de los fenómenos de *estrés crónico* que estamos experimentando y necesitamos de un objeto-espejo reflector eficaz que nos ayude a tomar conciencia de ellos, y a veces sólo se llega a la salud a través del duro camino de la enfermedad y de su tratamiento eficaz. El espejo reflector puede ser un familiar que de forma adecuada nos ayuda a tomar conciencia de nuestra irritabilidad o mal humor, o de que nos hemos ido aislando del resto de la familia, por citar solo algunos ejemplos. Un compañero enfermero decía resignado: «No te extrañes de que no te haya reconocido... En casa mi mujer y mis hijas me llaman «el autista» porque no me entero de nada de lo que pasa en casa». Otras veces, el estímulo estresante que nos golpea es un episodio de angor, o una inesperada depresión. Esta es una enfermedad como otra cualquiera que nos puede pasar a cualquiera de nosotros, ya que por su elevada prevalencia puede afectar a un

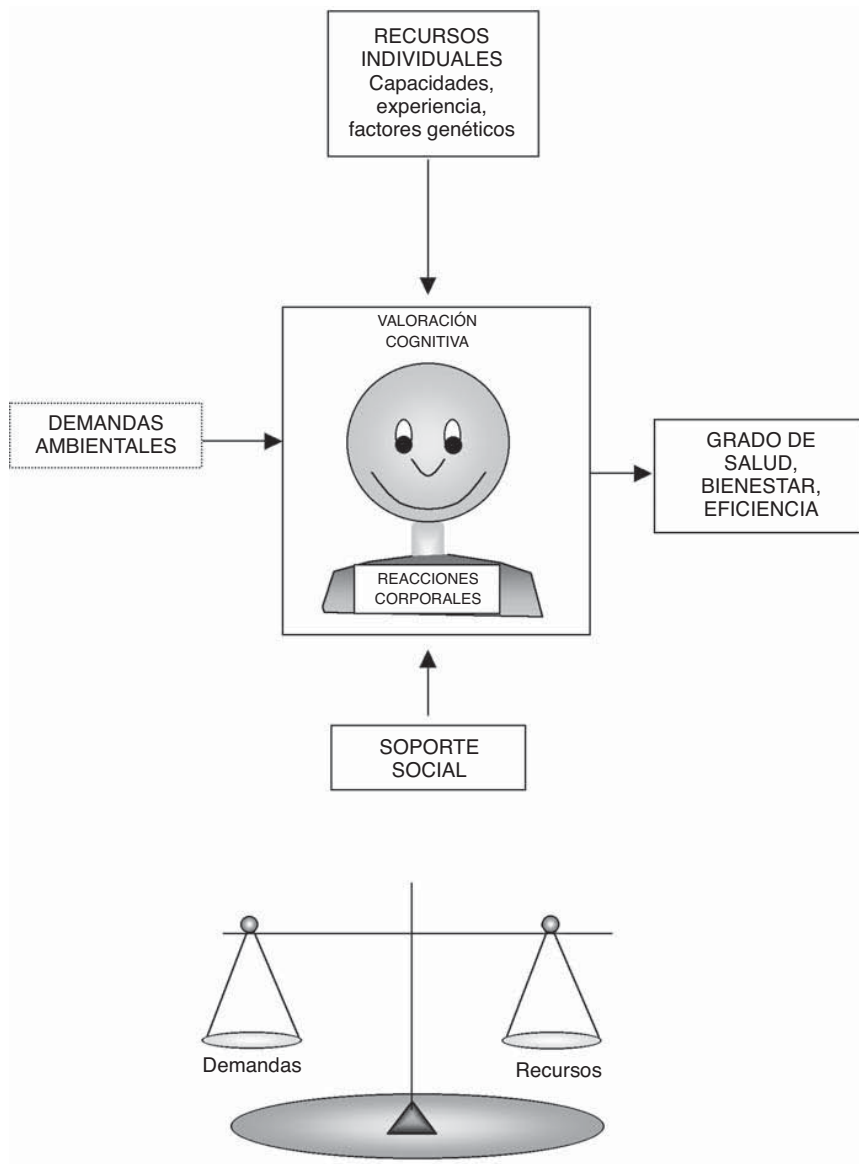


Figura 1.5. Modelo biopsicosocial de estrés

17% de nosotros a lo largo de la vida, con un doble riesgo para las mujeres que para los hombres.

3. LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS

Ansiedad deriva del latín *anxietas* que significa inquietud o zozobra del ánimo con sentimiento de incapacidad e inseguridad ante la anticipación de un peligro futuro. La ansiedad es un estado emocional desagradable, caracterizado por la vivencia de temor difuso y por varias sensaciones somáticas activadas por la percepción de riesgo. Puede ser una respuesta adaptativa del organismo ante una amenaza real o imaginaria, aunque también puede ser excesiva o inadecuada, es decir, patológica. La vivencia de ansiedad es la manifestación subjetiva de un estado de activación emocional general suscitada por la percepción de amenaza, daño o pérdida de control personal.

Angustia deriva del latín *angustiam* que significa estrechez o angostura, aflicción, sufrimiento o congoja. La *angustia* no debería interpretarse como algo nocivo o perturbador para el ser humano, sino más bien (como lo entiende Heidegger y lo explica Gómez Bosque,⁷) como una *experiencia fundamental del sufrimiento genérico del hombre* que le permite captar la realidad del mundo y la suya propia. Nos descubre la finitud y mortalidad de nuestra existencia. Por lo tanto, la angustia puede ser contemplada como *un estado anímico salvador, asumiendo el papel de voz de la conciencia que se presenta cuando vivimos de forma inauténtica. Nos habla de la infidelidad a nuestra vocación y nos descubre nuestro estado de caída existencial, para que podamos remediarlo.* Para Heidegger lo que caracteriza la angustia es un sentimiento que evidencia la nada, cuando se experimenta la propia vida vacía de sentido.

En la actualidad se considera que ansiedad y angustia son dos perfiles clínicos diferentes de un mismo proceso psicobiológico

fundamental, que se encuentra en la base de cualquier alteración psicopatológica en la práctica clínica, mientras que el concepto de estrés se desarrolla en el ámbito experimental.

Como hemos visto la ansiedad puede entenderse como una emoción de malestar difuso, una señal de alarma psicobiológica ante los estímulos amenazantes, que se acompaña de una serie característica de sensaciones somáticas (cardiorrespiratorias, gastrointestinales y neurológicas), así como de un estado de activación del sistema nervioso central. Con la ansiedad normal se mejora la eficacia adaptativa al medio a través del aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento de las demandas en juego. Con la ansiedad patológica se pierde la eficacia adaptativa, con deterioro significativo de la calidad de vida y de las relaciones sociales del paciente. Los trastornos de ansiedad constituyen las enfermedades psiquiátricas más prevalentes, de manera que en algún momento de la vida más del 25% de la población tendrá un trastorno de ansiedad. La ansiedad neurótica se produce por la percepción de amenazas internas, como deseos prohibidos e inaceptables para la conciencia moral inconsciente (*Superyo*). Freud atribuía el miedo y la angustia a una serie causal de factores etiológicos complementarios. Destacaba por un lado temores de origen interno determinados filogenéticamente con fantasías primitivas de odio y muerte, y por otro lado temores aprendidos de experiencias reales vividas como abandono, amenazas y pérdidas de amor. Desde la teoría de las relaciones objetales, la ansiedad es la señal de alarma esencial que resulta de la percepción de la agresión experimentada por la frustración y separación de la madre o figuras sustitutivas necesitadas⁸.

Darwin defendió la tesis de que las emociones expresadas son restos o vestigios de antiguas conductas concretas, con fuerte éxito adaptativo para la supervivencia, y que por eso persisten de forma automatizada en los individuos de una misma especie⁹. Esto es coherente con los resultados de algunas investigaciones sobre la expresión gestual y sonora de emociones agradables y desagrada-

bles de niños sordomudos que son iguales, hasta los tres meses de edad, que la de los niños normales. Por otra parte, estudios realizados en primates y en niños demuestran que el grado de susceptibilidad al miedo es inversamente proporcional a la calidad del vínculo de la cría y de sus padres. Así, cuando se consolida un vínculo de confianza básica entre ellos, el niño muestra una escasa tendencia a sufrir ansiedad, mientras que si no ocurre así presentará una mayor vulnerabilidad al sufrimiento de ansiedad. En la especie humana el periodo crítico para lograr o no consolidar este vínculo suficientemente bueno, se extiende a lo largo de los tres primeros años de vida, aunque de forma gradual descendente se extiende hasta el final de la adolescencia, siendo éste el periodo sensible durante el cual cada individuo desarrolla una imagen genérica de las personas con las que se relaciona afectivamente. Se han detectado algunas conductas maternas que causan más ansiedad en los niños, como las amenazas de abandono y las separaciones de los padres durante la infancia, y sobre todo por padres ansiosos que transmiten la ansiedad a sus hijos por contagio emocional directo.

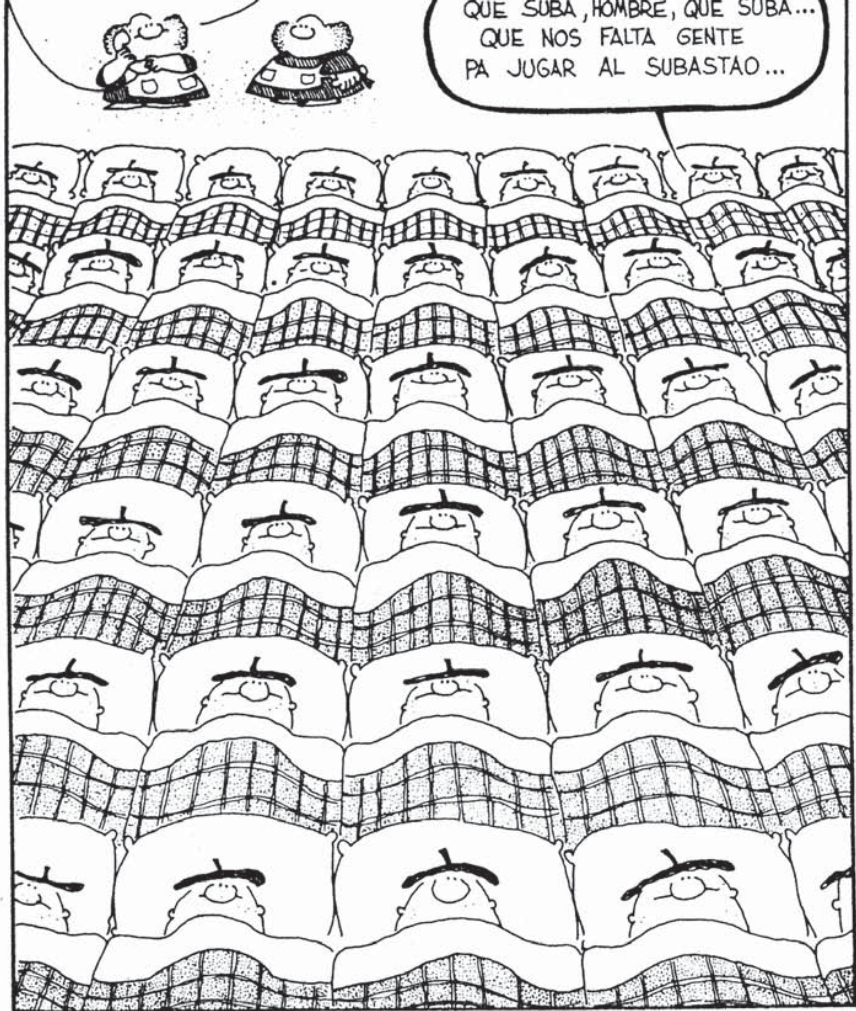
En el miedo, la ansiedad es producida por un peligro real conscientemente percibido, mientras que en la ansiedad se produce la percepción de riesgo por la anticipación de un peligro, que puede ser externo (vg. la muerte de un cónyuge gravemente enfermo) o interno, es decir, determinada por la existencia de conflictos emocionales. En general, el miedo reduce el dolor, mientras que la ansiedad aumenta la sensibilidad al dolor.

Pero más allá de sus formas de expresión, la ansiedad es un estado emocional vital para la toma de conciencia de sí mismo como ser humano esencialmente conflictivo; es decir, capaz de saberse «uno mismo» como protagonista activo de la propia existencia y solidario con «otros semejantes».

LLAMAN DE URGENCIAS ...
...QUE SI NOS QUEDA UN HUECO
PARA OTRO INGRESO.

T. BARRERA

QUE SUBA, HOMBRE, QUE SUBA...
QUE NOS FALTA GENTE
PA JUGAR AL SUBASTAO...



Capítulo II

El estrés del mundo laboral

*«Tú vives siempre en tus actos.
Con la punta de tus dedos
pulsas el mundo, le arrancas
auroras, triunfos, colores,
alegrías: es tu música.
La vida es lo que tú tocas»**

1. INTRODUCCIÓN

El ámbito laboral determina la exposición del empleado a ciertos estresores que, según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual de estrés, bien sea adaptativa (aprendizaje y satisfacción) o desadaptativa (desgaste e insatisfacción). Se han descrito varias características que influyen en la salud del trabajador, como son el tamaño de la empresa, el nivel jerárquico que se ocupa, la responsabilidad que se tiene, la estabilidad en el empleo, las disfunciones de rol (sobrecarga, ambigüedad, conflictos) y la falta de participación en la toma de decisiones y en el control organizativo. Según el modelo de Peter Warr (1987) los factores o *variables* laborales que más influyen en la salud mental del trabajador se relacionan en la Tabla 2.1. Warr¹⁰ desarrolla lo que denomina *el modelo vitamínico* de estrés laboral, según el cual a partir de un cierto límite (Fig. 2.1) aunque se aumenten o mejoren los factores laborales no mejora la salud mental del trabajador, como ocurre con las vitaminas C y E. Así suce-

* Pedro Salinas *La voz a ti debida* Madrid, Edit. Castalia, 1969.

de con el sueldo, la seguridad en el empleo y la valoración-posición social. Por otra parte, sucede que si el resto de las variables o factores referidos aumentan demasiado, (Fig. 2.2) se produce un daño en la salud del trabajador, lo mismo ocurre con las vitaminas A y D. Así, sucede por ejemplo cuando se persiguen demasiados objetivos externos, como exigir excesivos resultados, realizar una gran variedad de tareas o establecer innumerables relaciones interpersonales. En el medio sanitario es necesario incluir otro factor fundamental, la calidad de la supervisión.

El estrés laboral resulta del desequilibrio mantenido entre las demandas que el ejercicio profesional exige y las capacidades de

Tabla 2.1. Características del trabajo relacionadas con la salud mental del trabajador (Warr, 1987)

1. Autonomía (AD).
2. Uso de capacidades (AD).
3. Objetivos externos (AD).
4. Variedad de la tarea (AD).
5. Claridad ambiental (CE).
6. Salario (CE).
7. Seguridad física (CE).
8. Relaciones interpersonales (AD).
9. Posición social (CE).

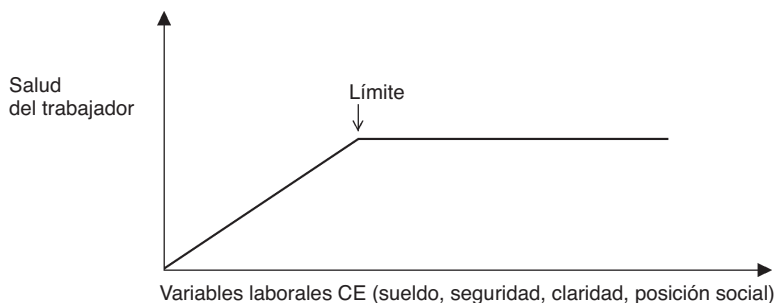


Figura 2.1. Modelo vitamínico de Warr

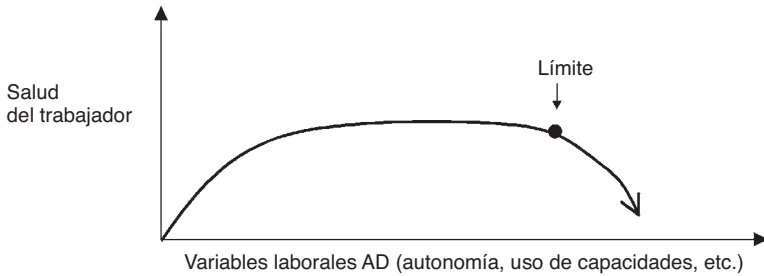


Figura 2.2. **Modelo vitamínico de Warr**

afrontamiento del trabajador. Desde la perspectiva científica actual, puede asegurarse que más importante que la demanda ocupacional (agentes estresantes), son los recursos que se destinan a un afrontamiento eficaz del estrés, tanto a nivel individual como institucional: un afrontamiento eficiente de la demanda facilita el aprendizaje (mayor comprensión y desarrollo de nuevos recursos adaptativos), la capacidad de predicción y de control, y la satisfacción laboral, procurando una mayor autoeficacia o maestría personal. Un afrontamiento desadaptativo suele estar orientado a la evitación o escape de las demandas, y origina ansiedad patológica, desgaste personal y un mayor riesgo de alteraciones psicosomáticas como la depresión.

El estrés laboral puede manifestarse por tres tipos de síntomas:

1. Psicológicos, como ansiedad, hostilidad y depresión.
2. Síntomas físicos, como cefaleas, úlcera gastroduodenal o hipertensión.
3. Síntomas conductuales, como absentismo, siniestrabilidad y baja productividad.

Desde la perspectiva organizacional los estresores ocupacionales más estudiados han sido el conflicto y la ambigüedad de rol y la sobrecarga de trabajo. También se ha estudiado la insuficiencia

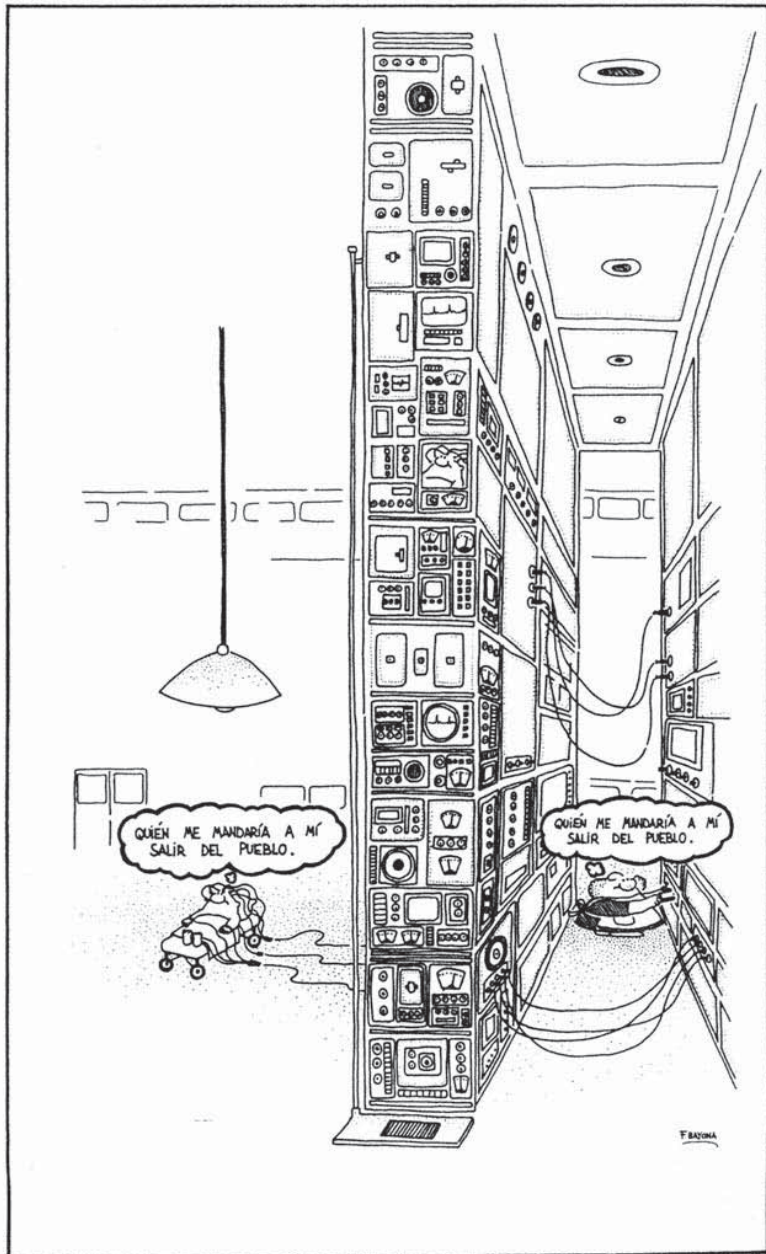
de recursos disponibles, la responsabilidad sobre terceros, la escasa participación en la toma de decisiones y la influencia del clima laboral o del soporte social en el trabajo.

Otros reconocidos agentes estresantes por los profesionales sanitarios son las expectativas inadecuadas de los pacientes y de los propios sanitarios, las constantes interrupciones del trabajo, la carga de trabajo administrativo y la interferencia del trabajo con la vida familiar. Veamos en detalle algunos de estos estresores laborales

Por *conflicto de trabajo* se entiende la presencia de demandas opuestas e incompatibles en la realización de una tarea laboral. En el cuidado de enfermos este conflicto puede manifestarse al tener que optar entre los principios éticos aprendidos durante el periodo de formación, la limitación de los recursos asistenciales disponibles y las restricciones económicas que condicionan la toma de decisiones en la práctica clínica habitual.

Por *ambigüedad de trabajo* se entiende la incertidumbre acerca de las exigencias propias de la tareas, la forma en que debe ser llevada a cabo y las expectativas sobre los resultados deseables. En la práctica clínica destacan el estrés, la incertidumbre diagnóstica y terapéutica, y la ambigüedad entre el papel de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.

Por *sobrecarga de trabajo* se entiende el exceso de trabajo, el trabajo difícil de ejecutar por la urgencia o presión del tiempo. En todos estos casos las demandas de trabajo superan los recursos para poder dar una respuesta eficaz a las mismas, es decir, para poder ejercer control sobre las tareas que cada persona ha de realizar. Con frecuencia los profesionales sanitarios se enfrentan a pacientes en situaciones de riesgo vital, frente a los que se sienten incapaces, inseguros y frustrados.



Capítulo III

Estrés laboral en enfermería

«Si te ves herido no temas llamarme. Llámame desde donde te halles, aunque sea el lecho de la vengüenza. Y yo iré, aun cuando estén erizados de espinos los llanos hasta tu puerta.

No quiero que ninguno, ni Dios, te acomode la almohada bajo la cabeza (...)

*Mi mano quedará sobre tus ojos para que no miren la noche tremenda»**

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería, por sus características específicas, es una profesión cuyos componentes corren altísimo riesgo de padecer estrés laboral¹¹. Dadas las características del trabajo y el entorno en el que lo desarrolla, se ha observado que el profesional de enfermería es uno de los trabajadores que corren mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el estrés¹². La razón fundamental es que estos profesionales sanitarios, en gran proporción, realizan su trabajo administrando cuidados directos a personas con sufrimiento físico y psicológico y sobre todo los que trabajan cuidando a enfermos críticos y terminales^{11,13}. Es por ello que se encuentre con frecuencia al personal de enfermería con pérdida de motivación, descenso del rendimiento, deterioro de la calidad del trato ofrecido, junto al desarrollo de sensaciones de cansancio

* Gabriela Mistral. *Desolación*. Col. Austral. Madrid. Espasa-Calpe 1972.

emocional, inadecuación, y fracaso personal y profesional, todos ellos síntomas de estrés laboral crónico ¹⁴.

Son tantos los estresores diarios que sufre la enfermería, todos ellos inherentes al desarrollo de su actividad, que no sólo es una de las profesiones con mayor estrés laboral, sino la profesión con un mayor índice de deserción y abandono profesional ^{13,15}.

Según los estudios realizados, existen diferentes grados de estrés laboral entre la enfermeras en función del puesto, lugar y tipo de trabajo que desarrollan en los distintos niveles asistenciales. Las presiones de trabajo van a ser diferentes según la especialidad, la organización de la actividad, el tiempo de experiencia, o el tipo de contrato laboral, por citar solo algunos de los factores intervinientes en el desarrollo del estrés.

Las conclusiones de los análisis realizados indican que el estrés de la Enfermería de Atención Especializada (hospitalaria) es más alto que en la enfermera de Atención Primaria. El profesional de enfermería que desarrolla su actividad en un hospital sufre mayor agotamiento emocional, más despersonalización y se siente menos realizado que sus colegas de Atención Primaria ^{16,17}. Como veremos más adelante, la falta de autonomía en el trabajo, la sobrecarga laboral, la turnicidad, los conflictos y la ambigüedad de rol son los factores fundamentales que influyen en la aparición de estrés laboral en la enfermera, factores que están más acentuados en la atención hospitalaria. Es importante destacar que en Atención Primaria el personal de enfermería está más satisfecho con su trabajo.

La relación entre satisfacción profesional y estrés laboral ha sido también comprobada por Pérez García (1994) en un estudio realizado entre Enfermeras Expertas en Estomaterapia (cuidados especializados de enfermería a la persona ostomizada), las cuales se sentían más satisfechas profesionalmente, sobre todo la enfermera experta que desarrollaba su actividad asistencial exclusivamente a ostomizados; ya que tenía una mayor autonomía, posibilidad de

desarrollar sus capacidades, mayor autoestima, ausencia de turnicidad y un rol profesional claro y definido. Las enfermeras expertas en Estomaterapia que compaginaban el cuidado al ostomizado con otro tipo de enfermos quirúrgicos sentían menor satisfacción laboral y en consecuencia mayor percepción subjetiva de estrés, más agotamiento emocional y mayor despersonalización, pero siempre con índices menores que la enfermera de una unidad de hospitalización quirúrgica¹⁸.

Fornes Vives *et al.* (2001) en una de las conclusiones de su estudio «Ansiedad y estrés en enfermería», afirma que el encontrarse a gusto en su puesto de trabajo protege del estrés¹⁹.

En función del tipo de enfermos atendidos y del tipo de actividades asistenciales que realizan, también existen diferentes niveles de estrés laboral, así García Sánchez (1999) afirma en su estudio que existe una mayor despersonalización entre las enfermeras de unidades infantiles que entre las enfermeras de adultos; las cuales sin embargo, presentan mayor cansancio emocional y una menor realización personal²⁰. Entre las conclusiones del trabajo de Rodríguez Durán *et al.* (1997) observamos que los profesionales que realizan cuidados directos y continuados en unidades de hospitalización padecen mayores niveles de estrés que el personal de enfermería de los servicios centrales. En su estudio encontró que el 80 % de los encuestados estaban dispuestos a cambiar de trabajo por otro más satisfactorio. Y por último, afirma que son los supervisores (puesto de responsabilidad de las unidades de enfermería) los que presentan más sintomatología de estrés¹³.

Domene Ribera *et al.* (1990) afirma en su estudio que los profesionales de enfermería sufren una gran frustración profesional, con altas puntuaciones en estados depresivos y corrobora que las enfermeras que realizan su trabajo en servicios de hospitalización presentan índices mayores de depresión, estrés y frustración que las que desarrollan su profesión en servicios de urgencia y servicios centrales como radiodiagnóstico, laboratorios, etc.²¹. Fornés Vives (2001) afirma en su estudio que la edad, los años de ejercicio pro-

fesional, el tiempo de permanencia en el mismo servicio y el hecho de encontrarse o no a gusto en él, son variables que pueden producir ansiedad y estrés en el personal de enfermería¹⁹.

2. CAUSAS DEL ESTRÉS EN ENFERMERÍA

El estrés laboral de la enfermería no procede de una única causa, ni de varios estresores aislados; la etiología es el resultado de un cúmulo de factores estresantes asociados en el desempeño de su profesión y que sobrepasan los recursos de afrontamiento personales. La enfermera vive de cerca la enfermedad, la invalidez, las necesidades del individuo, la muerte, el sufrimiento, etc. Como dicen Mingote Adán y Pérez Corral (1999) la adaptación del profesional va a depender de los recursos de afrontamiento de que disponga como conocimientos, técnicas, habilidades o aptitudes instrumentales y actitudes en la relación humana²².

En el Capítulo 2 se enumeran, siguiendo a Warr¹⁰, las características del trabajo que condicionan la salud mental del trabajador. En este sentido cualquier enfermera con experiencia afirmaría hechos que a continuación se relacionan: la *sobrecarga* de trabajo tanto cuantitativo como cualitativo* la impide desarrollar mínimamente sus capacidades intelectuales. A ninguna enfermera se le escapan los riesgos que tiene la *práctica de su profesión*: lesiones de espalda, accidentes, abortos espontáneos, contagio de enfermedades, etc. Estas profesionales están lejos de alcanzar una suficiente *autonomía profesional* a pesar del desarrollo profesional de las últimas décadas. Además, es muy escasa su participación en la *toma de decisiones* en la asistencia clínica y en las instituciones sanitarias, con escasa claridad de objetivos. La necesidad de perso-

* Trabajo *cuantitativo* se refiere a demasiado trabajo a realizar en poco tiempo; mientras que el trabajo *cualitativo* hace referencia a la complejidad, sofisticación e importantes consecuencias que se puedan derivar.

nal cuidador las veinticuatro horas del día, hace necesario los *turnos rotatorios* de la enfermería. Los salarios son bajos con pérdida gradual de estatus y de valoración social. La *comunicación* con el resto de los estamentos sanitarios es complicada y a menudo difícil de lograr de forma eficaz. Las *relaciones interpersonales* se deterioran como consecuencia de la excesiva carga de trabajo y de los turnos rotatorios mal regulados. Por último, una *imagen social* no clara e incluso deteriorada por los medios de comunicación, devalúan la identidad del rol profesional de enfermera. Es difícil poder afirmar que la enfermera esté bien valorada por el sistema social. Son múltiples los aspectos que condicionan el valor de un profesional en la sociedad y casi ninguno está relacionado con sus conocimientos, destrezas o actitudes; ni con la necesidad que la población tenga de él. El desarrollo que la enfermera profesional ha tenido en los últimos años, no siempre ha sido bien valorada por la sociedad, entre otras cosas porque la población percibe mensajes confusos desde otros medios no sanitarios, como es el caso de algunos medios de comunicación.

Sin duda, como dice Antón Nardiz en su libro *Las enfermeras entre el desafío y la rutina* (1998): “*el carácter femenino de la profesión y la connotación de cuidar como actitud, es un lastre con el que nos encontramos... hay que demostrar que lo que la sociedad entiende como natural en la relación enfermera-paciente, precisa de un soporte científico, de estudio y de conocimiento de otras disciplinas que le dan al profesional las herramientas para trabajar mejor*”.²³

Analizaremos a continuación los factores estresantes de una profesión que realiza una actividad, “CUIDAR”, muy antigua, pero con muy reciente soporte científico y profesional. Los estresores que a continuación se relacionan son fruto de la revisión bibliográfica y de la experiencia personal de 20 años ejerciendo de enfermera.*

* Santiago Pérez García.

Estos elementos estresantes han sido englobados en la tabla 3.1:

- A. Características de la profesión de enfermera.
- B. Características del trabajo clínico.
- C. El entorno y características del desarrollo profesional dentro de la institución y de la estructura de la organización (empresa).
- D. Los factores personales de riesgo.

Tabla 3.1. Factores estresantes de la enfermería

- 1. Características de la profesión enfermera.
 - 2. Características del trabajo clínico.
 - 3. Características del desarrollo profesional en la empresa.
 - 4. Factores personales de riesgo.
-

A. Características de la profesión de enfermería

En primer lugar se analizarán las características de la profesión enfermera. La enfermería es una profesión de servicio humano íntimamente relacionada con el proceso de Salud-Enfermedad. La salud es uno de los bienes más preciados por el ser humano, por ello la profesión de enfermería, como otras profesiones sanitarias, tiene especial relevancia en este proceso. La filosofía actual de la enfermera se basa en un concepto de salud holística, en el que se interrelacionan en un todo elementos fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Este último entendido, no solo como valor religioso, sino como filosofía de vida del individuo.

Históricamente se ha pretendido que para desempeñar el papel de enfermera solo hace falta vocación, capacidad de servicio, abnegación y buen carácter. Tradicionalmente de la enfermera se espera tacto, simpatía, comprensión y, en ocasiones, servilismo. La

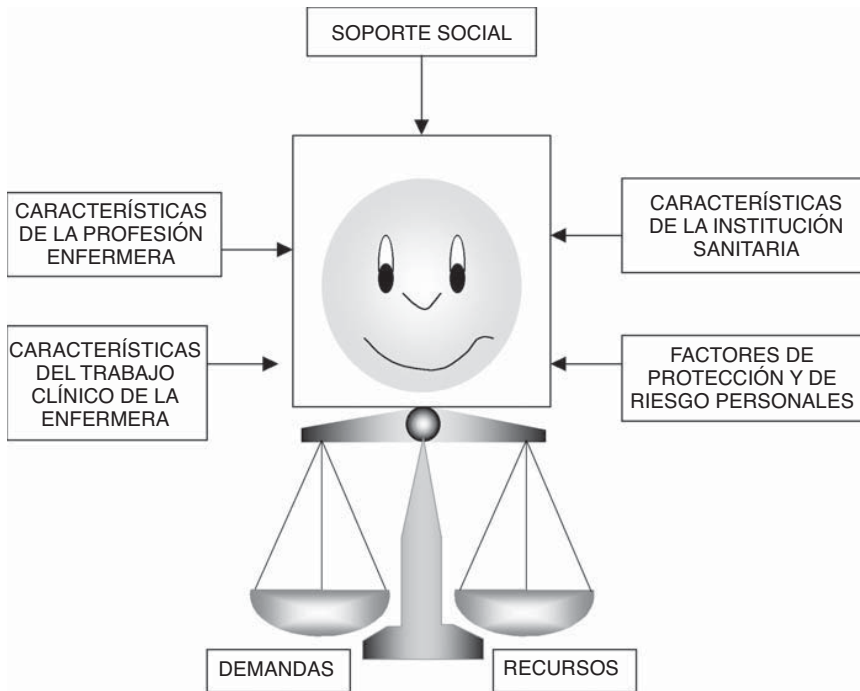


Figura 3.1.

valoración de su competencia científico-técnica se relagaba a un segundo término, como si fuese una profesión de segunda categoría.

Ha sido a finales del siglo xx cuando la enfermería ha alcanzado el rango de ciencia. Algunos autores como Rogers (1970) describen la enfermería conjuntamente como arte y como ciencia, y ponen de manifiesto la existencia de un cuerpo propio de conocimientos que se desarrolla a partir de la investigación científica y del análisis racional, trasladándose posteriormente a la práctica enfermera²⁴. En España es a finales de los años 70 cuando se establecen los estudios de enfermería como carrera universitaria de grado medio, considerándose desde entonces como Diplomados en

Enfermería. Hasta no hace mucho tiempo, el papel de la enfermera era el ser auxiliar del médico, pero en el momento actual debe asumir las responsabilidades que su titulación le otorga, las propias de su rol profesional específico. Responsabilidades diferentes de las del médico, pero en absoluto subordinadas a él. Ambos forman parte de un equipo de trabajo con otros profesionales, cuyas relaciones se deben basar en el respeto mutuo y en la formación continua de todos los miembros del equipo de trabajo.

Frente al frecuente endiosamiento del médico y al parejo rebajamiento de la enfermera hay que recordar el comentario de José Luis, un inteligente enfermo del Hospital Universitario 12 de Octubre: «Cuando estamos ingresados nuestro bienestar no depende de vosotros los médicos, sino de que Juani (enfermera) me sonría cuando viene a tomarme la tensión o se muestre firme cuando me anima a levantarme, y de que Antonia (celadora) me trate con respeto y consideración personal cuando me lleva a hacer una prueba... Los médicos sabéis de enfermedades y tratamientos, pero no del trato a los enfermos...». Repito con frecuencia estas frases de José Luis, y se reafirma la autoestima de celadores como Paco, quién me confesó incómodo: «me siento como el culo de la botella, en quién nadie piensa..., ¿pero qué sería posible sin nosotros...?»

El hospital que es la organización social más compleja que ha existido en todos los tiempos, reflejo básico de la sociedad del bienestar, procura remediar el malestar de todos los seres humanos sin ninguna distinción de clase ni condición. La eficacia de esta organización tan compleja depende del logro de una buena comunicación entre todos los miembros involucrados en el desempeño de la asistencia sanitaria y social. Se trata de una organización en la que existen diferentes puestos de trabajo, todos igualmente necesarios y valiosos para el logro de la excelencia en la Sanidad Pública. La defensa de la Sanidad Pública debe ser el objetivo prioritario de sanitarios y de usuarios, de gerentes y políticos, de sindicatos y de colegios profesionales, de todos.

La sociedad del siglo XXI va a precisar de cuidados de salud diferentes a otras décadas pasadas y las enfermeras sienten el temor de que otros colectivos sepan aprovechar la confusión de roles, más aún si no asumen las responsabilidades profesionales que la formación académica les da, tanto en el cuidado y prevención de la enfermedad, como en la educación para la salud.

El verbo de acción que describe el área propia de la práctica de la enfermería es *CUIDAR*. Aunque el cuidar tiene sus orígenes en la relación filial de algunos seres vivos superiores, el binomio enfermería-cuidar se estableció cuando Nightingale (1859) definió la enfermería: *La enfermería tiene la responsabilidad de **cuidar** la salud de las personas...*²⁵.

A lo largo de la historia el concepto de Salud y Enfermedad ha evolucionado, al igual que las personas que sobre ellos han intervenido. Desde las sociedades arcaicas en que el sanador era el chamán, hechicero o brujo, hasta el momento actual en el que no existe un único sanador, sino un equipo interdisciplinar de profesionales que, en ocasiones, tienen dificultades de relación como consecuencia de sus conflictos de rol. Este problema se resuelve aumentando la claridad del rol de todos ellos, a fin de que cada cual tenga una identidad de rol consistente y bien definida. La identidad de rol laboral requiere contar con la suficiencia competencia técnica en cuanto a conocimientos y habilidades específicas, así como la adecuada competencia psicosocial para conseguir:

1. Una buena comunicación con el usuario y con los compañeros del equipo de trabajo.
2. Un suficiente autoconocimiento, así como capacidades de autocontrol emocional y de autonomía personal.
3. La mayor eficiencia posible del Sistema Público Español de Salud.

Es necesario recordar que el comienzo de la enfermería se remonta a las congregaciones religiosas y militares de inicios de

la Edad Media, quizás por ello resulta difícil desembarazarse de esas características serviles, de abnegación y de buen carácter que anteriormente mencionábamos. Aunque la enfermería se remonta a la época medieval, la actividad de cuidar ya se realizaba en las sociedades primitivas en las que la mujer ofrecía cuidados básicos encaminados a promover la adecuada higiene y alimentación. Con el advenimiento del cristianismo aparece la etapa vocacional, en la que una mujer consagrada es la que proporciona los cuidados basados en principios religiosos, ya que la salud tiene un valor religioso. En la etapa técnica, la salud es entendida como lucha contra la enfermedad y, es en esta etapa, cuando se inicia el acceso de la enfermera al conocimiento y al saber; es el comienzo de la profesionalización. Es en la etapa científica cuando la enfermera se integra en la universidad, adquiriendo los conocimientos, habilidades y actitudes para la práctica del cuidado.

Es en épocas recientes cuando la enfermera busca su sitio profesional dentro del equipo de salud, cuando se desarrollan teorías y modelos, se profesionaliza el cuidado y la salud es considerada como un equilibrio entre los individuos (conceptualizados de forma integral) y su entorno social.

El cuidado es una actividad tan antigua como el hombre, pero cuando un profesional de enfermería, cuya actividad fundamental es el cuidado (estatus profesional para el que ha sido formado), no lo puede desarrollar de forma satisfactoria en la práctica diaria siente un alto grado de frustración. La formación que se da en la universidad desentona con la realidad de la práctica diaria. Para comprender las causas de estos hechos sería necesario un análisis más profundo, pero a modo de resumen podríamos decir que en parte es debido *al arraigo de la subordinación historia* de una profesión abnegada, esforzada, religiosa, servil, etc., en relación con la profesión médica.

La enfermera moderna está bien preparada para afrontar las demandas del trabajo; es la etapa de su historia en que su formación

es más amplia y profunda, con un cuerpo de conocimientos propio. Las generaciones jóvenes llegan entusiasmadas a sus primeros trabajos (*¡Al fin puedo asumir la responsabilidad del cuidado!*) pero se encuentran con un modelo biomédico, trabajo rutinario, con una gran dependencia médica, sin autonomía, etc. La persistencia y la dependencia de estos hechos generan gran frustración profesional y un progresivo desgaste personal. Antón Nardiz afirma que *la enfermería, que supo adelantarse a las necesidades sociales y modificar su currículum, su plan de estudios, su propia concepción de trabajo y de rol profesional, llega al final de siglo viviendo su malestar y desmotivación*²³. La desvalorización del rol de enfermera es paralelo al de la mujer, cuya función cuidadora universal no ha sido nunca generosamente reconocida por los varones, sus principales beneficiarios. Afortunadamente, en este final de milenio asistimos esperanzados a la conocida «revolución sutil» de la mujer, que ya no solo no tolera el maltrato consuetudinario del que ha sido objeto, sino que lucha por lograr la igualdad real de oportunidades de educación y protagonismo social productivo.

La moderna concepción de la salud intentó dirigir el sistema sanitario hacia una atención integral (biopsicosocial) y la enfermera profundizó en su estudio e incluyó en su campo de actuación elementos de planificación de cuidados, comunicación, relación de ayuda, apoyo psicológico, asesoramientos, etc. Pero los adelantos médicos, en especial los tecnológicos, siguen imponiéndose con un aumento de las cargas de trabajo que impiden el desarrollo profesional de la enfermera. El modelo biomédico impera sobre el modelo holístico, lo cual dificulta el desarrollo profesional de algunas enfermeras y su consecuente frustración. Resulta difícil y estresante realizar la función de cuidador, de apoyo al enfermo y familia, de educador sanitario, etc. cuando la carga de tareas delegadas llena su tiempo. La incredulidad de algunas enfermeras y de otros profesionales de la salud hacia nuevas formas de trabajo, asociadas al estatus y poder del modelo médico, son un gran obstáculo para el desarrollo de la ciencia enfermera en el modelo sanitario actual.

Ya, desde el pregrado de la diplomatura en enfermería la situación que viven los aspirantes resulta altamente estresante pues junto a las enseñanzas teóricas deben realizar prácticas clínicas dentro de las estructuras sanitarias. Un alumno debe asistir a diario al aula y al centro sanitario que le corresponda para su formación práctica dándose el caso frecuente de que los dos centros se encuentren distantes. Durante el periodo de formación aumentan los efectos del estrés y se ha podido detectar una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión y conductas adictivas, somatizaciones y conflictos familiares. Estos trastornos se han asociado a las excesivas cargas emocionales e intelectuales del trabajo así como al desarrollo de una labor asistencial en sus horas de prácticas clínicas y a las exigencias propias de su función, así como como a la alta competitividad entre compañeros, privación de sueño, inseguridad laboral futura y a algunas situaciones especialmente difíciles, como la muerte de un paciente, la sobreidentificación con este y las equivocaciones clínicas cometidas.

En la formación académica de la futura enfermera, es clara la ausencia o la falta de profundidad en las materias psicosociales y psicobiológicas, así como el imprescindible entrenamiento en habilidades sociales, para el afrontamiento del estrés, que resulta de la confrontación con la muerte, el manejo de los errores, la información a los pacientes y a los familiares, por poner sólo algunos ejemplos. Con frecuencia, la formación teórica está muy alejada de la realidad, produciéndose una disociación teórico-práctica que, al hacerse evidente en la realidad diaria, genera frustración y erosiona las expectativas previstas y la autoestima personal.

Como conclusión de este apartado, podemos afirmar que si un profesional no está satisfecho con lo que hace, tiene un mayor riesgo de agotarse emocionalmente y de sufrir estrés laboral, además del contagio de su ansiedad a los compañeros, pacientes y familiares que atiende.

B. Características del trabajo de enfermera

En cuanto a las características del trabajo clínico de una enfermera, podemos afirmar que su trabajo se desarrolla fundamentalmente cerca de la enfermedad, el sufrimiento humano, la invalidez y la muerte; pasando un gran número de horas con personas enfermas. Como señalamos en el apartado anterior la enfermera ha pasado de ser proveedora de labores auxiliares delegadas a cuidar con responsabilidad propia. Su asistencia clínica se basa en los conceptos centrales de: *cuidado, persona, salud y entorno* y la relación entre ellos confecciona el núcleo de la disciplina de enfermería.

El objeto de la disciplina de enfermería es el *cuidado* de la *persona* que, en interacción continua con el *entorno*, vive experiencias de *salud-enfermedad*. Según como se conciban los conceptos centrales de cuidado, persona, entorno y salud; así se realizará la práctica de enfermería en el día a día²⁷.

El concepto actual que el «pensamiento enfermero»²⁷ tiene de la *persona* (interacción de todas las partes que configuran su unidad y no la suma de estas partes) no coincide con el que tiene el modelo asistencial sanitario (alteración de una parte de su cuerpo –enfermedad–). Igualmente la concepción actual que la enfermera tiene de la *salud* (experiencia individual dinámica y multicausal de un equilibrio biopsicosocial con relación a su entorno) tampoco coincide con los modelos asistenciales en los que la salud sigue siendo considerada, en su gran mayoría, como ausencia de enfermedad, y en la que aspectos psicológicos, sociales y del entorno en el que vive el individuo son infravalorados. Son hechos que impiden desarrollar el cuidado enfermero (aplicación metodológica y científica de los conocimientos, habilidades y actitudes para conseguir el máximo potencial del ser humano) puesto que priman otros intereses basados más en la eficiencia. A ninguna enfermera le resulta extraño el hecho de que en el sistema sanitario actual las tareas delegadas y auxiliares predominen sobre las acciones del cuidado integral propio de la enfermera.

Sacar tiempo para atender otros aspectos del enfermo supone un gran esfuerzo: hablar con él, proporcionarle seguridad, apoyo, ayuda, información, asesoramiento, etc. Esta es una tarea ardua y más cuando hay que mantener el mismo ritmo de tareas delegadas. La enfermera que quiere realizar bien su trabajo debe preocuparse de los aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales de la persona y no de la simple aplicación de técnicas delegadas y actividades auxiliares.

Por otra parte, vivimos en un contexto sociocultural fracturado por múltiples crisis: crisis demográfica, económica, de valores, crisis de la familia y de la educación, por citar solo algunas. En este medio, las personas han podido llegar a dejar de creer en casi todo, pero cuando enferman, acuden a los centros sanitarios con enormes exigencias de resultados positivos, con expectativas a menudo poco realistas, y con una intensa desconfianza, consecuencia todas ellas de encontrarse en una situación de crisis personal y desamparo existencial, a causa de la enfermedad.

Los profesioanles sanitarios han de mejorar su competencia psicosocial para no contra-actuar o actuar de forma inadecuada en respuesta a las conductas agresivas de los pacientes, y poder tener en cuenta esta conflictiva situación social. Las instituciones sanitarias funcionan como continentes depositarios de las ansiedades que habitualmente se reactivan en las personas enfermas y en sus familiares.

Las enfermeras, como los médicos, están constantemente confrontadas con la enfermedad y la muerte. Su trabajo incluye realizar tareas desagradables, como por ejemplo: curar una herida infectada mal oliente, cambiar un dispositivo de colostomía, cuidados postmorten, etc. La identificación con los enfermos les produce intensos sentimientos de protección, pero cuando muere uno de ellos han de hacer también un trabajo de duelo para elaborar esta pérdida. Esta situación emocional dolorosa puede manifestarse por ejemplo a través de pesadillas en las que ellas están en diálisis, o a través de dudas sobre su variable dedicación a los enfermos según

su gravedad, lo que indica la existencia de aspectos éticos y culturales.

En la intención de definir el cuidado, con el fin de entender la razón asistencial de la enfermera, nos tenemos que remontar a la definición que Henderson dio en 1961 sobre la función propia de la enfermera que, junto con los conceptos actuales nos ayudaría a definir el *cuidado* como: «aplicación metodológica y científica de los conocimientos, habilidades y actitudes a la persona (enferma o sana), para conseguir su máximo potencial humano en la recuperación o promoción de la salud (o una muerte tranquila), en aquellas tareas que realizaría por sí mismo si tuviese energías, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios»²⁸.

Como se puede observar el trabajo clínico de una enfermera está sujeto a una importante responsabilidad pues se dirige a las personas y a su salud. Al asumir esta responsabilidad el profesional sufre una fuerte presión que a su vez se convierte en un factor de estrés.

Según la American Nurses Association, en 1979, la disciplina enfermera comprende el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humana a los problemas relacionados con la salud, tanto existentes como potenciales. El cuidado enfermero se dirige a ayudar a regular estas respuestas humanas de la persona en su experiencia de salud. En la Tabla 3.2 se recogen algunas de las respuestas humanas que son núcleo del cuidado de enfermería. Las respuestas humanas son dinámicas, cambiando a medida que el enfermo y familia superan, en el mejor de los casos, la frontera existente entre enfermedad y salud, o muerte en el peor de los casos. Durante un proceso asistencial el diagnóstico médico generalmente no varía, sin embargo las respuestas humanas pueden ser múltiples y varían según la etapa del proceso. Esta continua variación hace necesario que la enfermera esté continuamente observando, valorando y modificando su actuación, de acuerdo con sus

Tabla 3.2. **Respuestas humanas**

- Dificultad para el cuidado de sí mismo.
 - Funciones disminuidas en áreas como:
 - descanso,
 - sueño,
 - circulación,
 - ventilación,
 - actividad,
 - nutrición,
 - eliminación,
 - piel,
 - vida sexual.
 - Dolores y molestias.
 - Problemas emocionales relacionados con la enfermedad y su tratamiento:
 - ansiedad,
 - sentimiento de pérdida,
 - soledad,
 - pena.
 - Alteraciones de las funciones simbólicas que se manifiestan en los procesos intelectuales y de comunicación.
 - Limitación en la toma de decisiones o en la capacidad de elección personal.
 - Cambios en su propia imagen, debido al estado de salud.
 - Desorientación en la percepción de lo que es la salud.
 - Tensiones relacionadas con los procesos vitales:
 - parto,
 - crecimiento,
 - maduración,
 - muerte.
 - Relaciones de vínculo problemáticas.
-

conocimientos. Es lógico pensar que la tensión acumulada en el día a día favorezca la aparición de estrés en el profesional^{29, 30}.

En la interacción personal que caracteriza la relación enfermera-paciente, pueden distinguirse dos tipos de conductas: la *conducta instrumental* orientada a la tarea diagnóstica y terapéutica de la

enfermedad, que requiere competencia instrumental del profesional sanitario (habilidad técnica); y la *conducta expresiva* o social, focalizada en las relaciones interpersonales, y que le demanda competencia psicosocial. La conducta instrumental y la expresiva son los dos componentes básicos de todas las profesiones asistenciales, de servicio o de ayuda. Tradicionalmente la profesionalización del rol médico (ocupado preferentemente por varones) se consolidó con la progresiva especialización instrumental, mientras que la profesionalidad del rol de enfermera (ocupado preferentemente por mujeres) retuvo en su esencia la importancia de la competencia socio-emocional, asociando una habilidades técnicas fundamentalmente auxiliares y delegadas.

Mechanic³¹, advierte del riesgo que se corre con el aumento de la complejidad de la práctica moderna que impulsa una excesiva especialización y fragmentación asistencial, y hace que el personal sanitario trabaje como en una línea de producción en serie, disminuyendo la satisfacción que proporciona en la práctica la relación con el enfermo. Una mayor presión laboral se asocia con menor interés por los problemas psicosociales de los enfermos y con la frustración profesional, una enfermera frustrada tiende a ser un mal profesional y a trabajar lo imprescindible. El profesional sanitario en general, y el enfermero en particular, debe concienciarse de la necesidad de unos cuidados técnicos eficaces bajo el prisma de la relación, en concreto la relación terapéutica.

El enfermo provoca fuertes reacciones emocionales que en ocasiones son positivas y otras negativas. La enfermera debe estar atenta a sus propias reacciones y situaciones para controlar su conducta, de forma que la principal motivación de sus acciones sea el mayor beneficio para el enfermo.

Igualmente en la relación enfermera-enfermo hay que tener presente la neutralidad afectiva y el control emocional. Para comprender las características del vínculo enfermera-enfermo es necesario recurrir a los conceptos de relación primaria y secundaria. Las rela-

ciones primarias se basan en la satisfacción de necesidades básicas cargadas de afectividad (relaciones paternofiliales). Las relaciones secundarias se establecen con un fin determinado, por lo general productivo, y en ellas la afectividad tiene un papel menos predominante (relaciones profesionales). En realidad no existen relaciones puramente primarias o secundarias, pero se hace necesario determinar cuál de las dos predomina en la relación enfermera-enfermo.

El vínculo enfermera-enfermo debe ser una relación predominantemente secundaria con características de relación primaria. El lazo que une a una enfermera con el enfermo no es sólo la dolencia, sino la superación de la misma. El afecto y sobre todo las emociones que experimenta el paciente (miedo, tristeza, esperanza, etc.) van a regular las características del vínculo regresivo que el enfermo establece con la enfermera. Cuando la enfermera confunde la relación que tiene que establecer con el enfermo queda expuesta a dos importantes riesgos que interfieren en su correcto papel asistencial: quedar atrapada en las exigencias del enfermo o afrontar con crudeza y rigidez la relación; en ambos casos la relación terapéutica desaparece.

Cada uno de los elementos que configuran la relación enfermera-enfermo tiene unas expectativas, unos miedos y fantasías características. El enfermo espera que le libren del disconfort, malestar o dolencia, a la vez que le ayuden a soportar la situación, que le permitan comunicar emociones y que le den un buen trato; pero también presenta miedos o fantasías: que le encuentren algo maligno, le hagan daño, el abandono, considerarse culpable, etc. La enfermera desea ser útil, competente, valorada, profesional, etc., con miedos y fantasías como: hacer daño, no comprender al enfermo, no saber satisfacer necesidades (sobre todo psicológicas), no saber reaccionar ante alguna situación, etc.

La exposición habitual de la enfermería al sufrimiento humano suele provocarle una reacción defensiva de distanciamiento emo-

cional, para polarizarse en la tarea técnica orientada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, con exclusión del propio enfermo. Éste puede sentirse agredido por la aparente frialdad del profesional, y responde con desconfianza, mal cumplimiento terapéutico, quejas al servicio de Atención al Paciente e, incluso, con demandas judiciales por mala práctica.

La enfermedad y la muerte han sido, desde siempre, problemas esenciales del ser humano, que padece de una tanatofobia generalizada, y no muchos profesionales son capaces de afrontarlas con serenidad y respeto, para poder entablar con el paciente las necesarias condiciones de proximidad y empatía.

Como puede fácilmente comprenderse, los factores anteriormente mencionados constituye una importante fuente del estrés laboral padecido por la enfermera. Sin olvidar otros estresores como: tipo de enfermos atendidos, el contacto con el dolor y la muerte, la cronicidad de algunos procesos, el trabajo rutinario, tareas desagradables, atender simultáneamente a diferentes obligaciones, la dependencia que el enfermo exige, presiones de tiempo para ejecutar la tarea, identificación con el enfermo, problemas éticos, valoración subjetiva de la demanda, papel intermediario entre enfermo-médico-familia, el cuidado fragmentario de los enfermos, anonimato del cuidado, etc.

Una enfermera tiene unas características profesionales que determinarán la forma de desarrollar su práctica diaria, así como los estresores que ello lleva implícito. Pero el cuidado clínico y profesional de una enfermera debe desarrollarse dentro de un entorno organizativo (la empresa), bien sea hospitalario, extra-hospitalario, en visita domiciliaria, en centro público, privado, etc.

C. Características del desarrollo profesional en la empresa

En este sentido se hace necesario enumerar las características del desarrollo profesional en la estructura organizativa (empresa) y tener presente aspectos como las condiciones de trabajo, la organización laboral y el clima laboral.

Se consideran elementos estresantes la falta de desarrollo y crecimiento profesional dentro del equipo de trabajo, a causa de la escasa autonomía y participación en la toma de decisiones, las dificultades de comunicación entre los miembros equipo asistencial o con otros servicios relacionados con la actividad asistencial, deficientes relaciones funcionales, el vivir en un entorno de presión amenazante (evaluación de la actividad, los familiares, compañeros, otros estamentos, etc.), un trabajo rutinario y con diferentes líneas de autoridad, las situaciones de incertidumbre por falta de información, las órdenes de trabajo verbales, el incremento burocrático, un estilo de mando (supervisión) amenazante, el cambio continuo de unidad asistencial y equipo de trabajo (corretorno), el escaso o nulo reconocimiento, agresiones verbales, etc. También unas deficientes condiciones ambientales de trabajo aumentan el riesgo de estrés, tales como insuficiente espacio, ruidos, luz deficiente, calor, ventilación, frío, peligrosidad, riesgos físicos, inadecuado material, déficit de material de seguridad, gases volátiles y contaminantes, exposición a radiaciones, vibraciones, deficientes condiciones ergonómicas, aspectos arquitectónicos, etc. Por último un alterado clima laboral puede ser un factor estresante sobre todo si existen problemas con superiores, compañeros o subordinados y una falta de soporte del equipo de trabajo.

Otros elementos que como empresa pueden resultar estresantes son la falta de participación en los órganos directivos y en la toma de decisiones generales del centro, el tamaño de la empresa y el número de empleados, el deficiente o inadecuado sistema de promoción, ausencia de carrera profesional, la carencia de programas formativos o no acordes con las necesidades del trabajador, la ines-

tabilidad laboral y la movilidad laboral, así como la ausencia de servicios de prevención y los bajos salarios.

Cualquier enfermera, sobre todo la que desarrolla su profesión en una unidad de hospitalización, a estas alturas de su lectura estará pensando que se nos olvida una de sus principales preocupaciones. Posiblemente omitamos algún estresor profesional relacionado con el medio laboral, pero no el de la rotación de los turnos de trabajo del personal de enfermería.

La necesidad de dar cuidados permanentes las veinticuatro horas del día a personas enfermas, conlleva una organización del tiempo de trabajo en diferentes turnos de cuidados de enfermería. Según el INSALUD más del 60% de las enfermeras españolas de los hospitales públicos tienen turnos rotatorios. La turnicidad es uno de los factores que condicionan la salud del personal asistencial, sobre todo hospitalario. Los turnos cambiantes o la alternancia de días libres no respeta el ritmo de la vida social y ello es más alarmante de lo que parece, no solamente a nivel fisiopsicológico, sino también social³².

La enfermera con turno rotatorio o nocturno fijo trabaja cuando la población duerme y duerme cuando los demás están activos laboralmente. Además sus días libres no coinciden con los del resto de la sociedad; ella trabaja cuando otros se divierten y libra cuando otros trabajan. Esto provoca alteraciones en su vida de relación social, sociocultural o de diversión. Estas dificultades provocan un sentimiento de aislamiento social.

En el seno familiar también se presentan dificultades, pues ve interrumpido el sueño, el cual de por sí es entrecortado y con despertar precoz (media de 4-6 horas de sueño), para comer con el resto de la familia. El hecho de que el personal de enfermería sea fundamentalmente femenino, condiciona además la maternidad. El tener hijos pequeños crea una carga extralaboral importante.

El síndrome de estrés permanente por la alteración del ciclo de sueño se debe fundamentalmente al fracaso de los mecanismos de

adaptación frente a las exigencias del medio. En este sentido intervienen dos factores fundamentales: la desincronización de los biorritmos nictamerales y el rechazo de la situación, con sentimiento de enojosa insatisfacción.

D. Factores personales de riesgo

Por último los factores de riesgo personal que pueden influir en la aparición de estrés laboral son: excesivas o inadecuadas expectativas sobre el trabajo, fuerte involucración laboral o profesional, compulsión por el trabajo, hiperactividad, intolerancia al sufrimiento humano, vivencia personal de urgencia continua, conflictos interpersonales, carencia de soporte social, rasgos personales de introversión, obsesión o depresivos, gran necesidad de reconocimiento y aprobación, rasgos de la personalidad como neuroticismos o de conducta tipo A, ansiedad, etc.

Aunque los estresores ocupacionales no son relativamente sensibles a las soluciones individuales de afrontamiento, se ha documentado la importancia de los factores personales de protección frente al estrés. Como ejemplo: personas que experimentan situaciones estresantes severas (como crisis personales, accidentes o pérdidas significativas) las superan, no sólo sin enfermar, sino fortalecidos. ¿Cómo es esto posible?: porque disponen de recursos adaptativos vitales que les permiten recuperar su homeostasis psicobiológica. Entre estas *fuerzas saludables*, Mingote Adán enumera las siguientes:

1. El sentido del humor, la capacidad sublimatoria creativa, la capacidad de anticipación y de elaboración de las pérdidas.
2. La capacidad de comprensión emocional (*insight*) acerca de uno mismo y de los demás.
3. La eficiente regulación de la autoestima personal a través del trabajo bien hecho y del amor maduro.

4. La apertura mental a la vivencia de lo nuevo, con capacidad de aprender de las experiencias cotidianas de satisfacción y de frustración.
5. La capacidad de comunicación empática.

En general las mujeres suelen desempeñar a menudo trabajos más estresantes que los hombres, como es el de enfermera profesión preferentemente femenina aunque el trabajo más estresante de todos es el de ama de casa. Este incluye una elevada carga de tareas, así como una escasa valoración o reconocimiento personal, y bajas posibilidades de adquirir nuevos conocimientos, por la pobreza de estímulos externos significativos.

Fuera del lugar de trabajo la mayor parte de las enfermeras tiene responsabilidades familiares y domésticas que con frecuencia entran en conflicto con sus funciones profesionales. En especial el cuidado de los hijos menores de edad representa una importante fuente de estrés para muchas madres enfermeras. La Convención de la Organización Internacional de Trabajadores con Responsabilidades Familiares de los Trabajadores, de 1981 (n.º 156 y 165) exige tener en cuenta las necesidades de los trabajadores con responsabilidades familiares con medidas tales como la organización flexible de los calendarios laborales y de los turnos, la disponibilidad de guardería en las empresas, etc.

El trabajo total de la mujer empleada con plena dedicación se estima en 15 horas más de trabajo a la semana que el hombre en las mismas condiciones laborales.



Capítulo IV

Medición del estrés

*«¡Dulce ser! ¡En su río de mieles, caudaloso,
largamente abrevaba sus tigres el dolor!
Los hierros que le abrieron el pecho generoso.
¡Más anchas le dejaron las cuencas del amor!»**

1. INTRODUCCIÓN

Para medir el estrés no existe ningún parámetro simple que refleje, de forma fiable, el grado de estrés individual, y es necesario recurrir a un conjunto de pruebas que registren los distintos índices individuales de respuesta.

Se ha estudiado la magnitud de la respuesta de estrés a través de varios indicadores médicos, como son, la incidencia de enfermedades psicosomáticas, la presencia de molestias somáticas varias, el uso de los servicios médicos o los niveles de Patrón de Conducta tipo A. Se utilizan varios marcadores biológicos de estrés, como el nivel de catecolaminas en sangre y en orina, el cortisol plasmático, etc. Estos indicadores bioquímicos se asocian de forma estadísticamente significativa con la intensidad subjetiva del estrés percibido. Por ello se han utilizado diversas escalas psicométricas, cuya

* Gabriela Mistral. *Desolación*. Col. Austral. Espasa-Calpe. Madrid 1972.

ventaja principal es la estandarización que ofrecen en la evaluación de los resultados. Así, por ejemplo, se puede utilizar el Índice de Reactividad al Estrés de González de Rivera (1989), que consiste en una escala autoaplicada que mide síntomas y conductas relacionadas con el estrés en general^{33,34}.

El Índice de Reactividad al Estrés (IRE) de González Rivera permite la cuantificación válida y fiable de la respuesta individual de estrés como variable de rasgo bastante estable a lo largo del tiempo. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 32 reacciones típicas al estrés puntuable cada una con un punto. El autor considera que *la puntuación de corte es 9*, de tal modo que una puntuación superior indicaría un probable trastorno de estrés.

ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

J.L. GONZÁLEZ DE RIVERA, 1990

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable. Cada persona tiene una serie de reacciones características ante el estrés, y algunas de las más frecuentes se enumeran en la lista que sigue.

Por favor, marque las respuestas que le parecen más próximas a su forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa. Puede modificar o añadir algo si lo desea.

1. Inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquilo.
2. Pérdida de apetito.
3. Desentenderse del problema y pensar en otras cosas.
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo.
5. Palpitaciones, taquicardia.
6. Sentimientos de depresión y tristeza.
7. Mayor necesidad de comer, aumento de apetito.
8. Temblores, tics o calambres musculares.
9. Aumento de actividad.

10. Náuseas, mareos, inestabilidad.
11. Esfuerzo para razonar y mantener la calma.
12. Hormigueo o adormecimiento en las manos, la cara, etc.
13. Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.
14. Dolores de cabeza.
15. Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación.
16. Disminución de la actividad.
17. Pérdida de apetito sexual o dificultades sexuales.
18. Tendencia a echar la culpa a alguien o a algo.
19. Somnolencia o mayor necesidad de dormir.
20. Aprensión, sensación de estar poniéndose enfermo.
21. Agotamiento o excesiva fatiga.
22. Urinación frecuente.
23. Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.
24. Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad.
25. Diarrea.
26. Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.).
27. Necesidad de estar solo sin que nadie le moleste.
28. Aumento de apetito sexual.
29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc.
30. Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden.
31. Mayor dificultad en dormir.
32. Necesidad de estar acompañado y ser aconsejado.

El estrés laboral puede valorarse por el cuestionario de Revicki, May y Whitley (1991), que consta de dieciocho ítems en la versión definitiva, y que fue diseñado para medir las percepciones de estrés (distrés) en el profesional sanitario. Su desarrollo, fiabilidad y validez se realizó con un total de mil ochocientos treinta profesionales sanitarios norteamericanos: médicos, médicos residentes y enfermeras. Se incluyeron ítems que representaban dieciocho frases que reflejan síntomas indicativos de estrés ocupacional, no específicos para ningún grupo particular, lo que asegura la generabilidad de los resultados en los diferentes grupos sanitarios. Se usó una escala de respuestas de cuatro puntos que se distribuye desde *no es aplicable a mí*, hasta *se aplica a mí totalmente*.

Revicki y May han validado la siguiente escala autoaplicada para medir el estrés subjetivo de los médicos, que perfectamente creemos que se puede aplicar a enfermería.

CUESTIONARIO DE ESTRÉS EN EL TRABAJO

(REVICKI Y MAY, 1983)

Respuestas:

1. Nunca se aplica a mí
2. Se aplica un poco a mí
3. Se aplica a mí mucho
4. Se aplica a mí siempre

Ponga una cruz sobre el número de la respuesta elegida

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. El trabajo interfiere en mi vida de familia..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Mis expectativas iniciales sobre el trabajo se han cumplido | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Estoy más nervioso de lo que solía estar.... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Soy todavía el colaborador que solía ser | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. A veces me aislo para no tener contacto con nadie..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Parece que no pudiera obtener el reconocimiento que merezco | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Me siento culpable cuando no cumplo bien mi cometido | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Los compañeros colaboran en el trabajo adecuadamente..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Mi productividad ha mejorado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Mis responsabilidades son muy diferentes a las que yo esperaba | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Mi desarrollo profesional y mi cualificación siguen mejorando | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Mi preocupación por el trabajo hace difícil que me libere de él en casa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. A menudo siento que los demás quieren aprovecharse de mí..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

14. Mis discusiones en casa con los más próximos a mí han aumentado últimamente.	1	2	3	4
15. Me despisto a veces en el trabajo	1	2	3	4
16. Trabajo mucho pero me cunde menos	1	2	3	4
17. El reconocimiento por mi contribución al trabajo ha sido siempre escaso	1	2	3	4
18. A menudo llego tarde al trabajo	1	2	3	4

Es un cuestionario de 18 ítems de fácil cumplimentación, se diseñó para medir el estrés percibido en el ámbito sanitario. La puntuación del cuestionario se obtiene invirtiendo los valores de 6 ítems ^{2,4,8,9,11 y 15}, y sumando luego los de todos los ítems, puntuaciones directas e inversas. La puntuación total puede fluctuar desde 18 a 72 y se considera que existe un elevado grado de estrés cuando la puntuación es superior a 44 ³⁵.

Proponemos utilizar el cuestionario autoaplicado de Maslach y Jackson para medir el desgaste laboral de profesionales (*burnout o b*) que prestan servicio directo al usuario ³⁶.

La mayoría de las personas precisa diez o quince minutos para completarlo. Solo se presenta la escala de frecuencia porque estas puntuaciones se asocian de forma significativa con las de intensidad. Los elementos que comprende cada escala y sus puntuaciones directas máximas se especifican en la Tabla 4.1:

Tabla 4.1.

Escala	Elementos	P.D. máxima
CE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
DP	5, 10, 11, 15, 22	30
RP	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

CE = Cansancio emocional, DP = Despersonalización, RP = Realización personal, P.D.= Puntuación directa.

La corrección de cada escala consiste en sumar las puntuaciones de los elementos que las constituyen. Se considera que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, medias entre 34 y 66, y altas entre 57 y 99.

El cuestionario de B de Maslach de 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Ha sido adaptado a la población española por Moreno, Oliver y Aragonese,³⁷ y está incluido en el apéndice para que pueda ser utilizado por el lector. Se trata de un inventario autoadministrado constituido por veintidós ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. La subescala de agotamiento emocional consta de nueve ítems midiendo el cansancio emocional, la subescala de despersonalización está formada por 5 ítems y mide el grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. La subescala de realización personal se compone de ocho ítems que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo.

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Rodear con un círculo la respuesta que crea oportuna

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

1. Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo.
¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.
¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

7. Siento que trato con mucha afectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

8. Siento que mi trabajo me está desgastando.
¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.

¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

10. Siento que me he hecho más duro con la gente

¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente

¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.

¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

13. Me siento frustrado por mi trabajo.

¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

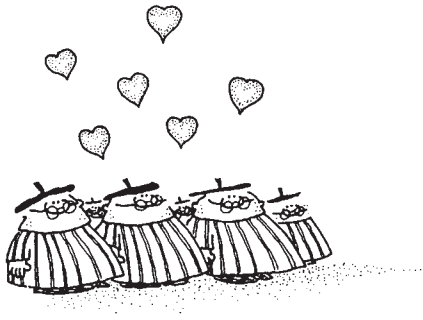
¿Con qué frecuencia siento esto?

0 1 2 3 4 5 6

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.

¿Con qué frecuencia siento esto?

- 0 1 2 3 4 5 6
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa.
¿Con qué frecuencia siento esto?
- 0 1 2 3 4 5 6
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
¿Con qué frecuencia siento esto?
- 0 1 2 3 4 5 6
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
¿Con qué frecuencia siento esto?
- 0 1 2 3 4 5 6
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
¿Con qué frecuencia siento esto?
- 0 1 2 3 4 5 6
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
¿Con qué frecuencia siento esto?
- 0 1 2 3 4 5 6
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
¿Con qué frecuencia siento esto?
- 0 1 2 3 4 5 6
22. Me parece que los beneficiados de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.
¿Con qué frecuencia siento esto?



Capítulo V

Síndrome Burnout (SB) o síndrome de desgaste profesional (SDP)

*«Y mientras miserablemente
se están los otros abrasando
en sed insaciable
del no durable mando,
tendido yo a la sombra esté cantando»**

1. RECUERDO HISTÓRICO

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberger, psiquiatra que junto a otros asistentes voluntarios trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que hacia el año de empezar a trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación para el trabajo. Freudenberger describió cómo estas personas iban modificando progresivamente su conducta y se volvían insensibles, incomprensivas e, incluso, agresivas con los pacientes³⁸.

Por aquel entonces la psicóloga social Cristina Maslach estudiaba las respuestas emocionales de los trabajadores de las profesiones de ayuda, y calificaba a los afectados de «sobrecarga emo-

* Fray Luis de León *Oda a la Vida Retirada* EDAF. Madrid, 1967.

cional» con el mismo término que de forma coloquial utilizaban los abogados californianos entre ellos para describir el proceso gradual de pérdida de interés y responsabilidad profesional respecto a los clientes. Maslach lo llamó *síndrome de burnout* porque los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término y no era estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos. Desde entonces el término *Síndrome de Burnout (S.B.)* o *Síndrome de Desgaste Profesional (S.D.P.)* se utiliza para expresar el sufrimiento personal derivado del desgaste emocional en el trabajo directo con personas, sobre todo en situaciones de enfermedad o desamparo. Esta expresión ha tenido tanta fortuna, que ha perdido consistencia científica por ambigua e inespecífica y ha pasado a ser un cajón de sastre donde incluir cualquier desajuste sociolaboral, como sinónimo de estrés laboral, aunque se refiere al estrés interpersonal que se da con el usuario de la relación laboral.

El desgaste profesional deteriora tanto la salud del trabajador como la productividad de la empresa. Esto se debe a varios factores tales como alto absentismo y siniestralidad laboral, y baja eficiencia en el desempeño del rol laboral. El estrés del profesional se asocia de forma significativa con insatisfacción del usuario, y con deterioro de la calidad asistencial.

2. DEFINICIONES DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

La definición más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981. Se trata de *un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas*. Incluye: 1). *Agotamiento emocional*, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales; 2). *Despersonalización o deshumanización* consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad, y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado; y

3). *Falta de realización personal*, con tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insatisfacción profesional y baja autoestima personal. Para Maslach este síndrome se da exclusivamente en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y los educadores, que prestan servicios al público³⁹.

En 1981 Pines, Aronson y Kufry proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: *Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involuación crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes*. Pines destaca la importancia que tienen la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, de la supervisión, y de las oportunidades de promoción, aprendizaje continuo y desarrollo de la carrera profesional como instrumentos necesarios, preventivos y terapéuticos, para evitarlo⁴⁰.

Freudenberger describe que las personas con riesgo de desarrollar el S.B. son *idealistas, optimistas e ingenuas*, y se entregan en exceso al trabajo para conseguir *una buena opinión de sí mismos* a través del reconocimiento de los demás. Este tipo de motivaciones inconscientes pueden producir tanto una alta motivación profesional inicial, como también la pérdida de tan elevados y costosos ideales, con mal rendimiento laboral, y luego baja autoestima personal. Para Maslach son las inadecuadas demandas emocionales auto y heteroimpuestas, imposibles de satisfacer, las que producen la vivencia de malestar subjetivo y de aislamiento social.

En España, Vega, Pérez Urdániz y Fernández Cantí⁴¹ han utilizado la expresión *Síndrome de Desgaste Profesional (S.D.P.)* para referirse al mismo concepto de Maslach y Jackson, que nosotros utilizaremos desde este momento. Asimismo, Gervás y Hernández, en 1989, lo han denominado como *enfermedad de Tomás*, en homenaje al neurocirujano frustrado protagonista de la novela de Kundera *La insoportable levedad del ser*⁴².

El S.D.P. es la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el

afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas *demandas* laborales *excesivas*, para unos *limitados recursos* de afrontamiento disponibles. Estas limitaciones pueden derivar de la insuficiencia de personal, de que esté mal organizado, de otros factores organizacionales y de actitudes individuales disfuncionales con un inadecuado cumplimiento del rol profesional. En cualquier caso se trata de un grave y creciente problema de salud pública que afecta a gran número de profesionales sanitarios, (entre el 10 y el 20% de los mismos), y que puede llegar a comprometer seriamente la eficiencia del sistema nacional de salud pública

En síntesis, el S.D.P. se caracteriza por cinco factores comunes a todas las definiciones presentadas. A saber:

1. Conducta anormal del rol profesional con despersonalización en la relación y mala comunicación con el enfermo, absentismo, y conflictos de relación con los compañeros de trabajo.
2. Síntomas disfóricos, sobre todo de malestar y agotamiento emocional.
3. Síntomas físicos de estrés, como cansancio, cefaleas y palpitaciones, asociados al afrontamiento disfuncional de las demandas del rol laboral.
4. Disminución del rendimiento laboral por desmotivación y pérdida de interés por el trabajo.
5. La inadecuada adaptación al trabajo produce vivencias de baja realización y pérdida de autoestima personal.

3. ETIOLOGÍA

La atención al paciente es la primera causa de estrés en el personal sanitario. El sufrimiento o estrés interpersonal de la enfermera se origina por varios mecanismos como son: la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios, por la frustración de sus perspectivas terapéuticas y por otras frustraciones profesionales. Al contrario, una adecuada formación psicosocial puede permitir al profesional sanitario tolerar mejor y afrontar de forma más satisfactoria la inevitable ansiedad del paciente y su familia.

Factores demográficos

Edad: Se da con más frecuencia entre las personas más jóvenes. La satisfacción laboral aumenta con la edad y se sabe que la satisfacción con el trabajo es el mejor predictor único de longevidad. En general, con la edad aumenta la satisfacción laboral. De forma característica, en los trabajos estresantes disminuye la satisfacción y aumenta el estrés laboral a lo largo de la carrera profesional.

Género: las mujeres presentan más estrés laboral que los varones aunque esto depende de la calidad del rol laboral (las mujeres han desempeñado trabajos de peor calidad a lo largo de la historia), y de la mayor reactividad al estrés de la mujer, por su mayor exposición a más estresores y por su menor disponibilidad de recursos para afrontarlos.

Estado civil: los solteros y separados son más proclives al desarrollo del desgaste profesional. El periodo de formación en la escuela o en la especialidad son periodos críticos para el desarrollo del S.D.P. Un perfil de riesgo elevado de sufrir desgaste ocupacional incluye las siguientes variables individuales: ser mujer, mayor de 45 años, separada, viuda o divorciada, con bajo soporte social, sobrecarga de trabajo y elevado estrés organizacional.

Características del trabajo.

El S.D.P. se asocia con: sobrecarga de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, falta de participación e insuficiencia de control del trabajador, y trabajo asistencial en relación directa con enfermos, en especial con enfermos crónicos, graves y terminales. También se han señalado como factores de riesgo para el desgaste profesional, un estilo directivo autoritario y la falta de soporte social en la empresa, con escasez de mecanismos de comunicación y de control en cuanto a la calidad del desempeño del rol laboral. La turnicidad es un factor estresante y que hay que tener en cuenta en la salud de la enfermera, ya que el personal de enfermería duerme poco y mal. Por su importancia se desarrolla más adelante este factor etiológico.

Actitudes en el trabajo y característica de personalidad.

El S.D.P. se asocia positivamente con inadecuadas expectativas hacia el trabajo, meticulosidad y perfeccionismo, así como excesivo idealismo, espíritu de sacrificio y postergación habitual de los deseos personales.

El desgaste profesional se asocia de forma significativa con excesivos conflictos emocionales no resueltos en personas neuróticas, inseguras, obsesivas, ansiosas o depresivas, con una mala regulación de la autoestima. Alto estrés emocional se asocia con elevado neuroticismo y con mala capacidad para identificar y resolver problemas. Sentirse insegura de sí misma e incompetente para hacer frente a las demandas del rol profesional genera en una persona neurótica una gran cantidad de estrés, estrés autogenerado.

Los rasgos de personalidad que median en *burnout* son: neuroticismo, ansiedad-rasgo, mala regulación de la autoestima personal, atribución de control externo e insuficiente control personal, y patrón de conducta tipo A (impaciencia y hostilidad sobre todo). Al contrario, otras variables de personalidad protegen del desarrollo de desgaste profesional y median en satisfacción con el trabajo: estabilidad emocional, orientación psicosocial con alta motivación

de ayuda, capacidad para dar sentido positivo al trabajo, para el autocuidado y para el trabajo creativo.

La auto-eficacia es una vivencia de control y compromiso personal que protege a las enfermeras del desgaste profesional. Se trata de una dimensión sana de la personalidad, semejante a optimismo, estabilidad emocional, atribución interna de control, afectividad positiva y a *hardiness*. La auto-eficacia es un concepto psicológico desarrollado por Albert Bandura que se refiere a la creencia de que uno puede realizar las conductas necesarias para conseguir algún objetivo deseado. La auto-eficacia y el optimismo protegen de la depresión tras la exposición a acontecimientos estresantes⁴³.

Las funciones sanas de la personalidad hacen posible la consolidación del juicio de realidad y de la vivencia coherente de agencia personal. Se asocian a varios mecanismos sanos de defensa como son la anticipación, el altruismo y el sentido del humor, según la excelente sistematización de los mecanismos de defensa de Vaillant en 1992⁴⁴.

Entre los empleados del sector de servicios sociales (sanitarios, docentes, etc.) predominan las personas con el denominado «tipo emocional» de personalidad, frente al «tipo racional» en una proporción de 4 a 1 respectivamente. Las primeras personas se caracterizan por ser más extrovertidas y solidarias, mientras que el segundo tipo de personas tienen más capacidad de análisis lógico y de objetivación científica. Los tipos emocionales tienen una mayor orientación y competencia psicosocial, pero también tienen un mayor riesgo de desgaste personal cuando las demandas de trabajo emocional son excesivas o inadecuadas, y desbordan su capacidad de elaboración mental. Los tipos racionales no se implican tanto con el receptor de su trabajo, tienen un desgaste menor, pero también suelen tener peor calidad de relación con el paciente, salvo que éste sea también del «tipo racional», y solo en algunas condiciones⁴⁵.

La atribución interna de responsabilidad personal para el resultado terapéutico, o atribución interna de control, frente a una atri-

bución externa se asocia de forma significativa con mayor satisfacción e implicación con el trabajo, aunque resulta sorprendente que también pueda mediar en un mayor riesgo para desarrollar desgaste personal y depresión, cuando los resultados son indeseables o negativos, como es el caso de la muerte de un paciente cuyo tratamiento se ha asumido con unas expectativas poco realistas.

Cartwright⁴⁶ describió tres estilos de afrontamiento del estrés laboral utilizadas por las médicas, que perfectamente pueden ser válidos para enfermeras:

1. Las que tratan de ser «supermujeres» y de abarcar las demandas de los diferentes roles personales. El resultado para su salud va a depender de otras variables, como la disponibilidad de recursos y habilidades, el soporte social y familiar, los refuerzos, etc.
2. Las que limitan sus ambiciones y objetivos profesionales en beneficio de su papel familiar o de otras actividades sociales.
3. Las que se sobreimplican con la profesión en detrimento de su vida personal (no se casan o no tienen hijos). Su papel profesional les proporciona las mayores satisfacciones.

La turnicidad como factor etiológico del estrés laboral.

Los cambios geofísicos que experimenta el planeta en sus movimientos de rotación y translación al sol, provocan oscilaciones biológicas constantes en los seres vivos, sobre todo con la sucesión día-noche (ritmo nictameral) y de la luz-oscuridad (ritmo circadiano). El hombre inmerso en el progreso se ve con más frecuencia obligado a trastornar sus hábitos, cambio en el horario de comidas, trabajo, sueño, etc. El trabajo en equipos rotatorios distorsiona los ritmos biológicos y se manifiesta con diversos trastornos fisiológicos que Ferreriros Espinosa denomina *Patología de la turnicidad*³².

El sueño es tan importante como calmar el hambre y la sed si se produce un débito de sueño a lo largo del ciclo se puede manifestar hipersomnia diurna. Ferreiros Espinosa afirma que *la patología por las tareas realizadas en turnos rotatorios es de tipo funcional, de carácter inespecífico y no exclusiva de la clase de la tarea*³².

El síndrome de estrés permanente por la alteración del ciclo de sueño se debe al fracaso de los mecanismos de adaptación frente a las exigencias del medio, caracterizándose por síntomas tales como astenia, nerviosismo y dispepsia. En este síndrome intervienen dos factores fundamentales: *desincronización de los biorritmos nocturnales y el rechazo de esta situación de trabajo*,

Los trastornos derivados de la turnicidad son principalmente psicósomáticos. Entre los síntomas más destacados figuran: *cefaleas, trastornos digestivos* (dolor o acidez gástrica, colon irritable, pérdida de apetito, etc.), *astenia*, no como una simple fatiga o cansancio físico, sino de una astenia con un fuerte componente neuropsíquico (*disminución vital*) y *alteraciones persistentes de la energía* de tipo inespecífico, análogas a las que se pueden dar en otras situaciones estresantes como irritabilidad, mal humor, tensión, pérdida de memoria, depresión del ánimo, hipersensibilidad, etc.

Puesto que la calidad del sueño de una persona depende de la hora en que se va a dormir, el trabajo nocturno produce una desincronización de los ritmos biológicos lo que provoca la reducción del sueño, con una media de menos de 5 horas y un sueño diurno menos reparador. Estas alteraciones del sueño producen el deterioro crónico de la calidad de vida del trabajador, con mayor tensión arterial, predominio del tono simpático sobre el parasimpático en comparación con el turno de día, cortisolemias superiores, y a la larga mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, trastornos del sueño, cefaleas y vértigos, abuso de sustancias tóxicas, inmunosupresión e infertilidad. El sueño de mala calidad interfiere en los procesos de restauración mental y

media en la producción de alteraciones de conducta con agresividad e irritabilidad.

La adaptación al trabajo nocturno nunca es completa ni en los individuos que trabajan siempre de noche. Para obtener los mismos resultados, se exige un mayor esfuerzo que durante el trabajo diurno. Además existen factores psicológicos y sociales que complican la patología de la turnicidad. Es fácilmente comprensible el inconveniente que supone el estar sujetos a horarios que cambian cada semana y en ocasiones varias veces en la misma semana, alterando profundamente la vida familiar, social, de ocio y de relaciones interpersonales (ver Capítulo 3).

El cansancio mental de la enfermera que trabaja por la noche puede acarrear una disminución de sus capacidades mentales, con disminución del rendimiento laboral y aumento de los riesgos laborales. Así se ha visto que durante el trabajo nocturno no se incrementa la siniestralidad laboral, pero sí aumenta la gravedad de los accidentes laborales.

Por último, en cuanto a la turnicidad y desde el punto de vista fisiológico, se ha comprobado que tienen más inconvenientes las rotaciones periódicas (semanales, ciclos de mañana-noche, tarde-noche, mañana-tarde-noche, etc.), que los turnos fijos de noche durante periodos breves de tiempo. La enfermera tiene que cambiar de turno cuando en el mejor de los casos ya había logrado adaptar su ritmo de vigilia-sueño.

Diferencias de género en la enfermería.

Existen importantes diferencias en cuanto a la prevalencia, curso y tratamiento de algunas enfermedades entre hombres y mujeres. Cada vez más las mujeres comparten con los hombres los mismos factores de riesgo como el tabaquismo, el alcoholismo y el estrés laboral, mientras que otros siguen siendo propios de ellas.

Las enfermeras, como toda mujer adulta en general, son más susceptibles que los varones de sufrir trastornos de ansiedad, alimentarios, del estado de ánimo y somatizaciones. Estas diferencias se deben tanto a factores psicosociales y económicos, con una general subordinación de la mujer al hombre, como a factores biológicos. Así se ha demostrado la existencia de receptores para la testosterona y el estradiol en el sistema límbico, en el hipotálamo y en otras regiones del Sistema Nervioso Central.

La enfermera de sexo femenino está expuesta a mayores estresores que el masculino, tanto en términos de frecuencia como de intensidad. Esto se debe al conflicto que experimenta entre los requerimientos de su profesión y los de su vida personal y familiar. El mayor estrés femenino debido a este conflicto, influye en el desarrollo de su carrera profesional por las concesiones que suelen realizar en beneficio de su familia, con mayor dedicación a actividades domésticas y al cuidado de los hijos y del marido. Son pocas las mujeres que alcanzan, al menos hasta hoy, los niveles jerárquicos superiores de dirección, como titulares, catedráticas, etc.

No menos destructivo para la enfermera es *el acoso moral*, que consiste en toda forma de conducta abusiva que atente contra la dignidad o la integridad de una persona, ponga en peligro su empleo, o degrade el clima de trabajo. El acoso moral incluye dos aspectos fundamentales: el abuso de poder, y la manipulación engañosa y perversa de otra persona. Este proceso suele iniciarse de forma insidiosa, para pasar después a múltiples ataques personales, hasta que la víctima descalificada es acorralada y su autoestima dañada. La víctima se siente como un objeto sin valor, temerosa y confusa, trata de evitar las situaciones de violencia, y acaba volviendo su agresividad contra ella misma con un autocriticismo excesivo o con otras conductas auto-destructivas. Las técnicas perversas más utilizadas en el acoso moral son la descalificación general, el aislamiento de la víctima, la mentira, el sarcasmo, la burla y el desprecio, sobre todo en empresas en exceso permisivas

por escasez de mecanismos eficaces de supervisión y control eficiente del clima laboral.

Una forma particularmente destructiva de acoso moral es la que se da en el caso del «chivo expiatorio», que consiste en la utilización del miembro asignado por el grupo como responsable depositario de todo lo que va mal en él, a quien se ataca en su integridad narcisista y en el que se evacuan todos los males. Mientras consigan que ese «otro» sea el referente negativo oficial, todos los demás se sienten a salvo de ser ellos mismos designados como «chivo expiatorio». El temor de incompetencia es ubicado en el miembro designado y el resto se siente liberado.

4. PATOGENIA

El S.D.P. se desarrolla de forma continua y fluctuante en el tiempo. Para Chernis (1980) *es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral*. Dicho autor describió tres fases evolutivas. En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir, se trataría de una situación de estrés psicosocial. En la segunda, se produce un estado de tensión psicofisiológica (*strain*). Y en la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que se presta⁴⁷. Para Cherniss el desgaste profesional es un proceso transaccional que depende tanto de las características organizacionales como de las del sujeto.

Para Etzion (1987) es un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin apenas señales manifiestas, y que evoluciona casi siempre de forma larvada

hasta que hace eclosión repentina e inesperadamente, como experiencia devastadora de agotamiento personal, y sin que se pueda relacionar con ninguna situación estresante particular. Dice Etzion: *los mini-estresores o desajustes menores no causan alarma. Por eso el proceso de erosión puede continuar mucho tiempo sin ser detectado* ⁴⁸.

En el esquema siguiente se presentan los aspectos claves del desgaste profesional (Figura 5.1):

1. *Factor temporal*: Aumenta el riesgo a medida que avanza la edad del profesional, y sobre todo a partir de los 45 años.
2. *Factores organizacionales (sobre todo) e individuales.*

- Exposición a estresores laborales.
- Insuficiencia de recursos de afrontamiento.
- Frustración de objetivos.

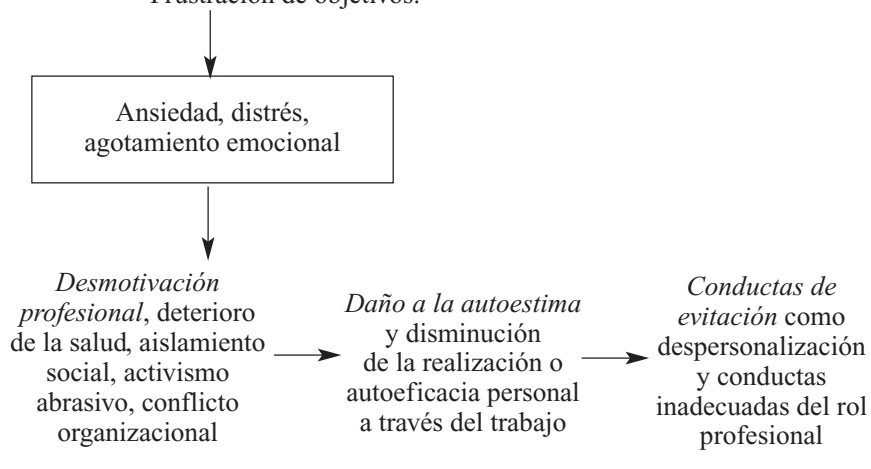


Figura 5.1. Aspectos claves del desgaste profesional

En conclusión, el S.D.P. resulta de la discrepancia entre las expectativas e ideales individuales, por una parte, y la dura realidad de la vida ocupacional, por otra. Es en definitiva, la resultan-

te desadaptativa del estrés interpersonal laboral crónico. El proceso de *burning-out* puede ser percibido conscientemente por la persona que lo padece, o bien puede negarlo y mantenerse no reconocido durante mucho tiempo. Poco a poco, la persona se va sintiendo afectada, y va cambiando sus actitudes hacia el trabajo y hacia sus compañeros. Puede sentirlo a nivel emocional, por sus concomitantes somáticos (palpitaciones, dolores, cansancio, etc.) o por su conducta en el trabajo (impaciencia, olvidos, altanería, hipercriticismo, etc.). La técnica formal o estilo que utiliza cada persona para afrontar estas señales de alarma (ansiedad, estrés percibido o *strain*) va a ser crucial para que se desarrolle o no el síndrome completo o más grave, para que resulte un rendimiento eficaz y satisfactorio, o bien para que se produzca el deterioro, la insatisfacción, y toda la sintomatología del SDP. Es preciso reconocer que no hay ninguna estrategia de afrontamiento que sea válida de forma universal para todas las situaciones conflictivas y para todas las personas, aunque suele ser eficaz y adaptativo un estilo de afrontamiento activo orientado al conocimiento y resolución de los problemas, y suele ser desadaptativa la conducta de escape o huida de la realidad salvo cuando verdaderamente no hay nada que hacer o es negativa y destructiva, como la violencia o las drogas. Los distintos factores que condicionan el desgaste profesional pueden representarse en la Figura 5.2.

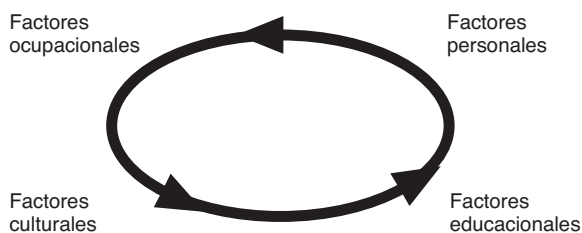


Figura 5.2. Factores que condicionan el desgaste profesional

El desarrollo personal de desgaste profesional resulta de la transacción negativa entre varios factores, individuales y organizacionales, algunos de los que se presentan en la siguiente fórmula:

$$\text{Desgaste Personal Laboral} = \frac{\text{Exposición a estresores laborales} + \text{Vulnerabilidades individuales}}{\text{Recursos de afrontamiento} + \text{Apoyo social-organizacional}}$$

En este esquema simplificado es necesario destacar la importancia de algunas características del empleo, tales como la sobrecarga cuantitativa y cualitativas de trabajo por unidad de tiempo, cuando el empleado se ve confrontado con responsabilidades que exceden el rango de sus capacidades. Otra característica organizacional básica es la disponibilidad de apoyo social entre los compañeros y por parte de los superiores, con la posibilidad de participar en la toma de decisiones.

Algunas características personales del trabajador van a hacerle más o menos propenso al desgaste personal en el trabajo, como ya se ha señalado, pero en definitiva se produce un variable grado de ajuste o de desajuste entre el empleado y el trabajo. Se han descrito seis áreas principales en que el desajuste puede tener lugar: carga de trabajo, control, refuerzos, clima de grupo, justicia y valores organizacionales.

Cuando una persona logra una buena adaptación a su trabajo se produce un desgaste mínimo que se ve recompensado con unas satisfacciones máximas, que pueden manifestarse por un alto grado de compromiso personal con el trabajo, así como eficacia o maestría personal.

Proponemos otro esquema organizacional que recoge como algunos de estos factores determinan el resultado dentro de un *continuum* entre desgaste en un extremo y compromiso en el otro:

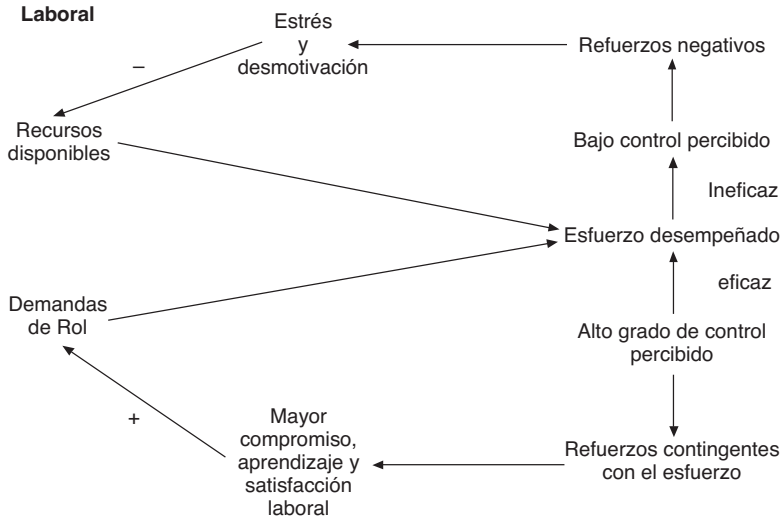


Figura 5.3. El continuo satisfacción-estrés

Este esquema organizacional se puede simplificar más aún, como muestra la Figura 5.4:

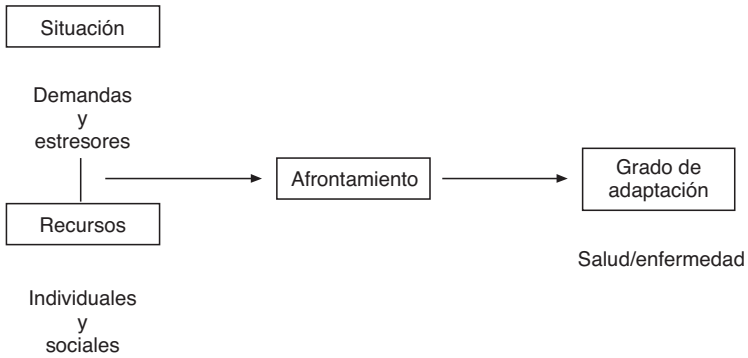


Figura 5.4. Modelo transaccional del proceso de afrontamiento del estrés laboral

Desde la óptica psicoanalítica se aprecia que un factor clave en la predisposición al síndrome es la existencia de unas necesidades emocionales insatisfechas desde la infancia que, por determinados mecanismos inconscientes de defensa, inducen una *vocación o motivación* de ayuda a los demás pero con predominio de mecanismos reparatorios insanos, narcisistas, neuróticos o, incluso, psicóticos. La motivación altruista surge al observar la necesidad de ayuda de otra persona, cuando se puede experimentar una relación empática (sintonía emocional con el otro) por identificación inconsciente con ella desde la vivencia propia de necesidades insatisfechas de forma más o menos consciente. La continua exposición a las necesidades de los demás puede hacer disminuir con el tiempo la motivación pro-social si no se sienten satisfechas las necesidades y los deseos personales, y si no se obtienen las adecuadas satisfacciones capaces de compensar o de neutralizar el desgaste y la pérdida de los recursos propios. Se ha destacado la importancia de los rasgos de carácter depresivos y obsesivo-compulsivos en los profesionales sanitarios vulnerables al estrés ocupacional. La *vocación o motivación de ayuda* puede también basarse en deseos creativos y sublimaciones exitosas, enraizadas en impulsos reparatorios sanos. Cuando no es así, y predominan las motivaciones inconscientes insanas, tiene lugar entonces un progresivo malestar emocional, con aislamiento personal y pérdida de las importantes satisfacciones que proporciona el trabajar en profesiones de servicio o de ayuda social.

5. SINTOMATOLOGÍA

El síndrome de desgaste profesional se caracteriza por la presencia de los siguientes síntomas:

Manifestaciones mentales.

Sentimientos de vacío, agotamiento vital, fracaso e impotencia personal, baja autoestima y pérdida de la realización a través del

trabajo. Asimismo es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad de concentración, olvidos, sentimientos depresivos y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoide y/o agresivo hacia los enfermos, los compañeros y la propia familia.

Manifestaciones físicas.

Se han descrito numerosos síntomas y enfermedades tales como: cefaleas, insomnio, hipertensión arterial, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, enfermedad coronaria, fatiga crónica y, en las mujeres, mayor frecuencia de ciclos anovulatorios.

Manifestaciones conductuales.

Conductas adictivas y evitativas o de escape de la realidad con consumo aumentado de café, té, tabaco, alcohol, fármacos y drogas ilegales, absentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia. En el desarrollo del desgaste profesional se han descrito varios grados.

Primer grado:

- Pérdida de autocrítica, autocomplacencia excesiva y elevada competitividad interpersonal.
- Intolerancia a la crítica vivida como agresión destructiva.
- Problemas de relación en el trabajo y en la familia.
- Actitudes negativas como hipercriticismo y mordacidad.

Segundo grado:

- Progresivo deterioro físico y emocional.
- Alteraciones del sueño.
- Alteraciones del apetito.
- Alteraciones sexuales.
- Pérdida de energía.

- Desmotivación hacia el trabajo.
- Alto ritmo de cambio de puesto de trabajo.

Tercer grado:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Intensificación de los rasgos neuróticos de carácter..
- Somatizaciones.
- Trastornos de conducta.
 - Conductas de riesgo.
 - Conductas adictivas.
 - Cambios en el área relacional:
 - Equipo asistencial: conflictos organizacionales.
 - Familia propia: conflictos familiares.
 - Aislamiento social.
 - Suicidio

Una de cada cuatro enfermeras acusa un severo agotamiento y deterioro profesional por sobrecarga de trabajo y falta de recursos personales y de apoyo social. El personal de enfermería padece más frecuentes trastornos mentales que otros estamentos sanitarios; el más frecuente de todos es la depresión, que se asocia de forma significativa con mayor absentismo laboral por enfermedad, y consumo de «drogas sociales». Los factores más patógenos son la ambigüedad de rol y la pérdida de control sobre la ejecución eficaz de la tarea.

El *SDP* es un importante mediador patogénico que daña la salud del personal sanitario en general y de la enfermera en particular. Este fenómeno ya señalado, por Dublin y Spiegelman, que destacaron que los hombres y mujeres que se dedican a mejorar la salud de los demás, fracasan a veces en proteger la suya propia. También describieron el bien conocido triple signo de *ignorancia, indiferencia y falta de cuidado* de los sanitarios hacia su propia salud⁴⁹.

Los problemas emocionales de los profesionales de la salud han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados. Los numerosos

Tabla 5.1. Conducta adictiva y estrés laboral

- El abuso de sustancias tóxicas es otra forma potencial de afrontar estrés ocupacional, asociado con sentimiento de impotencia, alienación y falta de compromiso laboral.
 - Igualmente los trabajadores que no pueden participar activamente en la toma de decisiones sobre sus trabajos muestran mayores tasas de absentismo, de cambios de puesto de trabajo, insatisfacción y menor rendimiento laboral.
 - La reducción del estrés laboral media en la prevención de las toxicomanías, y se puede conseguir a través de:
 1. Minimizar impredecibilidad y ambigüedad.
 2. Involucrar a los trabajadores en la toma de decisiones.
 3. Enriquecimiento cualitativo del trabajo.
 4. Mejorar el soporte social en el trabajo y una supervisión eficaz.
 5. Reforzar a los trabajadores según sus rendimientos.
-

estudios disponibles revelan, con contundencia, que las tasas de alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son varias veces superiores a los de la población general (Tabla 5.1). El deterioro producido es lo suficientemente importante como para afectar a la práctica de su trabajo con el daño que pueden ocasionar a los enfermos (Tabla 5.2).

El estrés, inherente a la práctica clínica de los profesionales sanitarios, precipita un trastorno mental solo entre los predispuestos a ello (vulnerabilidad por otros factores de riesgo, por antecedentes familiares psiquiátricos, por una infancia inestable y desgraciada), tal como expresa Iruela Cuadrado (1983): *...la vulnerabilidad emocional está condicionada por sus propios conflictos, pasados y presentes, no resueltos, y que las condiciones especiales del trabajo sanitario ponen continuamente a prueba* ⁵⁰.

También se ha publicado que los profesionales sanitarios reconocen una presión psicológica superior a la de otros profesionales de igual nivel ocupacional. Así por ejemplo, Vaillant *et al* han realizado un estudio de seguimiento de una cohorte de médicos a lo

Tabla 5.2. La depresión en los profesionales sanitarios

- Las enfermeras y el personal sanitario en general, son particularmente proclives a sufrir depresión.
 - El abuso de alcohol está altamente relacionado con la depresión, como causa y como consecuencia de ésta.
 - **Causas:**
 1. Las desagradables condiciones de desarrollo profesional.
 2. La sobrecarga de trabajo y la pérdida de calidad de vida personal.
 3. Factores individuales: la autocrítica excesiva y las altas necesidades de dependencia.
 - **Destaca fundamentalmente:**
 1. La interferencia con la vida privada.
 2. La responsabilidad clínica.
 3. Las demandas a las que se ve expuesta en la actualidad.
 4. La insuficiente competencia psicosocial respecto a su mayor competencia instrumental.
-

largo de 30 años y encuentran que los que están involucrados en la atención directa al paciente, tienen peor calidad de relaciones matrimoniales y usan más drogas —alcohol, sobre todo— y necesitan más tratamientos psicoterapéuticos que otros profesionales. Padecer mayor grado de S.D.P. se asocia con el consumo de más de veinte cigarrillos al día, menor implicación laboral afectiva y peor salud general. Los profesionales que tuvieron peores ajustes infantiles y adolescentes son los más vulnerables a estos riesgos ocupacionales. Asimismo, descubren que un ambiente familiar satisfactorio en la infancia fue un importante predictor independiente de salud física y mental a los 65 años^{51,52}.

Álvarez Gallego y Fernández Ríos demuestran la existencia de un elevado grado de desgaste profesional entre el personal de enfermería, pero en menor medida que en psiquiatras y psicólogos⁵³.

De las Cuevas Castresana, González de Rivera y Revuelta, De la Fuente Portero y otros colaboradores han estudiado el desgaste profesional en una muestra representativa de los distintos profesio-

nales del Sistema de Atención Primaria de Salud en Santa Cruz de Tenerife. Los resultados indican la existencia de un nivel moderado de desgaste profesional, con gran agotamiento emocional, elevada despersonalización y baja realización personal⁵⁴.

Mingote, Denia y Jiménez⁵⁵ han realizado un estudio sobre el S.D.P. en diplomados universitarios de enfermería que trabajan en el Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid detectando la existencia de un elevado porcentaje de personal «quemado» en las unidades de hospitalización de pacientes graves y con elevada tasa de mortalidad. En estos profesionales que se ocupan de pacientes con alta mortalidad, se apreció una mayor incidencia de agotamiento emocional, estrés y consumo excesivo de café, tabaco y alcohol, así como un deseo de cambio de puesto de trabajo.

En comparación con los médicos, las enfermeras tienen niveles más altos de desgaste profesional en sus tres factores, sobre todo en cansancio emocional y en falta de realización personal. Los profesionales sanitarios varones puntúan ligeramente más alto que las mujeres en cuanto a despersonalización en la relación con el paciente. Las enfermeras se comunican mejor que los médicos con los pacientes y además hablan más a menudo de sus problemas como principal estrategia de afrontamiento^{56,57}.

Según el estudio de Hypwell y Taylor (1989) las enfermeras de cuidados intensivos, oncología, diálisis y psiquiatría padecen mayores niveles de estrés laboral que las que trabajan en otras especialidades, lo que atribuyen a varios factores estresantes como son: sobrecarga de trabajo en cantidad y calidad, con alta exposición al sufrimiento humano y bajo soporte social-profesional⁵⁶.

Glass, McNight y Valdimarsdottir (1993) investigaron los niveles de depresión, *burnout* y percepciones de control en 162 enfermeras de hospital. Como resultados destacan que: con 162 enfermeras la falta de control percibido induce *burnout* y culmina en depresión, confirmando que el estrés crónico determina auto-evaluaciones negativas e incapacidad-desesperanza. Además mayor

burnout se asoció con mayor precisión perceptual en cuanto al *job control*, confirmando «el efecto de realismo depresivo»⁵⁸.

Dewe (1993) estudió el afrontamiento y la intensidad de los estresores de enfermería con una muestra de 2.500 enfermeras de hospitales generales y maternidades en Nueva Zelanda. Concluyó que la mayor utilización de estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción refleja la falta de recursos para controlar los estresores asistenciales. Más frecuencia e intensidad de estresores se asocia con el uso más frecuente de estrategias de afrontamiento y mayor estrés percibido: mayor esfuerzo y fatiga. En relación con el tratamiento de los pacientes más graves tres estrategias son adaptativas: conductas orientadas al problema, expresión de sentimientos de frustración y la aceptación del trabajo de forma realista. Unas expectativas idealistas e inadecuadas sobre algunos aspectos del trabajo pueden hacer a la enfermera más vulnerable al estrés. A nivel práctico proponen combinar estrategias orientadas a mejorar las condiciones de trabajo y aumentar los recursos adaptativos de afrontamiento, como el entrenamiento en relajación, la mayor participación en el proceso de toma de decisiones, la mejora en el clima de trabajo y el logro de una supervisión eficaz⁵⁹. Estas técnicas mejoran la satisfacción laboral y disminuyen el estrés en el trabajo, ya que no se excluyen aunque covaríen de forma inversamente proporcional.

Petterson, Arnetz y Hörte (1995) estudiaron el ambiente de trabajo, la utilización de capacidades y la salud de enfermeras suecas. Con una muestra nacional representativa de 3.500 enfermeras, aprecian un alto grado de satisfacción laboral (90%) y de estrés laboral (80%), a la vez. El 40% de enfermeras se sienten demasiado fatigadas después del trabajo como para relacionarse con la familia y el 45% habían considerado seriamente dejar de trabajar. El 18% siente fuerte *burnout*. Estos autores proponen, de forma prioritaria, intervenciones psicosociales para mejorar el clima de trabajo y el desarrollo de una supervisión eficaz, además de mejorar las condiciones físicas del trabajo. El objetivo principal es

mejorar la capacidad y competencia de decisión en relación con la carga y las demandas de trabajo. Las enfermeras insatisfechas pierden el doble de días por enfermedad, que las satisfechas ⁶⁰.

Los tranquilizantes menores y los hipnóticos son los psicofármacos más usados por las enfermeras y sobre todo por las que trabajan en turnos rotatorios. Éstas, sufren con más frecuencia alteraciones del sueño y trastornos mentales como ansiedad y depresión que las que tienen turnos fijos, y en especial al aumentar la edad.

Gómez Sánchez, Ceacero Molino, Álamo Santos *et al.* (1998) estudian la satisfacción laboral y el desgaste profesional de 103 enfermeras de Medicina Interna. Obtuvieron una tasa de respuesta del 68,9%, y resultó un grado medio de desgaste en sus tres factores. La inseguridad en el trabajo genera baja realización personal y alto desgaste profesional. Las características laborales más insatisfactorias son: las condiciones físicas de trabajo, la remuneración económica, las relaciones con la dirección, y las escasas oportunidades de participación y de promoción ⁶¹.

En el estudio realizado por Pérez García, Jiménez Arriero, Denia Ruiz y Mingote Adán ¹⁸ en 68 enfermeras, expertos en Estomaterapia, encontraron menor desgaste profesional entre los estomaterapeutas que tenían mayor satisfacción laboral. Entre este tipo de profesionales es mínimo el porcentaje que tiene alto nivel subjetivo de estrés, agotamiento emocional y despersonalización.

Con frecuencia el profesional de enfermería tiene problemas de salud física, psíquica y social. Según Antón Nardiz de las veintisiete ocupaciones en las que es mayor la incidencia de trastornos mentales, quince se relacionan con hospitales. Seis de las cuarenta ocupaciones que generan mayor estrés pertenecen al sector sanitario ²³.

Aunque las mujeres viven aproximadamente siete años más que los hombres y tienen menores tasas de morbi-mortalidad para la mayoría de las enfermedades graves, cuando ellas tratan de com-

patibilizar sus nuevos roles con el papel femenino tradicional (la actual «revolución sutil»), aumenta su conflicto de rol, sufren mayor estrés residual, mayor riesgo de depresión y de suicidio, aumentan las conductas de riesgo como el tabaquismo y el alcoholismo, y disminuyen las practicas saludables como el ejercicio físico y la dieta adecuada.

Todos los efectos secundarios que tiene el *burnout* sobre la salud de la enfermera y que forman parte de los costes humanos de la actividad sanitaria-social, se aprecian igualmente en otros profesionales relacionados con la salud, como médicos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, etc., así como en los familiares cuidadores de enfermos crónicos, quienes a menudo descuidan también su propia salud, se aíslan socialmente y padecen más alteraciones psicológicas que otros familiares no cuidadores. Se estima que un 30% de estos familiares cuidadores cumplen los criterios diagnósticos operativos del trastorno depresivo.

Aunque en este resumen se ha destacado el peso que tienen las condiciones objetivas del trabajo sobre la salud en la enfermería, no debemos pasar por alto la importancia de las diferencias individuales de personalidad. A fin de cuentas cada uno interpreta de forma subjetiva lo que le produce malestar, y cada uno tiene sus propios factores de vulnerabilidad o resistencia al estrés. Así, el tener «personalidad negativa» con un funcionamiento pesimista, predispone al alcoholismo, la depresión y al desarrollo de enfermedades psicosomáticas como asma, artritis, cardiopatía isquémica, etc. Es decir que el ser negativista es un rasgo individual que lleva a enfermar más allá de la exposición al estrés. Las personas optimistas, comprometidas en trabajar juntos para hacer un mundo mejor, son más resistentes al estrés, más creativas y sobre todo más felices.

En síntesis, el *Síndrome de Desgaste Profesional* es un tipo específico de trastorno adaptativo crónico con afectación de la personalidad, asociado a las demandas psicosociales del trabajo direc-

to con personas a través de una relación de interdependencia mutua. Se caracteriza por constituir una respuesta desadaptativa, que se produce como consecuencia de un desbalance prolongado entre demandas profesionales y recursos de afrontamiento individuales.

Para hacer el diagnóstico de trastorno adaptativo, se requiere la presencia de un estresor psicosocial identificable, aunque si es crónico (más de seis meses) suele negarse su relevancia personal. En todo caso, es necesario excluir la existencia de cualquier otro trastorno mental, como un episodio depresivo mayor, en cuyo caso este diagnóstico será el prioritario. Además puede ser adecuado hacer el diagnóstico adicional de un trastorno de personalidad, y señalar la exposición a estrés laboral previo.

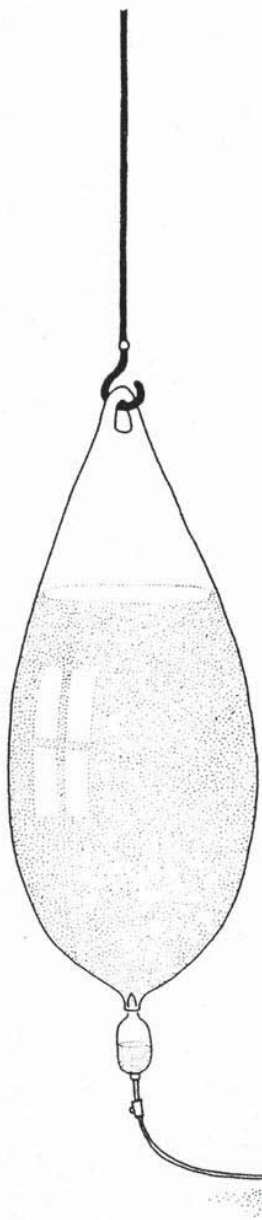
Lo esencial de este «programa de resistencia al estrés» es la firme convicción de poder ejercer un control efectivo, participativo y democrático sobre el estrés psicosocial inherente a la profesión enfermera.

Terminamos positivamente este capítulo recordando las palabras de una enferma agradecida:

*Este mundo es maravilloso, porque
vosotras y vosotros estáis en él.
Gracias por vuestros cuidados, con
todo mi agradecimiento.*

Ángela

Segunda parte
Prevencción
y tratamiento del estrés

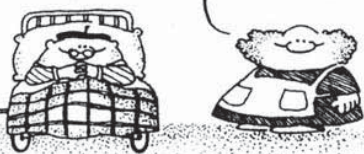


INUNDEX[®]

UN GOTERO PARA TODO EL MES.

ÚLTIMA NOVEDAD
EN SUEROS LAVADORES
PARA UROLOGÍA.

MÍ VIDA
HA CAMBIADO



F. BAYONA

Capítulo VI

Prevención

*«Despiértenme las aves
con su cantar suave no aprendido,
no los cuidados graves
de que es siempre seguido
quien al ajeno arbitrio está atenido (...)
Un no rompido sueño,
un día puro, alegre, libre quiero;
no quiero ver el ceño
vanamente severo
de quien la sangre ensalza o el dinero»**

1. INTRODUCCIÓN

Desde que se describió el síndrome de S.D.P. ha existido un enorme interés en el desarrollo de intervenciones orientadas a su reducción y a la prevención del estrés laboral. Sin embargo, es necesario reconocer que, en general, las diferentes ofertas preventivas no despiertan excesivos entusiasmos en la población general ni entre los profesionales sanitarios, salvo cuando el problema de salud es alarmante y, por consiguiente, su eficacia es ya mínima. Además, asumir la prevención no resulta fácil, porque la idea de prevenir reactiva la angustia por la enfermedad y la incapacidad propia, ansiedades difíciles de reconocer y de tolerar, aunque sean necesarias para aprender a cuidarse mejor. La tarea de prevención no se puede reducir a actuaciones puntuales y parciales de tipo

* Fray Luis de Leon. Oda a la vida retirada. En: *Poesias* EDAF. Madrid 1967

voluntarista, motivadas en el miedo. El trabajo de prevención debe ser un desarrollo planificado por cada persona, como protagonista creativo, orientado específicamente a reducir los factores de riesgo para la salud y a fomentar los de protección. En definitiva, se trata de mejorar la formación integral y continua de los profesionales, así como de la calidad de su vida personal (Tabla 6.1).

Tabla 6.1. PREVENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL
El mayor obstáculo es la creencia de que «no hay nada que hacer»

Objetivos:

- Aumentar la eficacia instrumental.
- Aumentar la eficiencia personal e institucional.
- Aumentar la satisfacción del profesional sanitario y del usuario.

Procedimientos:

- Participación democrática y solidaria, aumento y mejora de los cauces de comunicación y potenciación de la Formación Continuada.

Instrumentos:

- Supervisión - Liderazgo motivador.
 - Evaluación sistemática del proceso y del resultado del trabajo.
 - Control y mejora de la calidad asistencial.
 - Mejora de la comunicación entre los profesionales de los diferentes estamentos asistenciales.
-

¿Se puede prevenir el desgaste ocupacional? Entendemos que sí, y, tal vez, el mayor enemigo que tenga sea la creencia de que no hay nada que hacer, de que es un proceso inevitable, y de que ya es demasiado tarde. La prevención y el control del estrés laboral no solo es un objetivo posible de alcanzar sino que es necesario hacerlo.

Se han diseñado distintos programas de prevención de estrés en el trabajo, por varias razones tales como: mejorar los recursos personales de los trabajadores para hacer frente al estrés y reducir los costes de la incapacidad y del absentismo, a través de su participación activa, la educación para el autocuidado, y el aprendizaje de las estrategias de conducta más efectivas por parte de cada trabaja-

dor. Estos programas, también llamados programas de asistencia a los empleados, son altamente rentables para los empresarios.

La prevención efectiva del estrés laboral debería incluir varias fases:

1. La detección del problema, con la participación de las partes implicadas.
2. La determinación de las causas y las consecuencias del estrés laboral mediante los instrumentos adecuados para la definición del problema.
3. La selección de las medidas más eficaces para el control del problema.
4. La puesta en práctica de las soluciones decididas.
5. La evaluación de los resultados.

Las medidas preventivas pueden dirigirse a diferentes aspectos del trabajo como son:

- El contenido y el control del trabajo.
- Las condiciones laborales.
- Las relaciones sociales en el trabajo.

Se distinguen las intervenciones basadas en el individuo, las intervenciones en la estructuración de las tareas, y las intervenciones en la organización del trabajo y en el proceso de producción:

1. *Intervenciones basadas en el individuo*: El método más común es el asesoramiento o el tratamiento del trabajador que padece estrés negativo y/o enfermedades relacionadas con el estrés. Una de las técnicas más interesantes se basa en la reestructuración cognitiva de los sucesos estresantes del trabajo para que se vivan de diferente forma, y en el desarrollo de las capacidades de las personas para superarlo. También se utilizan técnicas de relajación, de asesoramiento sobre problemas individuales, entrenamiento en asertividad, etc., de forma personalizada. Cada persona reacciona

de forma tan diferente que la atención debe ser individualizada y confidencial para que sea eficaz. Con frecuencia se trata de intervenciones psicoterápicas breves, focalizadas en el conflicto laboral, pero con la consideración de los factores emocionales conflictivos que son activos en cada persona. Desde esta perspectiva se presta especial atención a las características individuales que pueden crear estrés, y que deben transformarse para mejorar el ajuste de cada persona a su medio particular.

2. *Intervenciones en la estructuración de tareas:* Estos métodos tratan de mejorar la competencia de los trabajadores en varias dimensiones psicosociales del trabajo, como son: el enriquecimiento del trabajo, el trabajo en equipo, y el aprendizaje grupal de técnicas de comunicación y de entrenamiento en asertividad, etc. Con estas técnicas se estimula a los empleados a participar en la organización de su propio trabajo de forma que las condiciones laborales les ofrezcan oportunidades para el desarrollo personal, la autodeterminación y la responsabilidad profesional. Una vez seleccionada la población objetivo del programa se organizan seminarios de formación sobre higiene y seguridad laboral, orientados a la mejora de las condiciones y de los contenidos del trabajo de forma colectiva, sea por iniciativa de los comités de salud laboral o por los sindicatos. Se trata de reducir la exposición del trabajador a los estresores ocupacionales, de reforzar las variables de resistencia al estrés, tales como el apoyo social y el control sobre la organización del trabajo. El método es participativo, cooperativo y reforzador, sobre todo por el aprendizaje y el desarrollo de la organización.

3. *Intervenciones en la organización del trabajo y en el proceso de producción:* Tratan de cambiar el marco organizativo, con prioridad de los valores democráticos, y de una amplia participación de los trabajadores en el proceso de cambio, con nuevos estilos de dirección y de liderazgo.

El estudio de la eficacia de los programas antiestrés debería comparar las medidas de estrés y de enfermedades relacionadas con el estrés padecidas por los trabajadores antes y después del programa.

No existe una única técnica capaz de prevenirlo o tratarlo de forma efectiva. Por lo tanto, es obligado utilizar *técnicas de intervención conjuntas* orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral. A nivel individual se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar de forma más eficiente los estresores propios del trabajo y potenciar la percepción de control y la autoeficacia personal. Se han utilizado técnicas cognitivo-conductuales para hacer frente a las interpretaciones erróneas o desadaptativas como son, por ejemplo, las expectativas irrealistas y las falsas esperanzas. También pueden utilizarse técnicas de entrenamiento en relajación, de autorregulación o de control, de gestión del tiempo, de mejora de habilidades sociales, etc. Esto es, adoptar una adecuada estrategia preventiva supone una actuación multifocal, que de modo operativo consideramos a continuación, en los tres epígrafes siguientes:

- Recomendaciones Generales.
- Hábitos de vida.
- Técnicas de relajación e hipnosis.

RECOMENDACIONES GENERALES

Existen *procedimientos generales* capaces de prevenir y controlar el estrés, como son la participación democrática y solidaria de los trabajadores en las tareas laborales, la mejora de los cauces de comunicación en el centro de trabajo y la potenciación de la formación continuada. Merece la pena hacer énfasis en este último punto porque el aprendizaje es la herramienta más útil para prevenir el estrés. *Prevenir es aprender*. Aprendizaje o deterioro. Es sabido que a través del aprendizaje se produce un proceso de regeneración continuada y desarrollo científico-técnico, que si no tiene lugar, conduce a un deterioro y un daño progresivos. Todos los programas de prevención del estrés laboral tratan de mejorar el aprendizaje y la maestría individual, y de reducir el deterioro personal.

Por lo tanto, es fundamental establecer un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias de la enfermera para reducir su estrés, a través de cursos específicos de formación continuada, dirigidos tanto a mejorar los recursos instrumentales para realizar la actividad terapéutica, como a aumentar su competencia psicosocial.

El aprendizaje sistemático de conocimientos y destrezas permite lograr una mayor eficacia laboral e institucional, así como el crecimiento personal a través de una actividad productiva. Para ello es esencial comprender las funciones, competencias y responsabilidades propias del rol desempeñado en la institución. Formar significa generar cambios en las actitudes y en la conducta laboral orientados a mejorar la competencia individual, el compromiso con la empresa y la eficiencia organizacional.

Para la prevención del desgaste profesional y la mejora de la calidad asistencial, es esencial conocer que:

1. Ser comprendido y comprender a otros ayuda a mejorar la competencia individual y la cooperación interpersonal.
2. Mejorar la formación compartida permite enriquecer el rol profesional (tareas, organización, compromiso, respuestas emocionales), aumentar la satisfacción personal y mejorar la calidad asistencial. Además de enriquecer las relaciones interpersonales y de mitigar el estrés laboral.

Mejorar el soporte social a través de una buena relación con los compañeros y superiores debería ser institucionalizado mediante reuniones y encuentros periódicos. Unas buenas relaciones interpersonales en el trabajo reducen el nivel de estrés y aumentan la satisfacción laboral y la calidad de vida del trabajador.

Gervás y Hernández⁴² han propuesto una serie de medidas terapéuticas, compartidas por los autores, para prevenir el síndrome de desgaste profesional, entre las que destacan, a nuestro juicio, las siguientes indicadas en la Tabla 6.2

Tabla 6.2. Medidas terapéuticas para prevenir el SDP

A) Medidas Educativas:

1. Transmisión de conocimientos útiles en la práctica que generen un cuerpo teórico-clínico eficaz para resolver los problemas de salud.
2. Fomento del trabajo en equipo.

B) En relación con la estructura sanitaria:

1. Definición clara y explícita de los objetivos sanitarios así como el establecimiento de unos incentivos económicos y profesionales orientados a la prestación de asistencia sanitaria de calidad.
2. Fomento de la participación de los profesionales en las decisiones y actuaciones tendentes a mejorar la calidad del servicio prestado.
3. Descripciones de los puestos de trabajo.
4. Consideración de la satisfacción de los profesionales sanitarios y no solo de la de los usuarios/pacientes, como una medida de la eficiencia de la estructura sanitaria.
5. Utilización del potencial del que dispone la disciplina enfermera.

C) En relación con la sociedad:

1. Es necesario transmitir una imagen de la enfermera adaptada a la realidad, sin fomentar expectativas ilusorias que con tanta frecuencia en la actualidad provocan confusión acerca de lo injusto del dolor, del sufrimiento y de la muerte, como si ello fuera debido al fracaso de la medicina y de los profesionales en cada caso particular.
 2. Los profesionales sanitarios deben aceptar la nueva percepción social de su profesión, alejada de aquella figura cuasi-sagrada e idealizada de tiempos pretéritos, y tienen que saber reorientar la relación profesional sanitario-enfermo estableciendo un vínculo de confianza con el enfermo, asumiendo al mismo tiempo la plena autonomía del mismo.
 3. Se debe tener en cuenta que los enfermos valoran más las cualidades humanas que la capacidad técnica, de forma que es conveniente valorar el componente afectivo, cultivando la palabra afectuosa y sencilla, la paciencia y la capacidad de escucha terapéutica.
-

Es aconsejable promocionar la disciplina de enfermería en las instituciones sanitarias, introduciendo las actividades propias de esta profesión. Cada enfermera debe *responsabilizarse* de asumir su papel, diagnosticando las necesidades alteradas del individuo y aplicando las intervenciones propias de enfermería a la persona que vive una experiencia de salud-enfermedad. Es necesario *evitar el aislamiento* tanto personal como profesional y *tratar de generar opiniones*, creencias y actitudes positivas en el trabajo cotidiano.

Micheal Argyle⁶² propone las siguientes normas (Tabla 6.3) que deben regir las relaciones entre los compañeros de trabajo (modificado):

Tabla 6.3. Normas que deben regir las relaciones entre compañeros de trabajo

1. Aceptar la parte de trabajo que corresponde a cada uno.
 2. Respetar la intimidad de los demás.
 3. Cooperar con los compañeros respecto a las condiciones físicas de trabajo compartidas (por ejemplo, despacho, taquilla, iluminación, temperatura, ruido).
 4. Estar dispuesto a prestar ayuda cuando se le solicita.
 5. No desvelar la información confiada en secreto.
 6. Mostrarse cooperativo al trabajar a pesar de posibles sentimientos de antagonismo personal.
 7. No denigrar a los superiores, iguales o subordinados.
 8. Dirigirse a los compañeros utilizando su nombre.
 9. Pedir ayuda o consejo cuando se necesita.
 10. Mirar a los compañeros a los ojos cuando se habla con ellos.
 11. No entrometerse en la vida privada de los demás.
 12. Ser agradecido cuando se han recibido favores y halagos por pequeños que sean.
 13. No entablar relaciones sexuales con un compañero de trabajo.
 14. Defender a los compañeros en su ausencia.
 15. No criticar públicamente a los compañeros.
-

También, creemos que es importante tener en cuenta las siguientes *recomendaciones* para tratar de corregir comportamientos inadecuados entre los compañeros de trabajo y fomentar unas relacio-

nes humanas positivas (Tabla 6.4, 6.5), aspectos claves del trabajo de supervisión.

Tabla 6.4.

-
1. En las discusiones *no perder la calma*: actuar tranquilo y con firmeza al mismo tiempo. *No discutir acaloradamente. Evitar las voces*, pues acabarán por sacarle de sus casillas: por la violencia se pierde la razón.
 2. Evitar sermones, retahílas y circunloquios: hay que *ser claro y conciso. ¡Entre al trapo sin rodeos!*
 3. *Evitar las generalizaciones* abusivas. Ser concreto y ceñirse a los hechos demostrados.
 4. *Ser respetuoso y no permitir* que otros abusen y le pierdan el respeto. La propia dignidad obliga, a veces, a decir por ejemplo: «¡Basta!... ¡Ya!» Es mucho mejor que ceder por sumisión.
 5. *Tratar de enseñar* a mejorar en vez de reñir por hacerlo mal.
 6. *Ser comprensivo y responsable* ayudará a que cada cual cumpla su deber: obras son amores y no buenas razones.
 7. *Resaltar los aspectos positivos, sin adulación*, ayuda a mejorar a las personas, y es mucho más eficiente que culpabilizarlas.
 8. *Ayude a mejorar el apoyo social mutuo* entre las personas del grupo de trabajo: *no aislarse*.
 9. *Reconocer los errores y fallos propios*: No es signo de debilidad sino de fortaleza personal y de confianza en el otro.
-

Tabla 6.5.

HABLA con las personas, nada hay tan agradable como un saludo. Hoy en día se necesitan gestos amables.

SONRÍE Para mover la cabeza, se necesitan 72 músculos; para sonreír 14.

LLAMA a las personas por su nombre.

SÉ AMIGO, si quieres tener amigos.

SÉ CORDIAL Y SINCERO, pero sin perder la asertividad.

INTERESATE POR LOS DEMÁS, tu sabes lo que sabes, pero no sabes lo que otros saben.

ELOGIA, cuando haya que elogiar, pero se CAUTELOSO AL CRITICAR.

APRENDE A CAPTAR SENTIMIENTOS DE LOS DEMÁS, a todos nos gusta que nos entiendan y comprendan.

PREOCUPATE DE LA OPINIÓN DE LOS DEMÁS.

APORTA lo que puedes y sabes hacer.

3. HÁBITOS DE VIDA. MODIFICACIÓN Y MEJORA DEL ESTILO DE VIDA

En la actualidad los ciudadanos de los países industrializados pueden tener mayor control sobre su propia salud que en ningún otro momento histórico anterior, y así, se postula desde la Psicología de la Salud que *uno mismo puede hacer más por su propia salud y bienestar que ningún médico, que ningún fármaco y que ningún otro procedimiento exótico*, siguiendo adecuadas conductas de salud, como es, por ejemplo, el no fumar, ya que es ampliamente conocido que el fumar tabaco es la principal causa evitable de muerte en nuestra sociedad y el principal problema de salud de nuestro tiempo.

Las medidas para promover una buena salud son las más eficientes, por baratas y eficaces, para conseguir una reducción del estrés personal y deben introducirse de forma gradual e integrada. Tales medidas higiénicas son:

1. Ejercicio físico regular. El ejercicio físico isotónico regular, como el *trote (footing)*, el ciclismo o la natación, reducen el riesgo cardiovascular y promueven la longevidad y el bienestar personal. Se recomienda un ejercicio aeróbico que eleve en un 70 a 80% la frecuencia cardiaca basal (se calcula restando la edad del sujeto a 220) durante 20 a 30 minutos, tres veces a la semana. Con ellos se gastan 300 kilocalorías por sesión.
2. Supresión del tabaquismo y restricción de cafeína.
3. Restricción de alcohol.
4. Reducción del peso. Las personas con sobrepeso tienen mayor riesgo de problemas cardiovasculares, y su control es la medida no farmacológica más eficaz para su prevención y tratamiento eficaz.
5. Mejora de la calidad de las relaciones interpersonales familiares y extrafamiliares con un buen soporte social.
6. Mejora de la higiene y calidad del sueño. El dormir y el soñar, por sus funciones autorreguladoras, son actividades psicobioló-

gicas básicas para el aprendizaje y para el desarrollo individual saludable. La alteración del sueño es una de las primeras señales de malestar emocional. Para una buena higiene del sueño se recomienda mantener constante la hora de acostarse y, aún más importante, la de levantarse, así como hacer ejercicio de forma regular, aunque nunca inmediatamente antes de acostarse; cenar, al menos, dos horas antes de irse a la cama; evitar ruidos; mantener una temperatura agradable y una adecuada ventilación de la habitación; evitar el consumo de cafeína, estimulantes, tabaco y alcohol; y... si una noche se desvela y le cuesta volver a dormirse, debe levantarse y hacer algo que le entretenga y relaje hasta que le vuelva el sueño. No es aconsejable tomar *píldoras* para dormir salvo por necesidad médica. Además, es importante recordar que el tiempo de sueño que necesita cada persona es variable. Usted debe dormir las horas que necesite para levantarse descansado y activo.

4. RELAJACIÓN E HIPNOSIS

La habilidad de relajarse puede adquirirse de forma natural y sencilla. ¡Pruebe ahora!: siéntese cómodamente o tumbese donde pueda, respire suave y profundamente durante unos minutos, aspire todo el aire que le quepa en el pecho, reténgalo mientras cuenta hasta cinco y déjelo salir luego lenta y pausadamente. Cierre los ojos y repita el proceso. Se sorprenderá del bienestar que experimenta.

Existen varias formas o técnicas de relajación. En general, se suele enseñar a los pacientes relajación muscular progresiva, ejercicios de respiración profunda o cualquier otro procedimiento que sirva para aliviar la sintomatología fisiológica y la tensión emocional. El terapeuta enseñará al paciente los distintos procedimientos y éste elegirá y practicará aquél que le resulte más útil para rebajar su estrés. Cuando domine la técnica, se le pide que la utilice como

procedimiento de autocontrol en aquellas situaciones que le producen malestar y sobrecarga emocional.

Para que pueda utilizar estas técnicas como un procedimiento de autocontrol, además de enseñarle la técnica correcta, se le enseñará a detectar algunas de las señales o *síntomas anunciadores* más importantes que preceden al incremento de la tensión (activación). Con ello se pretende que pueda controlar la ansiedad en el momento en que comienza a producirse. También se entrena al sujeto en el uso de la relajación en los momentos de máxima tensión.

Las técnicas consisten en el aprendizaje y utilización de la respuesta de relajación. Dicha respuesta representa la antítesis de la respuesta de estrés, y para Meichenbaum (1985) el entrenamiento en dicha respuesta de relajación es como *la aspirina en la reducción del estrés*. Durante la respuesta de relajación disminuye el consumo de oxígeno, el ritmo cardiorrespiratorio, la ventilación por minuto y el lactato de la sangre arterial; mientras que aumenta la resistencia eléctrica de la piel, el flujo sanguíneo de la musculatura esquelética y la intensidad de ondas alfa en el electroencefalograma. Existen diferentes técnicas que median en la producción de la respuesta de relajación, algunas ya conocidas desde hace varios siglos habitualmente dentro de un contexto religioso.

Técnica de la Relajación Muscular Progresiva

Nuestro organismo reacciona con una serie de respuestas psicofisiológicas ante situaciones nuevas o amenazantes que pueden ser muy variadas: tensión muscular, aceleración del ritmo cardíaco, respiración superficial y rápida, elevación de la tensión arterial, sudoración, molestias gástricas, etc. La vivencia de una situación como amenazante depende de la percepción individual, lo que para unas personas puede ser muy estresante, como por ejemplo hablar en público, para otras puede resultar satisfactorio y agradable.

Es imposible experimentar al mismo tiempo estas dos sensaciones contrapuestas: tensión o relajación, ansiedad o bienestar. Son respuestas incompatibles. Si se dan unas no se pueden dar las otras, por lo que si aprendemos a responder con relajación anularemos el hábito de responder con tensión. En este principio se basa la técnica de la *Relajación Muscular Progresiva*, que fue diseñada por Edmund Jacobson, médico de Chicago, en 1929.

Este tipo de relajación es un método sencillo que no requiere imaginación ni grandes conocimientos para su aplicación, y ha sido ensayado con éxito en altos ejecutivos, en deportistas de élite, en pacientes con trastornos de ansiedad y, por supuesto, en personas «normales». Con la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson se pretende enseñar al sujeto, por medio de ejercicios de tensión-relajación de los distintos grupos musculares, a identificar las señales fisiológicas que provienen de sus músculos cuando están en tensión, y posteriormente a poner en marcha las habilidades aprendidas para reducir las. El procedimiento consiste en ejercicios continuados en los que el sujeto aprende a percibir las sensaciones de tensión y distensión que provienen de los músculos y cómo estas se modifican al realizar los ejercicios correspondientes. Aunque es una técnica activa, no debe requerir esfuerzo, sino abandono, *dejarse llevar*, concentrarse en las instrucciones y sensaciones que genere su cuerpo, adoptar una postura cómoda, permanecer con los ojos cerrados y reducir los distractores (ruidos, luces, temperatura, ropa, calzado, gafas) que puedan perturbarle.

Investigaciones comparadas de fármacos y técnicas de relajación han señalado la mayor efectividad de estas últimas a largo plazo ya que no pierden su efectividad con el tiempo, sino que cuanto más se practica mayores son sus efectos beneficiosos (no así los fármacos donde hay que ir aumentando la dosis a medida que se produce el fenómeno de la habituación), no producen dependencia y es una estrategia de control de la ansiedad que nos administramos a nosotros mismos y que podemos aplicar en cualquier momento que sea necesario.

Esta técnica requiere un tiempo de aprendizaje que oscila entre una y dos semanas, practicando todos los días en sesiones de 15 a 20 minutos. No obstante, los primeros beneficios pueden notarse desde la primera sesión.

En un primer momento es aconsejable buscar el lugar idóneo para practicarla: cama o sillón cómodos, habitación silenciosa, luz tenue, aislamiento en un lugar donde no pueda ser molestado (desconectar el teléfono, avisar a la familia de que no interrumpan durante 20 minutos...), para pasar progresivamente a practicar la relajación en condiciones no tan óptimas como en una silla, soportando cierto ruido ambiental... La última fase es utilizar el *procedimiento abreviado* en cualquier circunstancia y ante el menor síntoma de tensión.

Es recomendable empezar practicando con el compact grabado que se adjunta

Esta técnica se basa en la tensión y posterior relajación de grupos musculares para aprender a diferenciar entre los dos estados, algo que la mayoría de las personas desconoce al tener sus músculos tensos de forma crónica. Así se podrá detectar la tensión en sus primeras manifestaciones. En general, se trata de mantener la tensión un cuarto del tiempo que dedicamos a la relajación. Es decir, dedicar 10 segundos a la tensión y 40 a la relajación. Hay que repetir cada ejercicio dos veces. Si después alguna zona permanece tensa, se repite el ejercicio una vez más.

Instrucciones:

Elija un lugar cómodo y mantenga los ojos cerrados durante toda la sesión. Comience a realizar los siguientes ejercicios:

1. Estire la pierna derecha tanto como pueda levantando y poniendo de punta el pie. Estírelo más y más. Observe cómo se produce la tensión y cómo se va haciendo cada vez más desagradable.

Ahora deje que su pierna caiga y se relaje y sentirá que empiezan a aparecer agradables sensaciones de calor y pesadez.

2. Repita lo mismo con su pierna izquierda.
Levante ambas piernas a un tiempo. Note la tensión en ambas piernas y su abdomen. Dese cuenta de cómo se dificulta su respiración. Ahora deje que ambas piernas caigan y sus músculos se aflojen. Note sus piernas pesadas y calientes. Sienta su abdomen relajado y cómo vuelve a respirar libremente.
3. Llene de aire sus pulmones y retenga el aire unos instantes. Note la sensación que se produce en su pecho. Suelte el aire poco a poco y dese cuenta de cómo su pecho se va deshinchando, se relaja y desaparece la tensión. Vuelva a la respiración normal, espontánea y agradable.
4. Doble el brazo derecho por el codo y apriete el puño fuertemente. Note la tensión que se produce en sus dedos, mano, antebrazo y parte superior del brazo.
Ahora afloje sus músculos y deje que su brazo caiga suavemente a su lado. Observe las sensaciones de flojedad, relajación, calor y pesadez que van apareciendo e invaden todo su brazo derecho. Note la diferencia entre el actual estado de bienestar y la incómoda tensión anterior.
5. Haga lo mismo con su brazo izquierdo.
6. Repítalo con ambos brazos a un tiempo.
7. Sin poner en tensión los brazos, eleve los hombros tanto como pueda. Sentirá tensión en los hombros, cuello y parte superior de la espalda.
Deje caer sus hombros y note una agradable sensación de flojedad en su cuello, y pesadez y flojedad en sus hombros.
8. Frunza el ceño y arrugue la frente tanto como pueda. Desarrúguela y note cómo su piel se va alisando cada vez más.

9. Apriete los párpados fuertemente. Ahora relájelos dejándolos suavemente cerrados y note cómo están cada vez más y más pesados.
10. Apriete los dientes fuertemente y los labios uno contra otro, notando la tensión que se produce en toda la zona. Afloje las mandíbulas y los labios y observe cómo éstos se entreabren suavemente y su mandíbula queda floja y colgante. En estos momentos ha tensado y relajado los principales músculos de su cuerpo. Si todavía siente alguna tensión repita el ejercicio correspondiente a esa parte una vez más.
11. Ahora que su cuerpo está relajado cuente lenta y mentalmente de 1 a 10. Cada vez que diga un número trate de relajarse un poco más.
12. Cuando llegue a 10, repítase mentalmente la palabra CALMA cada vez que respire y suelte el aire. De esta forma irá asociando la palabra CALMA con el estado de profundo bienestar en que se encuentra.

Salir de la relajación: abra los ojos y dese cuenta de lo que le rodea. Haga un par de inspiraciones profundas y haga flexiones con los brazos. Comience lentamente a levantarse y reanude sus quehaceres diarios, sintiendo todo el día la CALMA interior y **RECUERDE PRACTICAR DE NUEVO MAÑANA.**

*Cuando domine la técnica pase a practicar el
procedimiento abreviado*

Procedimiento abreviado:

De pie o sentado, apriete los puños fuertemente, eleve los hombros, frunza el ceño, apriete la mandíbula, al mismo tiempo que se pone de puntillas y aprieta las nalgas, reteniendo la respiración unos segundos. Es decir, ponga todo su cuerpo en tensión a un tiempo. Mantenga la tensión unos segundos y afloje de golpe todo

su cuerpo: suelte el aire, afloje los brazos y manos, deje que sus hombros caigan, alise su frente y deje que su boca se entreabra y su mandíbula caída. Relaje sus nalgas y apoye la planta de los pies totalmente en el suelo. Dígase la palabra CALMA mentalmente mientras respira lentamente.

Repítalo una vez más.

Generalización:

Cuando vaya andando, sentado en transporte público, conduciendo, trabajando... observe si hay signos innecesarios de tensión. Por ejemplo, conduciendo fíjese si tiene los hombros tensos, el ceño fruncido o las mandíbulas apretadas. Llevar estos músculos en tensión no es necesario para conducir, sino todo lo contrario, puede acabar con dolor en las cervicales o dolor de cabeza. Afloje esos músculos y mantenga la tensión mínima necesaria en el resto del cuerpo para realizar dicha actividad.

Poco a poco adquirirá el hábito de relajarse ante cualquier situación y ante el menor signo de tensión innecesaria.

Técnica de la respiración natural completa

La respiración es esencial para la vida. Aunque todos respiramos, pocos son los que conservan el hábito de una respiración natural completa, ésa que todavía realizan los hombres primitivos de algunas etnias y los niños pequeños.

La respiración que realizamos es un reflejo de nuestro estado corporal y anímico. Unos correctos hábitos de respiración son esenciales para prevenir situaciones de estrés y para mantener tanto una buena salud física como un equilibrio mental. Se reduce la ansiedad, irritabilidad, fatiga, decaimiento, tensión muscular, apnea, hiperventilación y la frialdad de manos y pies.

Los ejercicios de respiración natural completa pueden aprenderse en pocos minutos y experimentar beneficios de forma inmediata. Sin embargo, sus efectos profundos no aparecerán hasta después de varios meses de práctica continuada. Se trata de ir sustituyendo progresivamente la respiración superficial, a la que estamos acostumbrados, por una respiración completa.

En principio, es mejor practicarla a intervalos de 2-3 minutos, varias veces al día, que durante un periodo largo una sola vez. Es decir, es mejor practicarla 18 veces al día 2-3 minutos cada vez, que 18 minutos seguidos una vez.

Procedimiento e instrucciones:

Túmbese en el suelo sobre una alfombra y con la piernas abiertas y dobladas, apoyando los pies en el suelo. También puede practicarlo sentado o de pie. Si lleva cinturón o pantalones muy apretados es conveniente que se los desabroche. Coloque suavemente la mano derecha encima de su abdomen y la mano izquierda encima de su pecho. Cierre los ojos y comience lentamente a respirar por la nariz. Relájese y no fuerce la respiración. Observe cómo se produce la respiración durante unos minutos. Después:

- 1) Intente llenar primero las partes bajas de sus pulmones haciendo que el abdomen salga hacia afuera. Notará cómo se eleva suavemente su mano derecha. En segundo lugar llene la parte media y alta de sus pulmones notando cómo se eleva el tórax y su mano izquierda. En ese momento notará cómo su abdomen se mete ligeramente hacia adentro. En esta última fase trate de subir sus hombros y clavículas ligeramente para que la parte superior de sus pulmones se llene también de aire fresco.
- 2) Mantenga la respiración unos segundos.
- 3) Espire lentamente notando cómo su pecho, tórax y abdomen se van relajando a medida que se van vaciando sus pulmones.

Imagínese que su respiración es como una ola que se acerca mientras inspira y se aleja mientras espira.

- 4) Trate de no forzar la respiración. Lleve un ritmo espontáneo, fácil y libre.

Nota: algunas personas cuando empiezan a practicar, fuerzan la respiración. Al respirar más rápido de lo conveniente pueden producirse mareos (por hiperventilación e hipocarbia). Si le ocurre esto no tiene más que parar y respirar lentamente como está acostumbrado. Se le pasará en breve. Después vuelva a practicar el ejercicio tratando de no forzar la respiración, haciéndola lenta y pausada.

LA HIPNOSIS

La hipnosis es otra técnica para el control y prevención de los trastornos relacionados con el estrés. La hipnosis se enraíza en nuestra cultura desde los tiempos más primitivos, pero su desarrollo final comienza con Mesmer, aunque serán después sus discípulos los que desarrollen de manera clara y decidida lo que son las bases de la hipnosis actual. Han sido muchas las personas que a lo largo de la historia han estado relacionadas con la hipnosis, debiendo destacar a Charcot, Babinski y Freud creador del Psicoanálisis. En nuestro país destacan Santiago Ramón y Cajal, que tuvo una dedicación corta pero entusiasta, y el profesor Abdón Sánchez Herrero en Valladolid, autor del libro llamado *El hipnotismo y la sugestión*. La hipnosis se ha encontrado siempre con una dificultad y un prejuicio mantenido por la clase médica para su comprensión y práctica, aunque hayan sido precisamente médicos y psicólogos los que la han impulsado.

La hipnosis es un estado disociativo controlado en el que se combina la relajación fisiológica con una pérdida del sentido crítico de nuestra consciencia. Los estados por los que pasamos son: un

estado consciente en el cual la consciencia crítica es predominante, un estado inconsciente como sería el del sueño o la anestesia y, finalmente, un estado hipnótico en el que desaparece el sentido crítico. Ese estado hipnótico inducido, cuando alcanza niveles profundos nos permite crear modificaciones en nuestra mente que son muy útiles para el control de muchas enfermedades. La hipnosis, en algunos momentos, puede ser el arma terapéutica esencial, tanto para el tratamiento como para el diagnóstico de muchos procesos psicológicos, y para ayudar a la modificación de estados patológicos en los que la implicación de la mente es muy importante. La hipnosis tiene diferentes grados de profundidad relacionados directamente con la supresión del sentido crítico, de modo que para algunos tratamientos se puede utilizar lo que podemos llamar una hipnosis superficial y para otros requeriremos un estado más profundo (hipnosis sonámbula).

Durante la hipnosis se producen unos fenómenos conocidos que consisten en alteraciones motoras de los músculos voluntarios, de los involuntarios, parálisis de grupo musculares, movimientos automáticos y mejoría de la eficiencia muscular. Asimismo hay una afectación de la musculatura involuntaria de órganos y glándulas, del corazón y grandes vasos, incluso del sistema de la coagulación o de la respuesta inmunológica. Se puede modificar el nivel de dolor, induciendo una hipnoanalgesia; se puede distorsionar la sensación temporal (vivencia del tiempo) e incluso producir modificaciones en nuestra memoria. Otro de los fenómenos hipnóticos es la conocida sugestión post-hipnótica y una de sus grandes aplicaciones en la terapéutica es la conocida como la autohipnosis.

La práctica de la hipnosis presupone mantener una relación de confianza personal y de respeto a las normas éticas de la práctica médica.

Capítulo VII

Técnicas de tratamiento

«... la vida, ¡cómo te pesa!
Marchas por la noche oscura,
te va guiando la brisa,
te quitas de toda hechura,
te basta con la sonrisa...»*

Existe una especial resistencia de los médicos y enfermeras para admitir en ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol del paciente, por lo que consultan tras un largo periodo de tiempo en que intentan un ineficaz autotratamiento. Además, por ser *pacientes especiales*, reciben un tratamiento médico de peor calidad, así como menos tiempo de seguimiento que los pacientes no sanitarios. Waring (1977) en un estudio controlado de 30 médicos y enfermeras hospitalizados por enfermedad psiquiátrica, concluyó que ambos grupos son *los peores pacientes* al compararlos con un grupo de pacientes psiquiátricos ajustados en edad y sexo: buscan ayuda cuando ya están muy enfermos, a través de consultas *informales*, como en el pasillo del centro de trabajo⁶³.

Respecto a la prevención y tratamiento de problemas psiquiátricos en ellos, el primer paso es su reconocimiento, en vez de la negación, así como la organización de programas educacionales y de *counselling* como ya se hace en Gran Bretaña desde 1985, donde se dispone de una especial línea telefónica para establecer contacto con un servicio especializado para solicitar ayuda seria y

* Miguel de Unamuno. *Cancionero*. Madrid, Edit. Taurus. 1969.

confidencial por los mismos médicos-enfermos (sobre un cuarto de las llamadas), al *National Counselling Service for Sick Doctors*. Se ha sugerido, también, que se debería investigar, y luego excluir, a estudiantes con personalidades vulnerables antes de entrar en la Facultad de Medicina y Escuelas Universitarias de Enfermería.

El tratamiento de los trastornos mentales de los profesionales sanitarios constituye un verdadero reto profesional para los psiquiatras, quienes experimentan algunos característicos sesgos cognitivo-afectivos con colegas, y les diagnostican y tratan de forma menos adecuada que al enfermo común. Ello ha llevado a crear una figura médica especial para ayudarles, que en EE UU se llama **confronter**, caracterizado por altas habilidades de comunicación interpersonal, empatía y firmeza suficientes como para *encaminar al profesional hacia el tratamiento adecuado, proteger sus intereses profesionales y económicos, cuidar de la rehabilitación y reorientación laboral si los precisa y servir en todo momento de apoyo personal y social*.

Para controlar el deterioro de la calidad asistencial consideramos prioritario llevar a cabo las siguientes propuestas de la Tabla 7.1.

Tabla 7.1. Propuestas para la prevención y control del Síndrome de Desgaste Profesional en las organizaciones sanitarias

1. Potenciación de las unidades de Salud Laboral-Medicina Preventiva.
 2. Creación de consultas de Psiquiatría Laboral.
 3. Desarrolla de un servicio ágil y confidencial de Inspección Laboral eficaz, con una orientación preventiva y rehabilitadora, más que sancionadora.
 4. Creación programas formativos que traten de mejorar la competencia psico-social de los profesionales.
 5. Sensibilización de las organizaciones colegiales y sindicales al servicio de sus representados.
 6. Formalización de los procedimientos más adecuados para tramitar el proceso de Incapacidad Laboral Transitoria de los profesionales deteriorados, quienes podrian recuperarse y reincorporarse al trabajo, o bien pasar a la situación de incapacidad permanente.
-

La tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario para realizar su labor clínica a un nivel óptimo de calidad y de eficiencia es responsabilidad tanto individual como institucional colegial.

Vamos a exponer a continuación una síntesis de los métodos terapéuticos más eficaces que conocemos y que son aplicables a la enfermera *estresada/desgastada*. En resumen, podemos decir que dos grandes grupos de técnicas terapéuticas: A) las técnicas *cognitivo-conductuales*, y B) *la psicoterapia*, fundamentalmente las (técnicas psicodinámicas o psicoanalíticas son las más útiles en la actualidad.

A. TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Existen varias técnicas cognitivo-conductuales que se centran en el control de las respuestas de estrés que padece el paciente en el momento presente y que se manifiestan en el pensamiento, en las emociones y en las conductas observables. Dichas técnicas tratan de controlar los comportamientos (pensamiento, emoción y conducta) que resultan estresantes. Las más destacadas son: reestructuración cognitiva, autocontrol emocional y control conductual.

Reestructuración cognitiva (control de pensamientos)

Las técnicas más utilizadas son tres, a saber: a) técnicas de identificación y resolución de problemas, b) la reestructuración cognitiva, y c) entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

Las técnicas de identificación y resolución de problemas consisten en aprender a evaluar de forma realista los problemas con los que nos enfrentamos. A través de un método sencillo, que Ud.

puede realizar de modo personal, se trata de enumerar y discernir el problema que le estresa y tratar de buscar la respuesta de conducta más satisfactoria para su resolución. Se trata de practicar siguiendo los siguientes pasos (que si lo desea Ud. puede empezar ahora mismo a realizarlo, tomando lápiz y papel y comenzando a escribir):

- Describa la situación estresante. (Por ejemplo, el supervisor de mi servicio que me manda que cuide un número excesivo de enfermos que me desborda).

- Considere las soluciones o alternativas posibles a ese problema (Ej.: negarme a verlos y enfrentarme violentamente al supervisor y decirle que es un..., delegar en exceso tareas a la auxiliar de enfermería aunque también esté saturada, pedir que se distribuya equitativamente la carga asistencial entre todos los componentes del servicio, ver a los pacientes muy rápidamente, hacer historias muy reducidas, denunciar al supervisor ante la Dirección o sindicatos por abuso y maltrato...).

- Valore los pros y los contras de cada una de las alternativas propuestas.

- Tome la decisión que le parezca más adecuada.

- Llévela a cabo. Realizar la acción propuesta.

- Evalúe sus resultados.

Si la decisión tomada y la actuación subsiguiente no han conseguido rebajar/apagar el «fuego» del estrés, se probará con otra alternativa que parezca la más pertinente.

La reestructuración cognitiva tiene por objeto corregir errores interpretativos debidos a creencias distorsionadas de la realidad y a transformarlas para hacer una evaluación más objetiva de la situación real. Con frecuencia las personas distorsionamos algunos aspectos de la realidad. Así, por ejemplo, cuando estamos tristes exageramos los aspectos negativos y minimizamos los positivos, y

al revés, cuando estamos eufóricos y alegres. En otras ocasiones generalizamos en exceso. Por ejemplo, si «le ha ido mal» (no ha estado acertada) con un paciente puede pensar que es una mala enfermera, lo que aumenta nuestra frustración y sensación de incapacidad, con daño a la autoestima personal. En el ejemplo anterior se trataría de tener en cuenta toda la trayectoria profesional y no sólo un mal día, que puede tener cualquiera. En general se propone la técnica del «*si bien es verdad* que no estuve acertado con este paciente, *también es verdad* que lo hago bien con la mayoría de ellos».

Una forma de averiguar si distorsiona o evalúa de forma realista es observar lo que siente.

Las evaluaciones realistas producen emociones moderadas, de duración limitada en el tiempo, acordes a la situación y no impiden la acción. Ante un acontecimiento negativo las reacciones *normales* pueden ser de tristeza, inquietud, enfado, aceptación y responsabilidad de sus actos y, por lo tanto, actuar en consecuencia (normalmente de forma ajustada) o bien, no actuar, según sea el caso.

Ahora, pregúntese por lo que le sucede ante ese acontecimiento negativo: ¿Se encuentra profundamente abatido, angustiado, iracundo o culpable?, ¿esos sentimientos le bloquean y le impiden actuar o, por el contrario, le impulsan a tomar medidas extremas? Si contesta que sí entonces está distorsionando la realidad, lo cual le puede ser perjudicial para usted y, muchas veces también para los demás, porque mermará su capacidad para dar y recibir, disminuirán las posibilidades de tener experiencias agradables, le impedirán actuar, se amargarán la vida inútilmente y, en suma, disminuirá su capacidad para el placer y la felicidad.

En el caso de la hostilidad extrema incluso puede ser peligroso. Muchos atropellos «accidentales» en la carretera tienen en su inicio una evaluación distorsionada («Los ciclistas, ese coche, esa

persona... es un estorbo, no debería estar ahí, quién se habrá creído»).

Las distorsiones cognitivas más comunes

1) *Hipergeneralización*: Es un proceso inverso al método científico. De un hecho concreto se saca una ley general y no se comprueba si es cierta. Se utilizan términos absolutos como *todo, nada, nunca, nadie, ninguno, todo el mundo, etc.* Usted hipergeneraliza cuando al no hacerse entender por *uno* de sus pacientes cree que es una mala enfermera (dejando de valorar todos los demás casos donde sí ha podido hacerse entender), cuando ante un cita frustrada con un o una compañera cree que nadie del hospital querrá salir nunca con usted, cuando se le bloquea el ordenador y piensa que nunca logrará dominar *ese maldito cacharro* (queremos decir la informática),...

2) *Etiquetaje global*: Uso de clichés estereotipados y peyorativos para designar cosas, personas, situaciones o la propia conducta. Esta distorsión es lo que conocemos por prejuicios. «Soy un fracaso total», «soy un inútil, un tonto, un estúpido, un inepto...», «mi despacho es una cuadra», «mi vida amorosa es un desastre», «no valora mi trabajo porque tiene complejo de inferioridad», «los que no valoran mis ideas son gente de mente estrecha», «las mujeres son unas histéricas», «los hombres son unos egoístas», «los cirujanos se creen una raza aparte», «los que van al psiquiatra están locos», «los psiquiatras están locos», «la gente sin estudios no son inteligentes», «los hombres guapos son unos creídos»,...

3) *Filtrado*: Se produce cuando sólo se presta atención a ciertos hechos negativos de la realidad, ignorando todo el resto. Es como si se llevara orejera. Cuando escucha ciertas palabras *clave* que le suponen pérdida, injusticia, peligro, se manifiesta la distorsión. Por ejemplo, el Sr. Martínez (enfermero de una unidad de hospitalización) es llamado al despacho del supervisor de la unidad y éste elogia su trabajo con un paciente muy difícil así como su buena calidad

técnica y, en general, su buena atención a los enfermos; sin embargo, también le indica que podría tratar de sonreír un poco más lo que le haría parecer más amable. Automáticamente, el Sr. Martínez se siente abatido e inútil porque su superior piensa que no es tan amable como debiera. Ha filtrado sólo el contenido crítico de la charla con su supervisor y no toma en cuenta los numerosos elogios.

4) *Pensamiento polarizado*: Sucede al dividir todos los acontecimientos en buenos o malos, en dicotomías rígidas tipo blanco o negro, perdiéndose todos los matices del gris. Inevitablemente usted termina en el lado negativo ya que no puede tener siempre una actuación brillante, caer siempre bien, ser simpático y amable invariablemente. Las cosas no van a salir siempre como desea ni las personas van a reaccionar según sus gustos, por lo que tendrá una considerable pérdida de autoestima. Las frases que le deben hacer sospechar que está polarizando la realidad son aquellas que contienen las conjunciones «Y/O». Ej: «O soy capaz de presentar un trabajo en un congreso o arruino mi carrera para siempre», «si no puedo mantener la calma soy un neurótico», «o voy a EE UU o me quedará obsoleto en mis conocimientos (para siempre)», «solo hay una forma ética de hacer las cosas (las demás son inmorales), «si no consigo que me vaya bien con Marta es que no valgo para el amor»...

5) *Autoacusación*: Usted es como el «ombligo del mundo» para las cosas negativas, todo lo negativo que acontece a su alrededor le relaciona y es culpa suya. Vive constantemente disculpándose por las cosas que ocurren sean o no responsabilidad suya. Una cosa es autorresponsabilizarse de su vida, sus actos y de sus sentimientos (lo cual es altamente deseable) y otra llegar a responsabilizarse de cosas que escapan a su control como, por ejemplo, los sentimientos de los demás, o los hechos fortuitos. Contrae una enfermedad y se culpa por estar enfermo, a su hija adolescente le deja su novio y piensa que es culpa suya por no educarla correctamente, hay huelga de transportes y se disculpa (ya que debería tenerlo previsto), su mujer (o marido) no quiere cenar lo que usted ha preparado y se disculpa (¡qué idiota soy!, tendría que haber pre-

parado otra cosa, lo siento). A su hijo le tienen que operar y piensa que es culpa suya ya que tendría que haber hecho un diagnóstico precoz...

6) *Personalización*: Se produce al referir hacia su persona todo lo que sucede a su alrededor. Esta distorsión tiene un componente «narcisista» ya que todo lo que los demás dicen o hacen le están relacionando. Le hace reaccionar inadecuadamente ya que interpreta mal a los demás. Por ejemplo, alguien dice que la fiesta es un rollo y piensa que el aburrido es usted. (Tal vez trate de animar las cosas y comience a hablar por los codos, convirtiéndose en alguien realmente inaguantable y pelma para el otro). La supervisora de unidad le dice que no «se» *atiende* en el servicio a un número suficiente de enfermos y piensa que lo dice por usted. (Comenzando un enfrentamiento con ella por algo que en principio no estaba relacionado con usted). Los rechazos y desaprobaciones, imaginarios al principio, pueden terminar siendo realidad debido a su reacción, deteriorando las relaciones con los demás. Es muy difícil «cazarse» en esta distorsión. No obstante, hay algunas claves que le pueden hacer sospechar su presencia, por ejemplo, el compararse constantemente con los demás (quién es más listo, competente, amable...) y prestar atención cuando alguien se queja, ¿automáticamente piensa que es una indirecta hacia usted? Si es así, está personalizando.

7) *Lectura de la mente*: ¿Es usted de los que dice «sé que fulano piensa de mí... que soy tonto, aburrido, incompetente...»? ¿Es usted capaz de adivinar lo que piensan o sienten otras personas sin preguntárselo?, entonces está cayendo en esta distorsión ya que nadie es capaz de leer más que sus propios pensamientos. Esta distorsión se basa en la *proyección*, ya que piensa que los demás comparten su visión del mundo, sus sentimientos y su visión negativa de sí mismo, lo cual puede ser o no realmente. Esta distorsión daña su autoestima y deteriora sus relaciones con los demás.

Un consejo: si tiene «intuiciones», «simplemente sabe lo que piensan los demás» o «le da la impresión», ... antes de sacar conclusiones, pregúntese.

8) *Error del Adivino*: Se parece mucho al anterior pero referido a acontecimientos futuros. Comete este tipo de error cuando dice «sé que me saldrá mal», «no volveré a enamorarme», «no ascenderé en mi trabajo», «no puedo superarlo», «no puedo cambiar»... ¿Cómo lo sabe si no lo intenta?

Sugerencias para combatir las distorsiones

1) *Actúe como un científico*:

- No descarte las cosas a la primera, inténtelo de nuevo.
- Ponga a prueba sus pensamientos o apreciaciones para ver si es una regla general o un acontecimiento puntual, y arriéguese a comprobar la veracidad de sus afirmaciones (¿de qué pruebas dispongo para pensar así?).
- Contraste sus opiniones con los demás, pida consejo.

2) *Aprenda a desvincular su comportamiento*, que puede ser mejor o peor, de su valor como persona, que es un valor dado por el hecho de existir.

- Cambie las afirmaciones absolutas del tipo «Soy...» por «me he comportado», «he hecho», («Soy un estúpido» por «me he comportado estúpidamente», «he hecho una estupidez»).

3) *Recuerde que el ser humano es falible* («quien tiene boca se equivoca») y que una manera de aprender y evolucionar es a través de nuestros errores.

- En las ocasiones donde no actúe como le hubiera gustado pregúntese qué está bien y qué se puede mejorar.

- 4) *Pruebe con esta frase: «Si bien es verdad que a veces... también es verdad que.....» («Si bien es verdad que a veces no me hago entender por mis pacientes, también es verdad que normalmente me entienden y siguen mis prescripciones»).*

Control emocional

Para atender al componente emocional de la respuesta de estrés existen diversas técnicas de entrenamiento en *relajación*: relajación progresiva de Jacobson, respiración controlada, yoga, meditación, etc. Las hemos ya referido, y en la cassette que se entrega están perfectamente descritas.

Control conductual

A nivel conductual se debe insistir en la importancia del afrontamiento directo orientado al conocimiento de la realidad ya que, conocer ayuda a controlar los problemas. Así, es fundamental trabajar para la mejora de las condiciones objetivas de trabajo, bien sea del entorno físico, bien de la tecnología a emplear, o bien de la estructura empresarial. Existen cauces de participación de tipo asociativo, colegial o sindical y dentro del centro hospitalario, como las distintas comisiones y órganos de dirección (Comisión mixta, Junta Técnico asistencial, Junta de personal,) que son fundamentales para reducir la carga de estrés. La participación individual en un grupo colectivo que entienda y atienda a unos intereses compartidos (vg. participación en las actividades colegiales, como la Mesa de Hospitales) puede ser un buen antídoto frente a la desesperación estresante.

Se pueden emplear también técnicas de entrenamiento en habilidades sociales como *asertividad* (afirmación personal) y otras habilidades de comunicación y técnicas de afrontamiento e *inoculación del estrés*. Éstas consisten en ir superando poco a poco situaciones que nos resultan estresantes e ir así fortaleciendo nues-

tros mecanismos adaptativos, nuestro sistema *immune* de resistencia, frente al estrés. La mejor manera de perder el miedo es enfrentarse con la situación que lo provoca, esto es, hay que dejar de evitar la situación temida. Esta técnica de inoculación de estrés, al igual que una vacuna, trata de exponer al individuo en imaginación a las situaciones temidas, para después poder afrontarlas en la realidad. En general, conviene hallar una jerarquía de situaciones estresantes puntuándolas de cero a cien, y, ordenarlas decrecientemente, comenzando por afrontar las de menor puntuación. Cada vez que enfrentemos una situación habrá que valorar los aspectos positivos, como es el haberlo intentado, con independencia del resultado final. Conviene practicar varias veces hasta saber que se ha superado satisfactoriamente tal situación estresante.

Se han desarrollado varios programas de intervención grupal para la prevención y control del *S.D.P.* en los profesionales sanitarios, como es el de Hamberger y Storm (1987), que tienen una duración de 20 a 30 horas, repartidas a lo largo de una a 10 semanas. Estos programas multicomponentes tienen varios objetivos fundamentales como son:

1. Proporcionar la información adecuada sobre el SDP, y mejorar la competencia psicosocial al mismo nivel que la científico-técnica del profesional sanitario.
2. Enseñar técnicas para aumentar el control del profesional sobre las condiciones organizacionales y los cometidos del trabajo, como la priorización de las tareas y la mejora de las habilidades sociales para conseguir un equipo asistencial eficaz y una buena comunicación con el enfermo y con su familia. El soporte social institucional aumenta la resistencia de la enfermera al estrés laboral.

3. Educar para la salud mediante el aprendizaje de conductas saludables, y controlar los factores conductuales de riesgo como son las respuestas desadaptativas de afrontamiento (escape, evitación y aislamiento).

B. TÉCNICAS PSICOTERÁPICAS PSICOANALÍTICAS

Todas ellas parten del supuesto de la existencia de conflictos psicológicos inconscientes que se pueden resolver a través de la interpretación de los mismos y de su elaboración e integración personal.

El término *psicoanálisis* se refiere a una teoría de la estructura y de las funciones de la personalidad, así como también a una técnica psicoterápica específica, ambas basadas en los fundamentales descubrimientos psicológicos que realizó Sigmund Freud. Fue este mismo quien definió los principales objetivos generales de cualquier tratamiento psicoanalítico, que son: 1. Liberar al paciente de sus inhibiciones. 2. Hacer consciente lo inconsciente. 3. Reestructurar lo más extensamente posible la personalidad del enfermo. 4. Transformar la neurosis en sufrimiento humano normal. 5. Conseguir que el paciente sea capaz de gozar de las relaciones de amor, de la sexualidad y del trabajo creativo.

La técnica psicoanalítica se basa en la interpretación sistemática de la transferencia y de las resistencias del paciente a fin de aumentar el *insight* de la persona sobre sus conflictos inconscientes y lograr las oportunas modificaciones dinámicas y estructurales. La psicoterapia psicoanalítica se centra en el *aquí y ahora* vivencial del paciente, y en el análisis de las defensas desadaptativas que interfieren en su desarrollo.

Las distintas modalidades de *psicoterapia dinámica* constituyen un tratamiento psicológico de amplio espectro y de extensas indicaciones que ofrecen al enfermo la oportunidad de modificar, él mismo, sus dinanismos internos a través del conocimiento propio.

Sus principios básicos son: la existencia de un inconsciente dinámico conflictivo, la multideterminación de los síntomas y la tendencia a la repetición de las mismas conductas como intento de resolución de los conflictos psicológicos individuales. La mejoría sintomática alcanzada a través del autoconocimiento emocional se asocia a la reactivación de los procesos madurativos interrumpidos y a la reorganización estructural. Aplicada a los pacientes con S. B. procura resolver los conflictos emocionales que, generados fundamentalmente en la infancia del sujeto, le han impedido una maduración eficaz.

La *psicoterapia breve o focal* es una variedad de técnica psicoterápica derivada del psicoanálisis que trata de ayudar al paciente a resolver su conflicto patógeno esencial en el menor tiempo posible acordado (habitualmente menos de un año). Con esta técnica se alcanzan objetivos limitados, como una curación sintomática o el desarrollo de recursos creativos sanos. Esta técnica psicoterápica está indicada en los trastornos neuróticos clásicos y en los reactivos con escasa afectación de la personalidad, y es aplicable en personas inteligentes, motivadas y con cierta curiosidad acerca de sí mismos.

La psicoterapia psicoanalítica del profesional sanitario es el mejor método conocido hasta la actualidad para conseguir la mejor calidad asistencial posible. A través del autoconocimiento emocional puede adquirirse una mayor competencia creativa, un enriquecimiento de la propia personalidad, de la actividad profesional y de la vida social del analizado.

Tratamientos psicofarmacológicos

Además de unas buenas dosis de conocimiento personal, sentido del humor, autocontrol emocional, asertividad, etc., y de mucha paciencia; puede estar indicada la utilización de algún agente psicotrópico en el tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés, como son los de tipo adaptativo, los trastornos de ansiedad

y las alteraciones del estado de ánimo. En todos los casos debe evitarse la autoprescripción de psicotropos, y se recomienda a cada uno de nosotros elegir un médico personal de confianza, quien será el encargado de revisar periódicamente la conveniencia de mantener el tratamiento. Así, puede utilizarse benzodiazepinas, empezando a dosis bajas, y aumentar luego la dosis en los días siguientes hasta alcanzar el efecto terapéutico.

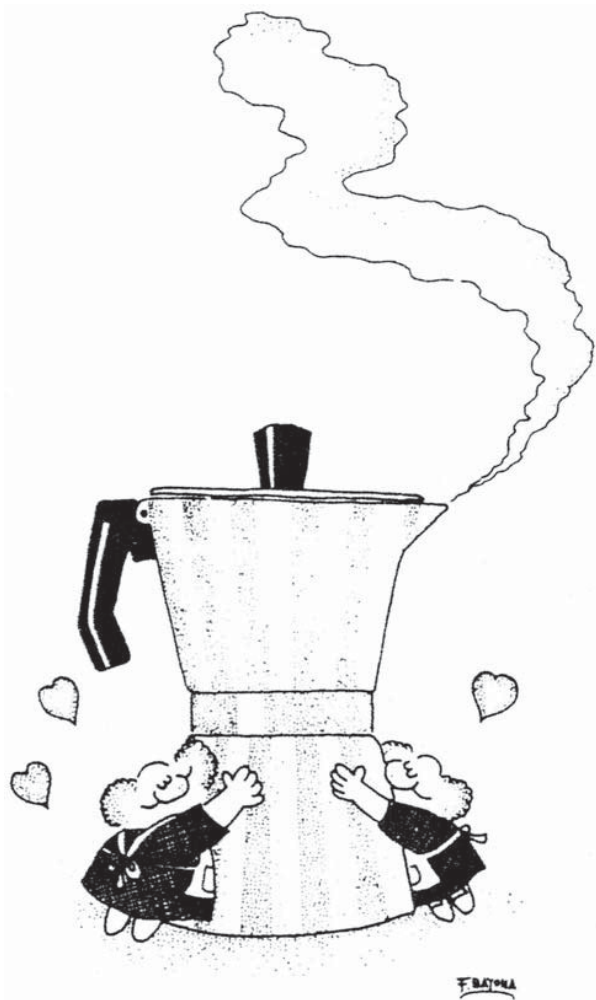
Cuando las benzodiazepinas se utilizan tras considerar la relación riesgo-beneficio, y con un control adecuado, el potencial de abuso es mínimo. Para ello se utilizarán durante periodos cortos de tiempo (menos de cuatro meses), con una ulterior reducción gradual de la dosis. Las benzodiazepinas tienen interacciones peligrosas con otros fármacos, como son los depresores del sistema nervioso central, y con el alcohol. Como efectos secundarios destacan el deterioro de la coordinación psicomotriz (riesgo de accidentes), el deterioro de la memoria de fijación y los fenómenos de privación cuando se retiran inadecuadamente. Por lo tanto, es prudente utilizarlas durante periodos cortos de tiempo, con una ulterior reducción gradual de las dosis.

Puede utilizarse buspirona para el control de los síntomas de los trastornos de ansiedad, sin riesgo de efectos secundarios psicomotores ni cognitivos, aunque su efecto terapéutico puede demorarse hasta tres y cinco semanas. La buspirona es el primero de una nueva clase de ansiolíticos no benzodiazepínicos, que carece de efectos relajantes y sedantes y con escaso o nulo potencial de crear dependencia.

Desde hace ya varios años se ha aprobado en Europa y en Estados Unidos la utilización de varios antidepresivos, tales como la fluvoxamina, la paroxetina y la sertralina para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, especialmente cuando se asocian síntomas depresivos. Si se presentan trastornos del estado de ánimo como son la depresión mayor y la distimia, se utilizarán fármacos antidepresivos como los antes mencionados, que se deben mante-

ner como mínimo durante seis meses después de haberse alcanzado la remisión clínica completa.

En resumen, los psicotrópos son útiles en el manejo de la ansiedad, el insomnio y la depresión. Aunque el trastorno adaptativo es la alteración mental más benigna que existe, no debe subestimarse su prevalencia, la cual es elevada, entre 10% y 15 %, de la población general. Igualmente no se debe infravalorar la potencial gravedad de sus múltiples complicaciones, ni confundirse con los problemas normales de «la vida cotidiana».



Capítulo VIII

Consideraciones finales

*«Catalina no sabe si reír o llorar. Está muy contenta porque sale del hospital, pero también está triste porque deja en él a los buenos amigos que allí ha conocido... Y a la enfermeras, algunas de ellas tan joven y divertida que se peina con una cresta y tiene la cara llena de pecas, unas pecas que sin duda se pinta cada mañana porque nunca las tiene en el mismo sitio. O la de los cabellos blancos, tan seria, comprensiva y competente; mujer de pocas palabras pero que ayuda a todo el mundo en los momentos difíciles, sobre todo cuando alguien las pasa canutas o cuando tienen que sacarte sangre y cuesta encontrar la vena».**

Aunque no dispongamos de una definición sencilla del complejo fenómeno del *estrés*, si contamos con varios criterios de *estrés* (como perfil hormonal, sufrimiento subjetivo, conducta inadecuada o incumplimiento de rol, etc.) que correlacionan entre sí de forma significativa.

Consideramos muy conveniente mantener el término *estrés*, ya que permite agrupar de forma comprensiva una serie de diferentes acontecimientos (individuales, grupales, etc.) aparentemente dispersos, aunque haya autores que pretenden eliminar esta expresión del discurso científico y del lenguaje popular. Salvo a los poetas, a los demás no nos resulta fácil definir *nuestras emociones*: se trata de complejos fenómenos dinámicos de naturaleza interactiva o transaccional, que no se pueden reducir aisladamente a cada uno de sus factores constituyentes. Las respuestas individuales de *estrés*

* Miguel Corbó. *La gorra*. La Galera, J. A. Editorial. Barcelona. 2000.

son sutiles construcciones emocionales que aúnan evaluaciones cognitivas más o menos evolucionadas, percepciones de cambios fisiológicos propios y de acontecimientos externos, así como de impulsos y de comportamientos expresivos. Es tarea prioritaria de cada uno de nosotros aprender a pensar en el estrés que sentimos cada día, en la carga de información emocional que éste contiene, en la posibilidad de un cambio personal deseado y tal vez temido, etc.

Freud introdujo el concepto de *principio de placer*, según el cual los seres humanos buscan el placer y evitan el dolor mediante el desarrollo progresivo de recursos personales (autoestima, maestría, etc.) y los logros de objetivos deseados (empleo, dinero, etc.), a través de la realización del trabajo o esfuerzo creativo necesario para conocer y transformar la realidad. En consecuencia, se produce cierta fatiga, desgaste o sufrimiento personal inevitable. Otros costes individuales (accidentes, enfermedades, etc.) y sociales (malestar social, desempleo, etc.) pueden y deber ser controlables, según la evidencia científica actual.

Como dice Mingote Adán en la presentación del libro *El estrés del médico: los trastornos del estrés hoy en día se aceptan como enfermedades transmisibles por contagio emocional, que amenazan con llegar a ser una epidemia en nuestros centros de trabajo...*²².

El estrés psicofisiológico acompaña a hombres y mujeres desde el nacimiento hasta la muerte, incluso sin saberlo. Al final de la experiencia personal de estrés resultan dos clases de productos: aprendizaje y/o deterioro; desarrollo de nuevas capacidades o bien otra oportunidad pérdida y deterioro personal. La vida es una serie limitada de oportunidades que somos capaces (o no) de darnos a nosotros mismos y a los demás para satisfacer nuestras necesidades y deseos, desarrollar los recursos latentes que todos tenemos, incluso sin saberlo y hacer un mundo mejor, que falta nos hace.

El estrés de los profesionales de enfermería es un importante factor de riesgo laboral para su salud, no suficientemente recono-

cido y que además compromete la calidad asistencial. Refleja la existencia de un desajuste prolongado entre las expectativas, los refuerzos y los costes percibidos respecto de la actividad laboral. Entre los principales estresores propias de la enfermería destacan: una excesiva carga de trabajo, las dificultades de la tarea, el bajo salario, el estrés interpersonal, la falta de apoyo organizacional y la ausencia de una adecuada promoción y desarrollo profesional. No solucionar estos problemas produce la pérdida gradual de recursos y el desgaste o desmotivación personal. Para responder a estas dificultades se deben mejorar las condiciones de trabajo y adecuar los refuerzos según los rendimientos evaluados de forma eficaz. Además, se debe promover la salud integral de los trabajadores a través de la realización de intervenciones grupales programadas para el control del estrés laboral.

Los trastornos relacionados con el desgaste ocupacional de los profesionales sanitarios pueden llegar a deteriorar la eficacia de las organizaciones sanitarias y generar malestar social. Por ello se hace necesario proveer de recursos económicos, no solo para infraestructuras tecnológicas e instrumentales, sino también para mejorar la competencia psicosocial de los profesionales, dotar de los recursos humanos y materiales adecuados para controlar las conductas inadecuadas del rol sanitario profesional, como son la despersonalización de la relaciones con el usuario y una práctica desmotivada, con la consiguiente pérdida de calidad asistencial e insatisfacción de los implicados en las relaciones asistenciales.

Para reducir el deterioro producido por el estrés a la fatiga residual inevitable, el coste del esfuerzo realizado, es preciso aumentar el aprendizaje y desarrollo de capacidades a través de la formación continuada, poniendo en técnicas eficaces de afrontamiento personal, como algunas de las que han sido expuestas en este libro.

Consideremos que el estrés laboral individual, *nos puede "hacer" unas veces, otras nos puede "deshacer" y algunas nos puede "rehacer" como personas*: dependiendo de la calidad del rol laboral. Contar con un empleo estable y bien remunerado protege

la salud de hombres y mujeres. Es mucho peor el estrés del desempleo o del que no sabe cómo dar sentido a su vida. El trabajo, el amor y la amistad son los principales factores mediadores del proceso hominización.

Por último quisiéramos dar un mensaje a todas las enfermeras que *tenemos tantos años de experiencia*: ¡La generación joven llega con entusiasmo a sus prácticas clínicas (cuando son estudiantes) o a sus primeros puestos de trabajo!, ¿por qué contagiarles tanto desánimo, desesperanza y frustración con nuestras actitudes de «viejas enfermeras»? Hagamos un ejercicio de humildad y aprendamos lo que nos ofrecen: ilusión vital, nuevos avances, etc., y si no, al menos *dejémoslas hacer*. No fomentemos esa realidad que expresa la frase «*Ni comen ni dejan comer*».

Bibliografía

1. Mason JW. Psychological stress and endocrine function. En: E. J Sachar (ed): *Topics in psychoendocrinology*. New York. Grune Stratton. 1975.
2. Glaser R, Rice J, Sheridan J *et al.* Stress related immune suppression: Health implications. *Brain, Behavior and Immunity*. 1987, 1:7-20.
3. Maier SF, Watkins LR. Cytokines for psychologists. Implications of bidirectional immune-to-brain communication of understanding behavior, mood, and cognition. *Psychological Review*. 1998, 105: 83-107.
4. Engel GL. *Psychological development in health and disease*. Philadelphia, Saunders. 1962.
5. Kahn RL, Wolf DM, Quinn RP *et al.* *Organizational stress. Studies in role conflict and ambiguity*. Wiley, New York. 1964.
5. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer *et al.* Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic cancer. *Lancet*, 1989, 2:888-891.
6. Frankeuhaeuser M. The psychophysiology of sex differences as related to occupational status. En: M. Frankenheuser, U. Lundberg y M. Chesney (eds.) *Women, work and health*. New York. Plenum, 1991, 39-61.
7. Gómez Bosque P, Ramírez Villafanez. *Cerebro, mente y conducta humana*. Salamanca. Amarús, 1998.

8. Freud S. *Inhibición, síntoma y angustia*. 1926 *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu Editores. 1985. Vol 20; 71-161.
9. Darwin Ch. *The expression of the emotions in man and animals*. Nueva York. Appleton, 1872.
10. Warr P. *Work, unemployment and mental health*. Oxford. Oxford University Press, 1987.
11. Pla Femenía ,O; Hernández Jiménez, A; Orquín Aleixandre, J *et al*. La enfermería y el estrés laboral. Amistades peligrosas. *Enfermería Integral*, 1999: 48 15-18.
12. Pamplona Calejero E, Pasamar Millan B, Tomeo Ferrer M *et al*. El síndrome de *Burnout* en el personal de Enfermería. *Anal Ciencias de la Salud*, 1999: 2; 55-64
13. Rodríguez Duran L, López Rodríguez M.^aT. Enfermeras y supervisoras de enfermería: motivación o estrés. *Index Enfermería*. 1996; V16-17; 13-16
14. Manzano García G, Ramos Campos F. La despersonalización: clave para identificar el síndrome de *burnout* en personal de enfermería. *Enfermería Científica* 1999 206-207: 69-78.
15. Cuevas Muñoz, P O'Ferrall González, FC, Crespo Benítez, J. Estudio comparativo de las relaciones entre el estrés laboral y la salud mental en enfermeros de un hospital comarcal. *Enfermería Científica*, 1998; 194-195: 31-33.
16. Artiaga Ruiz. A. La enfermera ante el síndrome del *burnout*: estudio comparativo atención primaria-atención especializada. *Catálogo de Tesinas de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud*. Madrid Escuela Nacional de Sanidad, 1997.
17. Faura Vendrell M.T. Prevalencia del síndrome de *burnout* en enfermeras/os de hospitalización en dos hospitales de tercer nivel en comparación al personal de enfermería del área de atención primaria.
18. Pérez García S, Jiménez Arriero MA, Denia Ruiz F, Mingote C. Estudio sobre la satisfacción y el estrés laboral del enfermero/a experto en estomaterapia. En: *Asistencia Docencia e Investigación en la Atención Integral al Ostromizado*, Madrid Sociedad Española de Estomaterapia, 1994; 247-255.

19. Fornes Vives J; Ponsell Vicens E, Guasp Sitjar E. Ansiedad y estrés en enfermería. *Rev. Rol Enfermería*, 2001; 24 /1; 51- 56.
20. García Sánchez M, Sobrido Prieto N, García Martínez M *et al.* El síndrome de *Burnout* en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 1999: 202-203: 61-67.
21. Ribera Domene D, Reig Ferrer A, Romá Ferri MT *et al.* Estados depresivos en enfermería: un estudio descriptivo en el hospital. *Enfermería Científica*, 1990: 104: 32-43.
22. Mingote Adán JC Pérez Corral F. *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Díaz de Santos. 1999.
23. Antón Nardiz M.^aV. *Las enfermeras entre el desafío y la rutina*. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
24. Rogers M. *Nursing science: Introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: FA Davis, 1970.
25. Nightingale F. *Notes of nursing. What it is, What it is not*. New York: Dover Publications, 1969 (original publicado en 1859).
26. García Martín-Caro C. *Metodología de la enseñanza de enfermería*. Madrid: Servicio de Documentación y Publicaciones del Instituto Nacional de la Salud, 1991.
27. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F *et al.* *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson. 1996.
28. Henderson V. *Basic principles of nursing care*. London: International Council of Nurses, 1961.
29. American Nurses Associaton. *Nursing: a social policy stament* Kansas City, 1980.
30. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. *Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería*. Madrid: Interamericana/MacGraw-Hill, 1987.
31. Mechanic D. *Politics, medicine and social science*. New York: Wiley, 1974.
32. Ferreiros Espinosa R.L. Patología de la turnicidad. *Gaceta Médica de Bilbao* 1974, vol. 24 n° 4: 3-42.

33. González de Rivera JL *et al.* Stress reactivity in the general population. *European Journal of Psychiatry*. 1993. 7:5-11.
34. González de Rivera JL Factores de estrés y enfermedad. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1991. 19:290-297.
35. Reviki DA, May H, Whithley W, Reliability and validity of the work related strain inventory among health professionals. *Behavioral Medicine*. 1991. 17:11-16.
36. Maslach Ch, Jackson SE. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid, TEA. 1997.
37. Moreno Jiménez B, Oliver C, Aragoneses A. El *burnout* una forma específica de estrés laboral. En: Buela Casal y Caballo (eds.). *Manual de psicología clínica aplicada*. Barcelona, Siglo XXI: 271-285. 1991.
38. Freudenberger HJ. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. 1974. 30:159-165.
39. Maslach Ch. Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981. 2:99-113.
40. Pines A, Aronson E, Kufry D, *Burnout*. New York. The Free Press. 1981.
41. Vega ED. Pérez Urdaniz A. Fernández Cautí G. *El síndrome de burnout en el médico*. Madrid, Smith Kline Beecham, 1998.
42. Gervas JJ. Hernández M. Enfermedad de Tomás. *Medicina Clínica*. 1989. 93:572-575.
43. Bandura A. *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona, Martínez Roca SA. 1987.
44. Vaillant GE. *Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchs*. Washington, American Psychiatric Press. 1992.
45. Garden AM. Burnout: the effect of psychological type on research finding. *Journal of Occupational Psychology*; 1989. 62: 223-234.
46. Cartwright L. Occupational stress in women physicians. En: Payne RL, Firth-Cozens (eds). *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley, 1978.

47. Cherniss C. *Staff Burnout. Job Stress in the human services*. New York, Sage Publications. 1980.
48. Etzion D. *Burnout: The hidden agenda of human distress*. Tel –Aviv University, Faculty of Management. 1987.
49. Dublín LI, Spiegelman M. The longevity and mortality of american physicians. *J.A.M.A.* 9: 1214-1215.
50. Iruela Cuadrado LM. Transtornos mentales en los médicos. *Tribuna Médica*. 1983 1008: 29-30.
51. Vaillant GE, *Adaptation to life*. Boston, Little Brown and Co 1977.
52. Vaillant GE, Sobowale N, Mc Arthur Ch. Some psychological vulnerabilities of Physicians. *The New England Journal of Medicine*. 1972. 287: 372-375.
53. Álvarez Gallego E. Fernández Rios L. Estudio empírico de los profesionales gallegos del Área de Salud Mental. *Revista Española de Neuropsiquiatría*. 1991. 39;267-273.
54. De las Cuevas Castresana C, González de Rivera JL, De la Fuente JA *et al*. Burnout y reactividad al estrés. *Revista Médica Universidad de Navarra*, 1997.
55. Mingote JC, Alonso C, Denia F Jiménez Arriero MA. *Estresores ocupacionales en el personal de enfermería*. En prensa.
56. Hipwell AE, Tyler PA. Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *British Journal Medical Psychology*. 1989 62: 71-79.
57. Wolfgang AP. Job stress in health professions: a study of physicians, nurses and pharmacists. *Behavioral Medicine* 1988. 2: 43-47.
58. Glass DC, McNight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993, 61: 147-155.
59. Dewe PJ, Identifying the causes of nurses' stress: a survey of Newzealand nurses. *Work & Stress* 1987 1 (1): 15-24.
60. Petterson JL, Arnetz BB, Arnetz JE. Predictors of job satisfaction and job influence. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1995, 64: 9-19.

61. Gómez Sánchez, Ceacero Molino, Álamo Santos *et al.* *Comunicación* a la Jornada del Área 11 de Madrid, 18-11-1998.
62. Argyle M. *The social psychology of work*. Penguin Books. London, 1972.
63. Waring EM, Medical professionals with emocional illness: A controlled study of the hazards of being a «special patient». *Psychiatry Journal University Otwa*. 1977 11 (4): 161-164.