

**ESTRES ASISTENCIAL
EN
LOS SERVICIOS DE SALUD**

Bernardo Moreno-Jiménez
Cecilia Peñacoba
Departamento de Psicología
Biológica y de la Salud
Facultad de Psicología
UAM

*En M.A. Simon (Ed),
Psicología de la salud.
Siglo XXI pp. 739-764*

ESTRES ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

1.- Epidemiología del estrés en servicios de salud

Son muchos los estudios que indican que el estrés propio de las profesiones sanitarias es más alto que el de otras muchas profesiones (Simpson y Grant, 1991). Teóricamente cabe esperar que el nivel de estrés medio del profesional de los servicios de salud sea alto. Atender al dolor, a la muerte, a la enfermedad terminal, a situaciones límite de otros con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada, o muy poco, no puede sino generar estrés, aún más cuando las situaciones a las que se tienen que enfrentar vienen definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas en cuestiones que son de vida o muerte, por ello la epidemiología del estrés del personal de los servicios de salud ha sido reconocida desde antiguo como alta (Cartwright,1979).

En el estudio del estrés del personal sanitario hay dos datos emergentes que se repiten en la mayoría de estudios, de un lado el alto nivel de estrés y de otro la satisfacción con su profesión como tal. Ya el estudio realizado por la AAFP en 1979 con 850 médicos de familia indicaba que aunque el noventa y siete por ciento de los médicos se encontraban satisfechos con su trabajo, el sesenta y cinco por ciento de ellos se consideraban estresados en su trabajo y que el factor de estrés más importante era la presión temporal y la urgencia del trabajo inmediato. Resultados semejantes fueron los obtenidos por May y Revicki (1985) que encontraron que el 97% de los médicos estaban satisfechos de su profesión apesar de los niveles de estrés presente.

Utilizando el modelo habitual de considerar las tasas de morbilidad y mortalidad de las profesiones para estimar indirectamente los niveles de estrés de las diferentes ocupaciones se pueden tener en cuenta los siguientes datos (Margison, 1987) : las tasas de suicidio en la clase médica son tres veces más altas que las de la población general, el número de cirrosis es igualmente tres veces más elevado y los accidentes de tráfico dos veces superiores. Las tasas de alcoholismo y de abuso de drogas son igualmente más

altas que en la población general (Roy, 1985). Margison (1987) menciona un estudio llevado a cabo por Watterson que entre 3575 médicos encontró que el 27 por ciento tenían un diagnóstico de alcoholismo o de dependencia a las drogas y el 50 por ciento de un desorden afectivo (depresión o ansiedad)

Una cuestión frecuente en la investigación sobre el tema concierne a la posible diferencia en el nivel de estrés entre las diferentes unidades, departamentos o especialidades, tanto de médicos como de enfermería. La hipótesis subyacente supone que el tipo de enfermos o el tipo de cuidados que se tienen que dispensar pueden ser una fuente específica de estrés.

Linn y Zeppa (1984) ha encontrado que entre los estudiantes de medicina se considera la especialidad de cirugía como la más estresante, seguida por la de medicina interna, aunque con una clara diferencia. Utilizando el criterio de mortalidad ocupacional se ha encontrado que los psiquiatras tienen las tasas más elevadas, mientras que los pediatras son quienes tienen un porcentaje menos elevado (Blachy, Disher y Roduner,1968) Aunque hay pocos estudios que establecen porcentajes diferenciales entre las diferentes especialidades parece que problemas como la depresión, el alcoholismo y la adicción a las drogas se asocian a las profesiones con mayor tasa de suicidios, especialmente psiquiatras y anestesistas (Margison, 1987). En algunas especialidades como la de psiquiatría el sentimiento de aislamiento personal del resto de profesionales médicos puede ser un factor importante de estrés.(Margison, 1987)

En el estudio diferencial sobre los niveles de estrés varias son las áreas o departamentos que han sido principalmente estudiados. Problemente las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados especiales, junto con algunas otras como la de infecciosos o específicamente enfermos de SIDA hayan sido las más estudiadas. Como refieren Servellen y Leake (1993) el síndrome de inmunodeficiencia adquirida generó rápidamente una ola de preocupación, cuando no de ansiedad y miedo en los profesionales que inicialmente tenían que atender a los enfermos, y aunque la preocupación haya en gran parte desaparecido, la inquietud sigue presente aunque no siempre sea de foma abierta y clara (Krasnik, Fouchard,Bayer y Keiding,1990).Desde

otra perspectiva Selwyn (1987) ha indicado que el cuidado de los enfermos de SIDA produce un estrés sobreañadido ante la juventud de los pacientes, su amargura y desesperación, y la incapacidad de cuidados realmente eficaces. Aunque la preocupación por determinadas enfermedades contagiosas ha podido ser una constante del personal de los servicios de salud, en los últimos años la aparición del SIDA como enfermedad con características sociales específicas ha generado una fuente de estrés específica en los profesionales que tienen que atender a los enfermos (Reig y Caruana, 1989; Watcher, 1986) y que se manifiesta en una relación de aprensión particular en las relaciones personales y en la dispensa de cuidados.

En el area de cuidados intensivos el trabajo de Bailey, Steffen y Grout (1980) identificó en una muestra de 1800 enfermeras de cuidados intensivos siete categorías mayores de estrés consistentemente citadas en la literatura previa : los conocimientos y la tecnología adecuada, las relaciones interpersonales, la naturaleza de los pacientes a quienes tienen que atender, el ambiente físico de trabajo, las condiciones administrativas, la gestión de la unidad y los eventos críticos. Entre ellos diferentes autores insisten en el conflicto interpersonal y la gestión de la unidad como los más importantes.

Orlowsky y Gullede (1986) han puesto el énfasis en el ambiente técnico de las unidades de cuidado intensivo como factor de estrés debido a que las nuevas tecnologías están continuamente poniendo en situación de compromiso la propia competencia profesional, lo que si es válido para toda la actividad sanitaria en general lo es mucho más para unidades altamente tecnificadas.

Un personal sanitario especialmente vulnerable al estrés son los médicos en formación. Deckard y col (1994) consideran que el desarrollo de los problemas generales del estrés sanitario tiene un periodo crítico que se gesta entre el segundo y el quinto año de experiencia sanitaria. Durante este periodo se producirían los procesos claves de adaptación y de ajuste a las nuevas tareas o el fracaso en el afrontamiento de las tareas básicas que han de desarrollarse. La transición entre la preparación teórica y la práctica médica, la inexperiencia, la incertidumbre ante los síntomas y los recursos, el enfrentamiento a situaciones desconocidas coloca a este personal frecuentemente en una

situación de estrés constante, especialmente cuando tienen que enfrentarse a situaciones de urgencia (Revicki, Whitley, Michael, y Gallery, 1993) El periodo de formación activa es especialmente un periodo de vulnerabilidad al estrés (Hamberger y Stone, 1983).

El comienzo del periodo de residencia supone un periodo de crisis de identidad en el que el joven médico efectúa la transición de estudiante a profesional con responsabilidades. Pugno (1981) ha encontrado datos que indican que en general los médicos residentes se caracterizan por niveles más altos de ansiedad, depresión, hostilidad e inestabilidad emocional.

Cooper y col (1989) han encontrado que las mujeres médicas tenían un factor de estrés sobreañadido, que podía ser el más importante, proveniente del doble jornada que normalmente tenían que realizar. No obstante sus niveles de satisfacción eran más altos que el de sus colegas masculinos. Algunas autores consideran que una fuente adicional de estrés para las mujeres en la práctica médica podría provenir del ejercicio de una profesión que históricamente ha estado dominada por los hombres y en la que tienen todavía el rol dominante (Lorber,1984). Richardsen y Burke (1991) consideran que los estilos laborales y las fuentes de estrés para hombres y mujeres en la profesión médica son dispares.

La mujer médica diferiría de los hombres en la elección de especialidades, en determinadas características de su práctica y en su productividad. Según estos autores las mujeres suelen preferir las especialidades que prolongan los roles femeninos tradicionales : pediatría, psiquiatría infantil, obstetricia y ginecología y en general tienden a atender más a mujeres y a sujetos jóvenes. Igualmente, en su práctica se caracterizarían por dedicar más tiempo a los pacientes, ver un menor número de ellos y trabajar un menor número de horas a la semana, lo que concuerda con otros trabajos anteriores (Bowman, 1985).

En razón de este tipo de diferencias los autores citados encontraron que, en una muestra canadiense de 2584 en la que el 10 por ciento eran mujeres, había una ligera pero significativa diferencia en el estrés general de hombres y mujeres, de forma que en

ellas era algo mayor. Aparecieron diferencias en otros factores como el esfuerzo necesario para mantener el nivel de conocimientos requerido.

Si el personal médico tiene niveles altos de estrés, éste es aún habitualmente mayor cuando se estudia el estrés del personal de enfermería. El estudio comparativo realizado por Wolfgang (1988) entre 291 médicos y 379 enfermeras encontró que estas últimas padecían de un nivel mayor de estrés. Normalmente al estrés médico el estrés de enfermería le añade problemas más acusados de tipo administrativo, de evaluación social y de ambigüedad de rol entre otros.

2.- Factores de estrés en las profesiones sanitarias

El estudio de los factores de estrés en las diversas profesiones se suele efectuar atendiendo a los factores organizacionales y laborales según los diferentes modelos que se han presentado (French y Kahn,1962; MacGrath,1976; Harrison,1978; Karasek,1979; Matteson e Ivancevich,1987). Dentro del ámbito organizacional los estresores más citados en la literatura han sido el conflicto, la ambigüedad de rol, la sobrecarga, la infrautilización de las habilidades, los recursos inadecuados, la escasa participación y el clima laboral (Bravo, Zurriaga, Peiró, y Gonzalez, 1993). Es lógico suponer que estos sean también estresores importantes en las profesiones sanitarias aunque matizados y especificados por las características propias de las profesiones sanitarias que pueden tener además fuentes particulares de estrés provenientes de su propia tarea asistencial.

En el estudio del estrés organizacional, probablemente los estudios que han conseguido mayor desarrollo han sido los dedicados al análisis del estrés de rol, tal como ha sido propuesto por la Escuela de Michigan (French y Kahn,1962) que distingue tres modalidades fundamentales: conflicto, ambigüedad y sobrecarga de rol.

Por conflicto de rol se suele entender, de forma genérica, a las exigencias opuestas y difícilmente conciliables, cuando no contradictorias, que se pueden pedir a la realización de una tarea o trabajo. El conflicto de rol en las profesiones sanitarias aparece principalmente en las prácticas difícilmente conciliables que se pide a la clase

médica. La sociedad pide habitualmente que en temas de salud el funcionamiento de la clase médica alcance el máximo de competencia en todo momento, sin embargo la satisfacción de las necesidades urgentes de los pacientes, el mantenimiento de altos niveles de competencia profesional, el cumplimiento de las responsabilidades civiles y sociales y la disponibilidad a la familia del enfermo suelen generar situaciones conflictivas.

Una de las formas que puede adoptar el conflicto de rol , principalmente entre las enfermeras, es el cuidado real de los enfermos de forma individualizada y responsable, lo que a veces puede suponer un conflicto entre los principios éticos adquiridos en la formación personal y profesional, las prácticas diarias y cotidianas al uso y los límites de las disponibilidades y recursos reales. Otras formas que puede tomar este tipo de estrés de rol aparece cuando existen prioridades diferentes entre el equipo médico y el de enfermería, o cuando el personal de enfermería queda sin asistencia médica directa y al mismo tiempo responsable del bienestar de los enfermos, especialmente si estos son terminales o están en unidades de cuidados intensivos.

Otra forma de conflicto de rol está apareciendo últimamente con los cambios en la organización social de los servicios de asistencia médica, las preocupación por el gasto sanitario, la necesidad de atender al coste de la práctica médica y las nuevas estructuras organizativas, factores todos ellos que aumentan los niveles de estrés debido al cambio en las prácticas médicas que ello supone. La presión económica se ha convertido recientemente en un factor importante de conflicto de rol. Las restricciones económicas a las que se pueden ver sometidos los facultativos pueden fácilmente afectar fácilmente su capacidad de decisión

Otro de los temas clásicos en la literatura sobre el estrés ocupacional el la ambigüedad de rol (Kahn, Wolofe, Quinn, Snoek, y Rosenthal, 1964) La ambigüedad de rol se refiere básicamente a la incertidumbre de las exigencias de la propia tarea y de los métodos o formas con las que debe ser ejecutada y a la ambigüedad sobre los propios resultados conseguidos, de forma que se ignora si el trabajo se está efectuando conforme a las exigencias requeridas y a las expectativas depositadas en la persona.

Tokarz, Bremer y Peters (1979) han indicado que con frecuencia el estrés médico proviene de la ambigüedad de rol, los periodos de transición y un exceso de responsabilidad sobre la propia capacidad. Una forma especial que puede adoptar la ambigüedad de rol en la práctica sanitaria es la incertidumbre sobre los diagnósticos y la toma de decisiones correspondiente. La ambigüedad de rol suele afectar principalmente a los profesionales más jóvenes, a quienes la inexperiencia provoca una desorientación sobre la conducta más adecuada a seguir en algunos momentos, especialmente en situaciones de urgencia

Aunque los objetivos de la práctica médica están claros, diversos trabajos han puesto de manifiesto que no sucede lo mismo con la mejor manera de conseguirlo (Bates, 1970) . Otra fuente de posible ambigüedad en los servicios de salud es la diferencia real, no teórica, entre los roles de médicos y enfermeras que si en teoría puede resultar fácil de establecer, en la práctica real suele haber un solapamiento incluso considerable.(Stein, 1967)

Se entiende como sobrecarga de rol el exceso de trabajo o la lucha imperiosa contra los plazos del mismo. La falta de tiempo personal es precisamente citada como uno de los factores mas importantes del estrés médico y de enfermería. El factor tiempo suele ser considerado como una causa relevante de insatisfacción en la práctica profesional (Mawardi, 1979; Mechanic, 1975). En el estudio de Linn y col. (1985), que estudió 211 médicos de la UCLA, la fuente de estrés era la presión temporal entendida básicamente como falta de tiempo para hacer las tareas que debían ser acometidas. Los resultados mostraron que los miembros académicos de la Facultad trabajaban una media de 60 horas a la semana mientras que los clínicos lo hacían 52 horas. Frecuentemente como respaldo a este tipo de prácticas y a la aceptación de una agenda de trabajo excesivamente sobrecargada existe una moral, aprendida en los años de formación más tempranos, que insiste en la responsabilidad inexcusable que recae sobre las propias espaldas de forma indesplazable. En un trabajo de McCranie, Hornsby y Calvert (1982) las presiones temporales y la sobrecarga laboral aparecían igualmente como factores importantes en la génesis del estrés.

El modelo de Karasek (1982) propone en línea general para cualquier situación laboral que el nivel de estrés organizacional está en relación proporcional a la amplitud de las demandas que se reciben, pero que está moderado por la capacidad de autonomía o control que el sujeto tiene sobre el trabajo a realizar. Landsbergis (1988) ha comprobado este modelo empíricamente en una muestra de 289 enfermeras, encontrando que aquellas que tenían sobrecarga y poco control sobre el propio trabajo sufrían mucho más de estrés, tenían menor satisfacción laboral y padecían más problemas de salud.

El modelo de Karasek es básicamente una ampliación del modelo interactivo de estrés (Cox, 1978; Lazarus y Folkman, 1984) que ha insistido en la importancia que tiene la convicción de control personal sobre los hechos en la aparición del estrés (Lefcourt, 1982). La idea de que los acontecimientos y los elementos de la situación están, o pueden estar bajo el control personal, de forma que puede influirse en el desarrollo de los sucesos y de que la propia acción es contingente con el transcurso de los hechos, es un factor decisivo para que no aparezca el estrés. La ausencia de la percepción de control sobre las contingencias ambientales entraña la aparición del estrés como resultado de la imprevisibilidad que revisten los acontecimientos y el contexto inmediato.

Aplicado al personal de los servicios de salud, el problema de la ausencia de control aparece con especial importancia en enfermería. Las enfermeras frecuentemente se sienten incapaces para influir en las decisiones de los médicos o de los administradores que están afectando a su trabajo. Maslach Y Jackson (1982) encontraron que en enfermeras de un hospital el cansancio emocional estaba asociado al sentimiento de falta de control sobre los acontecimientos. No obstante, en el mismo trabajo los autores anotaban que las enfermeras afrontaban mejor el estrés que los médicos al no centrarse exclusivamente en sus tareas laborales.

Recientemente, la preocupación y el miedo a la malpráctica o la acusación de ella es uno de los factores de estrés más específicos de la clase médica. En cierta medida, el miedo a ella ha cambiado la práctica de la medicina, de forma que se está practicando una medicina defensiva, una medicina de seguridades y de mediaciones

diagnósticas complementarias, todo lo cual lleva a un cambio de la relación médico-paciente. Charles, Wilbert y Franke (1985) han expuesto cómo los factores extrínsecos a la medicina como las obligaciones legales, las regulaciones de las aseguradoras, los procedimientos legislados, están afectando cada vez los criterios médicos. Según los mismos autores esta preocupación ha llevado a porcentajes altos de médicos a evitar determinados enfermos, a prescribir más pruebas de las que parecían necesarias o a prescindir de determinados procedimientos no suficientemente seguros. Entre las especialidades médicas, según Scheiber (1987) las más afectadas han sido la obstetricia y la ginecología seguida de la neurofisiología. Después de un episodio de malpráctica se suele informar de sentimientos de depresivos y de frustración, un menor nivel de satisfacción profesional, la aparición de sentimientos negativos hacia los pacientes y la aparición de pensamientos sobre un pronto retiro.

En un estudio sobre médicos generalistas realizado en el Reino Unido, Cooper, Routh y Farragher (1989) encontraron cuatro estresores laborales altamente predictivos de la insatisfacción laboral y la falta de bienestar personal. Los cuatro factores detectados fueron las expectativas de los pacientes y las exigencias del propio trabajo, la interferencia del trabajo con la vida familiar, las constantes interrupciones del trabajo y las prácticas administrativas.

.3 .- El síndrome del “burnout” en las profesiones sanitarias

En los últimos años, a partir de la década de los ochenta, uno de los enfoques más específicos que ha recibido el estrés de los profesionales de los servicios de salud ha sido el proveniente del modelo de “Burnout”, especialmente según el modelo propuesto por Maslach y Jackson (1982). Ambas autoras proponen el “burnout” como un síndrome de estrés crónico propio de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia.

Según el modelo de Maslach y Jackson (1981), el síndrome de “burnout” se caracteriza por un proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal. El cansancio, el agotamiento emocional, se caracteriza por la pérdida de atractivo, el tedio y el disgusto causado por las tareas que son propias de la tarea a realizar, de forma que el trabajo pierde el atractivo y cualquier sentimiento de satisfacción que en un pasado pudo tener. En esta primera fase el burnout se caracteriza igualmente por un cierto sentimiento de indefensión como consecuencia de haber intentado activamente modificar situaciones, relaciones y formas de proceder sin haber obtenido ningún resultado por ello. La despersonalización es el núcleo del burnout, básicamente es la consecuencia del fracaso en la fase anterior y un mecanismo de defensa para evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Se caracteriza por un tipo de conducta con las personas a las que se tiene que atender, pacientes en este caso, marcado por la falta de interés, la objetivación burda y somera de sus problemas, la pérdida de empatía humana con sus dificultades e incluso la culpabilización del estado de necesidad en el que se ven envueltos (Lerner, 1980; Ryan, 1971). La despersonalización es un tipo de conducta en la que se dan de la mano la depresión y la hostilidad. El abandono de la realización personal es la tercera fase del proceso, consiste en el sentimiento y la creencia, cada vez más generalizada, de que el trabajo no merece la pena, de que institucionalmente es imposible cambiar las cosas, de que la mejora personal y la institucional no vale la pena intentarlas, y, finalmente, la aparición de pensamientos de posible cambio de trabajo, o al menos de institución donde se ejerce. La pérdida de ilusión con respecto al propio trabajo y de idealismo en su ejecución acompañan esta tercera fase del burnout.

Hay aspectos del síndrome que lo hacen especialmente peligroso. El burnout es contagioso. La pérdida de autoestima profesional y el cuestionamiento de las propias tareas lleva frecuentemente a la formación de grupos con parecidas características que son en sí mismos un factor de precipitación y aceleramiento de un burnout generalizado en el ambiente laboral. La pérdida de la ilusión personal puede llevar fácilmente al cinismo colectivo y a actitudes más o menos claras de sabotaje organizacional en el sentido de declinar iniciativas de mejora y de cambio, produciéndose entonces un clima social de desvinculación y una moral grupal de derrotismo y abandono.

Complementariamente al modelo de Maslach y Jackson (1981), Cherniss (1980) ha desarrollado un modelo evolutivo de dos fases que presenta el burnout como el resultado de la exposición crónica al estrés. Una primera fase se caracterizaría por la fatiga física y el cansancio emocional causada por un tipo de afrontamiento activo pero inefectivo frente al estrés. La segunda fase estaría caracterizada por una serie de cambios conductuales y emocionales resultado del fracaso en el afrontamiento de la situación anterior y que llevarían al abandono del afrontamiento activo, al sentimiento de distanciamiento y de desconexión personal con la situación estresante.

Aunque las diferencias entre estrés y burnout no sean fáciles de establecer y pueda de forma general considerarse el burnout como la última fase del estrés crónico, según el modelo de Selye que consideraba la tercera fase del estrés como la fase del agotamiento, existen algunas diferencias cualitativas que pueden diferenciar el burnout del estrés, como por ejemplo el hecho de que mientras el estrés puede desaparecer tras un periodo adecuado de descanso y reposo, el burnout no declina con las vacaciones. De forma específica, el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca sin más el burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al burnout. Desde esta perspectiva el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto.

El burnout es una variable del estrés específicamente relacionada con la pérdida de los elementos cognitivos que valorizan un trabajo, el burnout aparece cuando se pierde el contexto de justificación de un esfuerzo o de una tarea más que por el resultado de una carga pesada, monótona o excesiva. Probablemente es a ello a lo que alude Shiron (1989) cuando considera el burnout como una forma de cansancio cognitivo.

Otra posible característica específica del burnout frente al estrés es su carácter insidioso. El burnout no aparece después de uno o dos episodios de sobrecarga o de especial dificultad, sino que se genera a lo largo de un proceso que puede resultarle desconocido al mismo sujeto que evoluciona lentamente del entusiasmo a la decepción a través de un continuo que Pines, Aronson y Kafry (1981) han conceptualizado como

una lenta erosión del espíritu que lleva al sujeto a experimentar que las motivaciones primeras se han trastocado en alejamiento cuando no en rechazo de su trabajo diario.

El “burnout” puede afectar a todas las profesiones asistenciales, trabajadores sociales, animadores socioculturales, policías, etc., pero probablemente las dos ocupaciones más afectadas por el síndrome son la enseñanza y la asistencia sanitaria, ambas en sus diferentes modalidades y formas. El riesgo de aparición del síndrome parece asociarse a básicamente a factores organizacionales, de forma que no es la estructura de la personalidad o sus formas de conducta las determinantes más importantes sino el clima y la cultura laboral del propio ámbito de trabajo. Dos factores parecen especialmente importantes : El nivel de necesidad emocional de los pacientes y las características organizacionales del propio trabajo. Mientras más intensas sean las demandas reales de los pacientes y más alto su grado de dependencia del trabajo del especialista mayor probabilidad de su aparición. A ello se une las propias condiciones del trabajo que se está realizando, el reconocimiento del mismo y los recursos accesibles en su ejercicio.

Henderson (1984) ha estimado que entre el 30% y el 40% de los médicos sufren el burnout hasta el punto de afectar su rendimiento personal. Deckard y Hick y Hammory (1994) de forma más precisa consideran que el cansancio emocional llega a afectar hasta a un 58% de la población médica por él investigada. Otro estudio del mismo autor (Deckard y col. 1992) con una muestra de médicos especializándose en enfermedades infecciosas encontró que mientras el cansancio emocional afectaba al 44% y la despersonalización al 40%, la falta de realización personal sólo estaba presente en el 8% de la muestra.

A nivel estructural Cherniss (1980) ha expuesto cuáles son los factores más importantes de la génesis del “burnout”: los objetivos laborales, la características de la tarea, las condiciones físicas y sociales del ambiente de trabajo, el nivel de demanda laboral y los medios para ello, los estilos de gestión y dirección, las formas de supervisión y otros factores como pueden ser el nivel de participación y la cultura corporativa. Además de estos factores dos deben ser tenidos especialmente en cuenta en el ambiente de los servicios de salud : un apoyo inadecuado por falta del equipo y

especialmente del supervisor correspondiente y una falta de preparación adecuada al tipo de trabajo que realmente se va a encontrar. Diferentes investigaciones han encontrado que el burnout se asocia a determinados estilos directivos autoritarios (Dick, 1986), e igualmente Fong (1990) ha encontrado que el apoyo de los supervisores y el apoyo social del grupo va unido a menores niveles de burnout.

Algunos autores (Krakowski,1982) consideran que el proceso del burnout se inicia ya en los años de formación médica, años en los que se atiende exclusivamente a los aspectos técnicos ignorando totalmente la preparación y los requerimientos emocionales, otros (Hales,1981) apuntan también a los años de formación, pero insistiendo en la pobreza humana de los programas de residencia, periodo que sería la tierra de cultivo sobre la que luego aparecería la respuesta de burnout.

Maslach (1976), aunque suele insistir en las variables organizacionales como las fuentes más importantes en la aparición del burnout, ha identificado tres causas personales en su génesis : El deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados resultados tangibles, el trabajo muy próximo al dolor y al sufrimiento y las relaciones negativas con los colegas.

Un estudio comparativo efectuado por Maslach y Jackson (1981) utilizando el MBI (Maslach Burnout Inventory) con médicos y enfermeras encontró que el “burnout” en las enfermeras se caracterizaba por el cansancio emocional y la falta de realización personal, mientras que para los médicos era el cansancio emocional y la despersonalización. Las autoras han encontrado que es en la profesión de medicina donde en general se encuentran los niveles más altos de cansancio emocional (Maslach y Jackson, 1986)

Un elemento crucial en el desarrollo del síndrome de “burnout” es la frecuencia y la cantidad de tiempo pasado con los pacientes. Los riesgos de aparición del síndrome aumentan en función del tiempo pasado en contacto y proporcionando cuidados directos con los enfermos. Maslach y Jackson (1982) han encontrado que los índices de cansancio emocional son proporcionales al tiempo gastado en cuidados directos a los enfermos, de forma que disminuía cuando parte del tiempo de trabajo se dedicaba a

trabajos administrativos o a la enseñanza. Deckard y col. (1994) han encontrado que el mayor predictor de la despersonalización era la interacción con los pacientes. La sobrecarga laboral y la falta de capacidad de participación en la toma de decisiones parecen factores que intervienen específicamente en la aparición del cansancio emocional (Deckard y col. 1994)

El contacto con los pacientes tiene diferentes fuentes específicas que pueden generar el síndrome de “burnout”. La naturaleza de los problemas de salud de los pacientes es el primero de ellos. Determinadas enfermedades o lesiones pueden resultar especialmente difíciles de atender (quemaduras severas, cáncer facial, etc.) lo que obliga a trabajos que pueden resultar penosos y molestos por diversos motivos. El trabajo con pacientes terminales en sus últimas fases puede ser otra situación emocionalmente angustiada ante el dolor o el reducido ámbito de intervención. Shneidman (1978) ha recalado que pocos trabajos, pocas relaciones humanas en definitiva, pueden compararse con el que tiene el personal sanitario que asiste a un enfermo terminal. Los trabajos realizados entre otros por Servellen y Leake (1993) indican que en las unidades de cuidados especiales encargadas del cuidados de enfermos de SIDA el personal de enfermería tenía índices de cansancio emocional más alto que en otras unidades. Igualmente la misma investigación encontró que en las unidades de cuidados intensivos el sentimiento de realización personal era menor. Los autores apuntan como posible explicación al hecho de una mayor tecnificación y menor trato humano por razón del tipo de servicios.

La comunicación con los pacientes suele ser otra de las fuentes más importantes en la génesis del “burnout”. Las dificultades de los pacientes en expresar sus temores y dudas y la dificultad del personal sanitario para expresar humana y técnicamente unos datos suelen coincidir y agravar la comunicación entre pacientes y personal médico. La comunicación de las “malas noticias” suele ser uno de los momentos delicados que provocan mayor carga de tensión y angustia, hasta el punto que puede evitarse y dejarse sin hacer (Lasagna, 1970).

Un tercer elemento problemático del contacto directo es el trato con los familiares del paciente (Hay y Oken, 1972). Frecuentemente el estado emocional de los

familiares está más alterado que el del mismo paciente por lo que cabe esperar mayores exigencias de explicaciones y justificaciones. El sentimiento habitual de sentirse responsables por sus enfermos lleva a la familia a presentar reclamaciones descontextualizadas

Un dato en que suelen coincidir la mayoría de investigaciones es en la ausencia de especiales relaciones entre los factores sociodemográficos y el nivel de burnout en cualquiera de sus dimensiones específicas. Factores como la edad, el estado civil, años de profesión, turno de trabajo y otras variables semejantes no parecen incidir en el burnout (Servellen y Leake, 1993). El trabajo de Kandolin (1993) expresamente dedicado a estudiar la influencia de los turnos de trabajo en el burnout con una muestra de personal de enfermería de Finlandia ha encontrado los mismos resultados, siendo inexistente la influencia de distintos tipos de turnos de trabajo sobre la aparición del burnout, así, el trabajo recoge la influencia de las condiciones y el turno de trabajo en las mujeres sobre la aparición de síntomas físicos de estrés y la falta de satisfacción en el trabajo, pero no sobre las variables específicas del burnout.

Atención especial merece el tema de la edad o experiencia en el trabajo. Aunque no parece que exista una relación directa entre la edad y el proceso de burnout si parece existir un periodo de sensibilización o de incubación del burnout, de forma que no son pocos los autores (Applebaum, 1981; Cherniss, 1980; Edelwich y Brodsky, 1980) que consideran que la mayor vulnerabilidad al burnout aparece en los primeros años del desarrollo de la carrera profesional. Applebaum (1981) y Cherniss (1980) sugieren que durante los primeros años se realiza una transición de las expectativas idealistas desarrolladas durante la formación al mundo real de la práctica cotidiana, de forma que en este periodo el joven profesional aprende que las recompensas personales, profesionales y económicas que recibe no son las prometidas o esperadas.

4.- Las variables individuales

El estrés y burnout organizacional son principalmente la consecuencia de factores estresantes organizacionales, pero no puede prescindirse de la influencia aditiva

o moderadora de las variables individuales. En este sentido, el tipo de personalidad que fomenta la práctica médica, altruista, comprometido y desinteresado, facilita la aparición del estrés.

Eisendrath y Dunkel (1979) han llamado la atención sobre la "cultura médica" que actúa como terreno apropiado para la aparición de los problemas de estrés. La cultura médica se caracterizaría por un tipo de perfil de conductas que implícitamente se supone en la clase médica en general. El perfil estaría constituido por elementos como altas autoexpectativas, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y de perfección, necesidad de control y de seguridad y un sentimiento de omnipotencia sobre los males del enfermo. Por su parte Jaffe (1986) ha expuesto tres tipos de ideas sobre la práctica médica que, internalizadas, propician la aparición de los problemas de estrés: la consideración de que los profesionales de la salud no tienen necesidades personales, la consideración de que la dispensa de los cuidados de salud debe ser inmediata de forma que se esté disponible en todo momento a los pacientes y la idea de que los profesionales de salud deben de estar en condiciones de poder obtener siempre resultados y responder a las demandas de los pacientes

Gabbard (1985) caracteriza el patrón típico del médico como una triada de compulsividad compuesta de dudas, sentimientos de culpa y un sentimiento exagerado de la responsabilidad. Existe otro factor típico de la clase médica y es su resistencia a pedir ayuda por considerarlo como un signo de debilidad personal que dañaría a la imagen de ecuanimidad y equilibrio que parecen ser características sociales que se atribuyen a los médicos

Existe una imagen social del médico que los asemeja en parte a "iron men", a "hombres de hierro", capaces de soportar situaciones de trabajo sumamente delicadas con el mayor autocontrol. Esta imagen social que los lleva a reprimir la ira y a no manifestar sentimientos de debilidad es uno de los elementos más específicos de la clase médica. Waring (1974) considera que las personalidades caracterizadas por la obsesión profesional, la falta de búsqueda de satisfacciones y el sentimiento de "indispensabilidad.", es decir, la restricción personal al mundo profesional y la identificación completa con él, conducen habitualmente a problemas en la vida adulta.

Complementariamente, el estudio de Krakowski (1982) ha encontrado que la personalidad obsesiva es altamente frecuente en la clase médica de forma que hasta un 80 por ciento suelen reunir tres de los cinco criterios de este tipo de personalidad.

Entre las causas del estrés no pocas de ellas descansan en factores estrictamente personales tal como el estilo de vida desarrollado por la clase médica. Modlin y Montes (1964) encontraron que la fatiga laboral excesiva frecuentemente estaba asociada a la insatisfacción marital y a las relaciones familiares empobrecidas, a la falta de tiempo de ocio y a la posible presencia de ideas neuróticas o irrealistas sobre la práctica médica. Vincent (1969) ha encontrado que los médicos con un nivel alto de estrés crónico se caracterizaban por ideas de omnipotencia, aspiraciones irrealistas, excesivas horas de trabajo y en general un sobrecargo de su agenda.

Kales, Martin y Soldaors (1978) han encontrado que a este tipo de médicos les resultaba casi imposible soltarse y relajarse. Modlin y Montes (1964), en un estudio sobre la adicción en la clase médica, han descrito los problemas de ajuste y adaptación tempranos y juveniles como un factor de riesgo en la aparición posterior de problemas de adicción. De forma opuesta Werner y Korsch (1979) han puesto de relieve que cuando las personalidades están bien integradas y se da la presencia de una autoestima alta el pronostico de estrés es mucho mejor que en el caso contrario.

Si bien es cierto que el proceso del burnout se ha identificado desde los primeros momentos como un proceso dependiente de factores situacionales (Fredenberger, 1974), el modelo interactivo del estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1984), entre otros autores, obliga a pensar que las características personales juegan un papel igualmente en el desarrollo del burnout, si no como una variable independiente si al menos como una variable moduladora de los efectos principales, lo que viene confirmado por el modelo transaccional propuesto por Cherniss (1980), en el que aparece claramente que el burnout no puede ser deslindado del sistema de respuesta y de afrontamiento del propio sujeto. Algunas de las líneas de investigación desarrolladas en los últimos años (Shiron, 1989) apuntan precisamente a la importancia que pueden tener las variables individuales en la génesis y desarrollo del burnout. Una de las propuestas más claras en este sentido ha sido la desarrollada por Piedmont (1993).

Partiendo del modelo de personalidad desarrollado por MacCrae y Costa (1988), Piedmont propone que las variables propias del burnout, tal y como han sido descritas por Maslach y Jackson (1981), están altamente asociadas a alguna de las cinco variables propuestas por el modelo de los cinco factores de personalidad de MacCrae y Costa. Siguiendo alguno de los estudios originales de ambos autores (MacCrae y Costa, 1989) que han mostrado que el sentimiento de calidad de vida está altamente asociado a variables permanentes de la personalidad, Piedmont (1993) sugiere que el cansancio emocional y la despersonalización estarían fuertemente vinculados al neuroticismo, de forma que una gran parte de la varianza de ambos vendría explicada por este factor de la personalidad. Otros trabajos (Edelwich y Brodsky, 1980) han mostrado que el burnout está asociado a variables como la falta de asertividad, la baja autoestima, la dependencia y la escasa implicación.

Pero si bien es cierto que determinadas características negativas de la personalidad favorecen la aparición del burnout, también se ha comprobado en más de una ocasión que determinadas características en principio positivas son caldo de cultivo de la aparición del burnout. En frecuentes ocasiones se ha comprobado la paradoja de que son los sujetos más entusiastas, más idealistas y con mayor nivel de implicación personal en su trabajo los que tienen mayor riesgo de entrar en el proceso del burnout

5.- Consecuencias del estrés y del burnout en el personal de los servicios de salud

Orlowsky y Gullede (1986) consideran que las consecuencias del estrés y del burnout pueden ser divididas en físicas, emocionales, conductuales y sociales, aunque en su gran mayoría las consecuencias suelen centrarse en quejas de tipo psicossomático, en la pérdida de la eficacia laboral a través de múltiples manifestaciones, y en alteraciones, generalmente leves, de la vida social y familiar.

En la encuesta efectuada por la AAFP (1979) aparecen como problemas relacionados con el estrés y frecuentemente citados por los médicos, los conflictos con la pareja, la insatisfacción con la actividad sexual y los problemas con los niños. Como constata Fine (1981), si estos problemas no se localizan y afrontan correctamente pueden llevar a los médicos al distanciamiento familiar

El síndrome de la sobrecarga de trabajo y de la presión temporal suele acarrear consecuencias como la indecisión sobre los problemas que preocupan y la incapacidad para tomar decisiones sobre ellos, el alargamiento de la jornada para compensar en parte una posible baja de la productividad, el mayor consumo de alcohol y tabaco, el sentimiento de soledad, el sedentarismo físico, la falta de intereses por otras materias ajenas a las estrictamente laborales y la incapacidad para reirse de si mismo (Small, 1981)

Frecuentemente se ha expuesto el tabaquismo como una respuesta inadecuada a las situaciones de estrés (Fried,1988), en esta línea Hawkins y col. (1983) encontraron en una muestra de enfermeras que fumar era una de las respuestas más habituales en situaciones de estrés . Reig y Caruana (1990) han encontrado que en los profesionales de salud, fumar está asociado a diferentes aspectos del estrés como son los conflictos con los pacientes y los conflictos con la organización. Lawrence y col. (1987) consideran que el alcoholismo es una de las respuestas típicas de respuesta inadecuada al estrés, asociado especialmente a las condiciones de estrés económico de forma que las tasas de alcoholismo aumentan con las crisis económicas y financieras.

Existe un tipo de deterioro médico que ha sido descrito por Scheiber y Doyle (1983), y que tiene al menos como una de sus causas, el estrés al que se siente sometido el médico, entre los problemas enumerados están la irritabilidad, la dificultad para concentrarse, susceptibilidad, despersonalización y deficiencia de memoria.

A pesar de la gravedad de las consecuencias descritas, uno de los problemas probablemente más graves que aparecen como consecuencia del estrés es la pérdida de calidad del propio trabajo profesional (Revicki, May y Whitley, 1991). Entre las manifestaciones de pérdida de calidad puede citarse una mayor dificultad en la

capacidad de aprendizaje, efectos adversos en la prestación de cuidados médicos y una disminución en la capacidad de atender a las urgencias que se presentan (McCue, 1985).

La principal consecuencia de los efectos del burnout está en esta línea. El proceso de burnout suele generar cambios en las actitudes, en los estados de ánimo, en las conductas que normalmente entrañan consecuencias en el rendimiento de los servicios sanitarios y, finalmente, en la calidad de los servicios que prestan (Deckard y col. 1994). Según el estudio de Deckard y col (1992) los médicos con un nivel alto de cansancio emocional alto mostraban en un 58% deseos expresos de cambiar de tipo de trabajo.

El “burnout” tiene pesadas consecuencias en la calidad de vida laboral de los profesionales que ejercen los trabajos de asistencia y en la calidad de atención y cuidados recibidos por los beneficiarios de su trabajo. Juega un papel importante en la insatisfacción laboral, en el absentismo, en la rotación de puestos de trabajo y, en general, en la eficacia de las instituciones. Nada puede ser tan dañino para las instituciones, públicas y privadas, pero especialmente para las primeras, como la pérdida funcional parcial de profesionales cuya formación ha costado un largo periodo de tiempo y un claro esfuerzo económico.

Wright, Blache, Ralph y Luterman (1992) informan que en el personal de enfermería los costes del burnout son altos, tanto si se considera el aspecto humano de disminución de la moral de trabajo, la disminución de la calidad laboral y la pérdida del potencial de gestión como si considera el aspecto estrictamente económico. Según los autores, que se refieren a otros estudios, el coste de reemplazar al personal de enfermería oscila en USA entre los 2500\$ y los 10.000\$.

Más allá de la vida laboral los efectos del burnout y del estrés alcanzan frecuentemente a la familia del profesional sanitario (Welch, Medeiros y Tate, 1982; Vaillant, Sobowale y Mac Arthur, 1972). Las mujeres de los médicos que han tenido que recibir tratamiento psiquiátrico describen a sus maridos como frios, perfeccionistas, padres escasamente preocupados y maridos despreocupados, ocupando un largo número

de horas fuera de la familia y con relaciones sexuales insatisfactorias. Vincent (1969) sugiere que las relaciones maritales desajustadas en los médicos pueden fácilmente ser debidas a las presiones del trabajo que resultan incontrolables como resultado de la incapacidad del médico de controlar la situación a través de la clarificación de valores y la toma de decisiones apropiadas.

Aunque el burnout se ha asociado habitualmente a consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales y solamente de forma genérica a problemas médicos y de salud en general, no faltan los trabajos que asocian el burnout específicamente a algunas enfermedades como los trastornos cardiovasculares. Melamed, Kushnir y Shirom (1992) consideran que el burnout es específicamente un factor de riesgo de trastornos cardiovasculares, de forma que aún controlando otros factores de riesgo se asocia a elevados niveles de colesterol, ácido úrico, glucosa y accidentalmente niveles más altos de triglicéridos. Otros efectos físicos de tipo más bien psicosomático que se han encontrado han sido los problemas sexuales, las perturbaciones del sueño, los cambios de peso y enfermedades menores como catarros, dolores de cabeza y dolores musculares (Hamberger y Stone, 1983).

Aunque la mayor parte de la literatura sobre el tema ha abundado en las consecuencias negativas del estrés y el burnout, no puede descuidarse y pasar desapercibido la pérdida de la dimensión positiva en el trabajo que ambas conllevan. Gran parte de las deletereas consecuencias del estrés y burnout proviene de que las mejores capacidades, los mejores esfuerzos, la implicación y la identificación con el trabajo se pierden, y con ello se pierde la capacidad de esfuerzo, de aportación, de implicación y de creatividad personal. Si las consecuencias nocivas se observan plenamente en la aparición de consecuencias negativas en las áreas física, emocional y relacional, no es menos importante la pérdida de la dimensión positiva del trabajo. Frecuentemente el burnout no provoca el abandono del trabajo, pero siempre produce la pérdida de la ilusión por el trabajo; en muchos casos esta segunda alternativa es peor que la primera.

En cualquier caso no debería olvidarse que las respuestas al estrés y al burnout están altamente personalizadas, de forma que los sujetos afectados responden a ellos de

formas muy diferentes, forman parte de un proceso temporal y se transforma, aumenta o disminuye en función de la historia personal del sujeto y sus vicisitudes.

7.1.- La prevención, control y manejo del estrés y del burnout

Ni el estrés ni el burnout son procesos inevitables, al menos en su aspecto crónico de síndromes consolidados. Ambos son procesos transaccionales, de forma que si bien es cierto que la respuesta de estrés puede presentarse como consecuencia de una demanda excesiva que no puede manejarse adecuadamente, la persona puede desarrollar recursos para controlar sus propias respuestas de estrés. La propuesta del modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984) y del burnout (Cherniss, 1980) insiste en las opciones que el sujeto tiene tanto ante los estresores como ante las propias respuestas de estrés, de forma que el sujeto puede tanto prevenirlas como afrontarlas y manejarlas una vez aparecidas.

La prevención del estrés y del burnout es el enfoque más eficaz porque evita un deterioro que no siempre puede ser subsanado una vez aparecido. La práctica totalidad de autores insisten en la importancia del control del estrés en sus fuentes, es decir en los aspectos organizacionales del trabajo sanitario. El modelo de Cherniss (1980) es especialmente claro a este respecto. La variabilidad y la flexibilidad de la tarea, la necesidad de cambiar el tipo de actividad o el tipo de cliente al que se tiene que atender son aspectos sumamente importantes. Pines y Maslach (1980) realizaron un estudio reorganizando un centro de día estableciendo un sistema de organización más estructurado y delimitado. Tras nueve meses los resultados fueron claramente positivos, de forma que los trabajadores tenían menores niveles de estrés, confusión y síntomas de burnout. Un estudio parecido fue el efectuado por Carrilio y Eisenberg (1984) que analizaron el impacto que la reestructuración laboral tenía sobre el burnout. Los resultados fueron claramente positivos de forma que los sujetos manifestaban mayor cohesión social, aumento de la autonomía personal y menores sentimientos de aislamiento y alienación laboral.

Entre las modificaciones organizacionales más importantes cabe citar el número de horas en contacto directo con los pacientes. Puesto que es uno de los determinantes claves de la aparición del “burnout”, puede también considerarse como el primer remedio en los procedimientos de modificación de las condiciones de trabajo (Koocher,1979). La forma de conseguirlo pueden ir desde la disminución real del número de horas en contacto directo hasta el alejamiento psicológico mediante técnicas de afrontamiento a través del distanciamiento psicológico (dejar de pensar en el trabajo, aumento de otros focos de atención).

Aunque el enfoque de modificación directa de las condiciones de trabajo no haya sido muy utilizado por las dificultades que entraña, cuando se ha utilizado ha obtenido resultados que confirman claramente la teoría. Los trabajos de Pines y Aronson (1983), y de Corcoran y Bryce (1983) muestran que la modificación de las condiciones organizacionales y ambientales comporta normalmente cambios en los niveles de estrés y burnout de los trabajadores.

Probablemente en la literatura sobre el tema el aspecto más estudiado ha sido el apoyo social. El apoyo social juega un papel tanto preventivo como interventivo y su mejora resulta factible allí donde otros aspectos organizacionales no pueden ser modificados. Kahill (1988) ha subrayado que el apoyo social, bien sea entendido de una forma institucional o informal, es capital en las respuestas del sujeto a las demandas estresoras y sus efectos. Junto al apoyo social, las implicaciones en actividades externas al trabajo, las relaciones personales y familiares, las actividades de ocio o los compromisos sociales juegan un papel importante en la resistencia del sujeto al estrés laboral.

Diferentes autores han mostrado la importancia que tiene la prevención durante el periodo de formación del personal sanitario. La formación realista parece uno de los mejores medios en la prevención del burnout. Frecuentemente el inicio de la práctica médica se caracteriza por un elevado idealismo y una perspectiva en parte romántica de la propia tarea como médicos. Diferentes trabajos (Benton y Schroeder,1984; Reig y Caruana, 1990) han insistido en la importancia que tienen las perspectivas irrealistas en la génesis de la insatisfacción médica.

Tokarz y col. (1979) consideran que la práctica de postgrado debería enseñar habilidades que permitieran reconocer y expresar las propias necesidades. MacCue (1985) ha señalado por su parte un tipo de intervención dirigido al análisis de los problemas de la vida inicial del médico, especialmente como residente, y al mejoramiento de las condiciones de trabajo. Jaffe, Orioli y Scott (1984) ha propuesto una serie de tareas dirigida a identificar y a trazar el mapa de los estresores personales y a proceder con un programa de control y manejo de los mismos. Bitker (1978) ha insistido igualmente en la necesidad de proceder en los programas de prevención en la misma Facultad de Medicina y en la orientación a una determinada práctica de la medicina.

El estudio de Pines y Kafry (1981) sobre los mecanismos de defensa en los servicios asistenciales profesionales estudió la utilización de doce mecanismos específicos de defensa que se englobaban en dos categorías, mecanismos de defensa directos o indirectos y activos o pasivos. Los autores encontraron que la estrategia más utilizada era hablar sobre las fuentes de estrés, implicarse en otras actividades y tratar de encontrar aspectos positivos en la situación. En general el uso de estrategias directas y activas eran las más consistentes. Shinn y Morch (1983) encontraron que la respuesta más común para afrontar el burnout, un 64% de los sujetos, era centrarse fuera de su propio trabajo en las actividades de la familia y de los amigos. Los mismos autores encontraron que el uso de técnicas individuales no tenían resultados significativos relacionados con el burnout mientras que sí lo tenían técnicas grupales. Resultados muy semejantes fueron los encontrados por Maslach y Jackson (1982) que pudieron comprobar cómo la reducción del burnout se asociaba con técnicas eficaces de apoyo social como buscar información y apoyo técnico.

Algunos trabajos (Jackson y Maslach, 1982a) han mostrado que médicos que tenían índices altos de cansancio emocional y de despersonalización utilizaban con frecuencias técnicas consistentes en aumentar la distancia real con los pacientes . En algunos casos puede incluso ocurrir el abandono y el distanciamiento de las relaciones privadas personales, como una forma de evitar en general el contacto interpersonal. (Maslach, 1982).

Entre los mecanismos para afrontar el estrés médico de forma efectiva Looney, Harding, Blotcky, Barnhart (1980) citan los siguientes : a) el apoyo emocional de las personas queridas, b) el juego y la recreación, c) la consulta con los colegas, d) la relación con los profesionales compañeros, e) las vacaciones, f) actividades de ocio como leer, hobbies, o actividad física.. Entre ellos se consideraban como los más importantes el apoyo de las personas queridas y la relación con los compañeros de trabajo. Garte y Rosenblum (1978) se centraron en el desarrollo de terapias centradas en el ocio como un forma de rehabilitar a consejeros afectados de estrés crónico.

Entre los sistemas o mecanismos de afrontamiento, diversos trabajos (Pines, 1981; Etzion y Pines, 1986; Thornton, 1992; Reig y Caruana, 1990) han indicado que el afrontamiento evitativo y de escape, tal como es definido en el modelo de Lazarus y Folkman, (1984) está asociado a la presencia global del burnout. De forma más específica los trabajos de Rotman (1988) asocian este tipo de mecanismo al cansancio emocional y a la despersonalización. Celslowitz (1989) examinando la relación entre los diversos mecanismos de afrontamiento y el burnout en una muestra de 150 profesionales de enfermería seleccionados al azar de cuatro hospitales encontró que quienes padecían de menores niveles de burnout se caracterizaban por el uso de técnicas centradas en la solución de los problemas , percepción positiva, búsqueda de apoyo social y estrategias de autocontrol

Algunos de los programas de intervención en el burnout han tratado de desarrollar un formato amplio y global que pueda atender a los diferentes componentes del burnout. Clinton (1980) ha publicado un manual de entrenamiento destinado a provocar el cambio a través de actividades de relajación, clarificación de valores, modificación de las redes de apoyo, dieta y ejercicio. Welch, Medeiros y Tate (1982) han desarrollado un programa global, tanto para individuos como para grupos, que incluye un amplio espectro de aspectos a modificar en la conducta y en las creencias del sujeto en la convicción de los múltiples elementos que entran en la génesis y desarrollo del burnout.

Entre las variables que parecen incidir en el burnout ha merecido atención en diferentes trabajos el modelo desarrollado por S. Kobassa (Kobassa,1979), Según esta autora una cierta estructura de la personalidad que denomina Personalidad Resistente ("Hardy Personality"), caracterizada por la implicación personal en el tipo de trabajo que se está desarrollando, la convicción en el control y manejo de las contingencias y sucesos de la vida cotidiana y del trabajo, y la preferencia por el cambio y las situaciones de reto y desafío personal favorecería una respuesta más adaptativa a las situaciones de estrés y específicamente del burnout. Comprobado y verificado el modelo inicialmente con directivos y ejecutivos de diferentes organizaciones el modelo se ha replicado específicamente con personal en situaciones laborales asistenciales, médicas y en general sanitarias (Boyle, Grap, Younger y Thornby,1991; Wright y col, 1992).

Los estudios que relacionan la personalidad resistente al burnout en profesiones sanitarias han mostrado en diferentes estudios (McCranie, Lambert y Lambert, 1987; Rich y Rich, 1987; Topf, 1989) que el burnout va asociado a un desarrollo bajo de las características propias de la personalidad resistente de forma que puede considerarse que existe una relación inversa entre ambos tipos de medida y que este tipo de personalidad ejerce una función de disminución del impacto del estrés laboral en la aparición del burnout.

Keane y col. (1985) ha encontrado que las enfermeras de hospital que se caracterizan por tener una personalidad resistente al estrés según el modelo desarrollado por Kobassa (1982) tienen recursos personales que las previenen de la aparición y el desarrollo del "burnout". Los trabajos de McCranie y col. (1987) sobre el mismo tipo de población indican igualmente que la personalidad resistente al estrés se asocia a índices de menor desarrollo del "burnout" aunque consideran que su efecto es más aditivo que interactivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS :

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS (1979) *Lifestyle Personal health care in different occupations*. Kansas City, Mo.

APPLEBLAUM, S.H. (1981) *Stress Management for Health Care professionals*. Rockville, MD : Aspen Systems

BATES, E. (1982) Doctors and their spouses speak. Stress in medical practice. *Sociology of Health and Illness*, 4, 25-39.

BARTZ, C y MAHONEY, J. (1986) Burnout among intensive care nurses. *Research in Nursing and Health*, 9, 147-153

BEDEIAN, A.G. y ARMENAKIS, A.A. (1981) A path-analytic study of the consequences of role conflict and ambiguity. *Academy of Management Journal*, 24, 2, 417-424.

BENTON, J. y SCHROEDER, D. (1984) *Physicians stress. A handbook for coping*. University Park Press : Baltimore

BITKER, T.E. (1978) The distressed physician : where do we go from here. *Arizona Medicine*, 35, 7-10.

BLACHY, P.H., DISHER, W. y RODUNER, G. (1968) Suicide by physicians. *Bull. of Suicidologie*, Dec, 1-18.

BOYLE, A. GRAP, M.L. YOUNGER, J y THORNBY, D (1991) Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-857

BOWMAN, M.A. y ALLEN, D.I. (1985) *Stress and Women Physician*, New York : Springer

BRAVO, M. J., ZURRIAGA, R., PEIRÓ, J.M. y GONZÁLEZ, P. (1993) Un modelo causal sobre los antecedentes y consecuentes del estrés de rol en profesionales de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 5, 1, 19-36.

CARRILIO, T.E. y EISENBERG, D.M. (1984) Using peer support to prevent worker burnout. *Social Casework*, 65, 307-310.

CARTWRIGHT, L., K. (1979) Sources and effects of stress in health careers. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds) *Health Psychology*. San Francisco : Jossey Bass

CESLOWITZ, S.B. (1989) Burnout and coping strategies, among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 553-558.

CHARLES,S.C. WILBERT,J.R. y FRANKE,K.J. (1985) Sued and non sued physician's self reported reactions to malpractice litigation. *American Journal of Pshychiatry*,142,437-440.

CHERNISS,C. (1980) *Staff burnout*. London : Sage Publication

CLINTON, R (1980) *How to prevent burnout and achieve personal well-being*. Detroit: Human Potential Publications

COOPER,,CL., ROUT,U.,FARAGHER,B. (1989) Mental health, job satisfaction and job stress among general practioners. *British Medical Journal*, 298,366-370.

CORCORAN,K.J. y BRYCE,A.K. (1983) Interventions in the experience of burnout: efects of the skill development. *Journal of Social Service Research*, 7,71-79

COX, T (1978) *Stress*. Londres : Mac Millan

DECKARD,G, HICKS,L HAMMORY,B. (1992) The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. *Journal Infect. Disease*, 165-224

DECKARD,G..METERKO,M, Y FIELD,D. (1994) *Physicain burnout : An examination of personal, professional and organizational relationships*. *Medical Care*, 32, 745-754.

DICK,M.J. (1990) Burnout in nurse faculty :relationship with management style, collegial support, and work load in collegiate programs. *Journal of Professional Nursing*, 2, 252-260

EDELWICH, J., BRODSKY,A. (1980) *Burnout: Stages of Dissillusionament in Helping professions*. New York: Human Sciences Press

EISENDRACH,S.J. y DUNKEL,J. (1979) Psychological Issues in intensive care unit staff. *Heart and Lung*, 4, 751-758

ETZION,D., PINES,A. (1986) Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. *Journal of cross cultural psychology*, 17, 191-209.

FINE,C. (1981) *Married to medicine. An intimate portrait of doctor's wives*. New York : Atheneum.

FONG,C.M. (1990) Role overload, social support, and burnout among nursing educators. *Journal of Nursing Education*,29, 102-108

FRIED, Y (1988) Do nurses smoke because of stress ?. *Journal of advanced nursing*,13, 733-745.

FRENCH ,J.R.P. y KAHN,R.L. (1962) A programatic approach to the studying the industrial environment and mental health. *The Journal of Social Issues*,18,1-47

- FREUDEMBERGER, H.J. (1974) Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- FRIEDMAN,R.C., KORNFIELD,S.D. y BIGGER,T.J. (1973) Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 48, 436-441.
- GABBARD,G.O. (1985) The role of compulsiveness in the normal physician, *Journal of the American Medical Association*, 254,2926-2929.
- GARTE, S.H. y ROSENBLUM, M.D. (1978) Lighting fires in burned out counselors. *Pers. and Guidance J.* 57, 158-160
- GRAY-TOFT,P. y ANDERSON,J.G. (1981) The nursing stress scale : development of a instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3, 11-23.
- HARRISON, R.V. (1978) Person-environment fit and job stress. En C.L. Cooper y R. Payne (Eds) *Stress at work*. Chichester : John Wiley
- HENDERSON,G. (1984) Physician Burnout. *Hospital Physician*, 20-28
- JACKSON,S.E. y MASLACH,C. (1982) Burnout and the medical work environment. *Unpublished manuscript..*
- JAFFE,D.T., ORIOLI, E. M. y SCOTT,C.D. (1984) *Essi Systems Stress Map : Personal exploration*. San Francisco : Essi Systems.
- JAFFE,D.T. (1986) The inner strains of healing work : therapy and self-renewal for health professionals. En C.Scott, J. Hawk (Eds) *Heal thyself : the health of health care professionals*. New York: Bruner Mazel
- HALES,R.E. (1981) Physician Burnout. *American Medical News*, 24,3-12
- HAMBERGER,L.K. y STONE,G.V. (1983) Burnout prevention for human service professionals; proposal for a systematic approach. *Journal of Holistic Medicine*, 5, 149-162.
- HAWKINS,L., WHITE,M y MORRIS,,L. (1983) Smoking, stress and nursing. *Nursing Mirror*, Oct,13.
- KAHILL,S. (1988) Interventions for burnout in the helping professions : A review of the empirical evidence. *Canadian Journal of Counseling*, 22,162-169.
- KALES,J.D. MARTIN,E.D., SOLDAORS,C.R. (1978) *Emotional problems of Physicians and their families*. Pa. Med. 12,14-16
- KARASEK,R.A. (1979) Job demand, job decision latitude and mental strain. Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 285-308

- KARASEK,R.A.,RUSSEL,S.,THEORELL,T.(1982) Physiology of stress and regeneration in job related cardiovascular illness. *Journal Human Stress*, 8, 29-42.
- KEANE,A., DUCETTE,J y ADLER,D.C (1985) Stress in ICU anon-ICU nurses. *Nursing Research*, 34, 231-236.
- KOBASSA,S.C. (1979) Stressful life events, personality and health : an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37,1-11
- KOBASA,S.C. (1982) The Hardy personality :toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Suls, (Eds) *The Social Psychology of Health and Illness* . N.J. Hillsdale: Lawrence Erlbaum
- KRAKOWSKI,A. (1982) Stress and tge practice of Medicine. The Myth and Reality. *Journal Psychosomatic Reserach*, 26, 91-98
- KRAKOWSKI,A. (1982) Stress in the practice of medicine II. Stresses and strains. *Psychotherapy and Psychosomatics*,38, 11-23.
- KRASNIK,A. FOUCHARD,J.R. BAYER,T KEIDING,M. (1990) Health workers and AIDS :knowledge,attitudes and experiences as determinants of anxiety. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 18, 103-113.
- LANDBERGIS,P.A.(1988) Occupational stress among health care workers. a test of the job demands-control model. *Journal Organizational Behavior*, 9, 217-239.
- LASAGNA,L. (1970) Physicians behavior toward dying patient. En O.G. brim, H.E. Freeman, S., Levine y N.A. Scotch (Eds) *The dying patient*. New York : Russell Sage
- LAZARUS,R. . y FOLKMAN,S (1984) Stress, appraisal and coping process. New York: MacGraw Hill
- LAWRENCE,W.G., CULLEN,J. Y FOSTER,M. (1987) *El estrés físico y psicológico en el trabajo*. Madrid : Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- LEFCOURT,H.M. (1982) *Locus of Control*.N.J. Hillsdale: Lawrence Erlbaum
- LERNER,M.J. (1980) *The belief in a just world : a fundamental delusion*. New York : Plenum Press
- LINN,L.S., YAGER, J., COPE,D. y LEAKE,B. (1985) Health status, job satisfaction, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *Journal of the American Medical Association*, 254,2275-2282.
- LINN, B.S. y ZEPPA, R. (1984) Does surgery attract students who are more resistant to stress ? *Annals of Surgery*,200,5, 638-643.

LOONEY, J. G., HARDING, R.K., BLOTCKY, M.J. y BARNHART, F.D. (1980) Psychiatrists' transition from training to career : stress and mastery, *Am. J. Psychiatry*, 137, 32-36.

LORBER, J (1984) *Women Physicians*, London : Tavistock
MACCRAE, R.R. y COSTA, P.T. (1988)

MACCRAE, R.R. y COSTA, P.T. (1988) Psychological resilience among widowed men and women: a 10 years follow-up of a national sample. *Journal of Social Issues*, 44, 129-142.

MACCRAE, R.R. y COSTA, P.T. (1989) More reasons to adopt the five factor-model. *American Psychologist*, 44, 451--455.

MCCRANIE, e., HORSNBY, J.L., CALVERT, J. (1982) Practice and career satisfaction among residency trained family physicians : A national Survey. *Journal Family Practic.* 14, 1107-1114

MACCRANIE, E., W. , LAMBERT, V., A. y LAMBERT, C., E. (1987) Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 36, 374-378.

McCUE, J.D. (1985) The distress of internship : causes and preventions. *New England Journal of Medicine*, 321, 449-452.

MACGRATH, J.E. (1976) Stress and behavior in organizations. En M.D. Dunnette (Ed) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago : Rand McNally

MARGISON, F. R. (1987) Stress in Psychiatrists. En R. Payne y Firth-Cozens, J. (Eds) *Stress in Health Professionals*. New York : Wiley.

MASLACH, C. (1976) Burned out. *Human Behavior*, 9, 16-22

MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1986) "Maslach Burnout Inventory" Second edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1982) Burnout in health professions : A social Psychological Analysis. En G. Sanders y J. Suls, (Eds). *Social Psychology of Health and illness*, Hillsdale, N.J : Lawrence Erlbaum

MATTESON, M.T. y IVANCEVICH, J.M. (1987) *Controlling work stress. Effective human Resource and management strategies*. San Francisco : Jossey Bass

MAY, H.J., REVICKI, D.A. (1985) Professional stress among family physician. *Journal Family Practic.* 20, 165-171.

MAWARDI, B.H. (1979) Satisfaction, dissatisfaction, and causes of stress in medical practice. *Journal of the American Medical Association*, 241, 1483-1486.

- MELAMED,S., KUSHNIR,T. y SHIROM,A. (1992) Burnout and risk factor for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine*, 18, 53-60
- MECHANIC,D. (1975) The organization of medical practice and practice orientations among physicians in prepaid and non-prepaid primary care settings. *Medical care*,13,189-204.
- MODLIN,H.C. y MONTES,A. (1964) Narcotic Addition in physicians, *American Journal of Psychiatry*,121,358-365.
- ORLOWSKI, J.P y GULLEDGE, A.D. (1986) Critical Care stress and burnout. *Critical Care Clinics*, 2,173-181
- PIEDMONT,R.L (1993) A longitudinal Analysis of burnout in the Health Care Settings : The role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61,457-473
- PINES,A. y MASLACH,C. (1980) Combatting staff burnout in a day care center: A case study. *Child Care Quarterly*,9, 5-16.
- PINES,A. y ARONSON,E. (1983) Combatting burnout. *Children and Youth Services Review*, 5,263-275
- PINES,A., ARONSON,E., y KAFRY,D (1981) *From tedium to personal growth*. New York: The Free Press.
- PUGNO,P.A. (1981) Psychologic stresses encountered by residents physicians *Famil. Med*, 13, 9-16
- REIG,A. y CARUANA,A. (1989) El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como estresor en médicos y enfermeras de hospital. *Revista de Psicología de la salud*, 1,1,127-145.
- REIG,A., y CARUANA, A. (1990) Consumo de tabaco en profesionales de la salud y su relación con el estrés ocupacional. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Psicología del Trabajo y delas Organizaciones*.
- REIG,A. y CARUANA,A. (1990) Insatisfacción laboral, patrón A de comportamiento, estrés laboral y estado de salud en médicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 345-374
- REVICKI, D,A. y MAY,H.J. (1983) development and validation of the physician Stres Inventory. *Family practice Research Journal*, 2, 211-225
- REVICKI, D.A., MAY,H.J. y WHITLEY,Th. W. (1991) reliability and validity of the work.related strain Inventory among health professionals *Behavioral Medicine*, 17, 11-120.

- REVICKI,D.A., WHITLEY,TH.W., y GALLERY, M.E. (1993) Organizational Characteristics, perceived work stress, and depression in emergency medicine residents. *Behavioral Medicine*, 19, 74-81
- RICH,V.L. y RICH,A.R. (1987) Personality, hardiness and burnout in female staff nurses. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 19, 63-66
- RICHARDSEN,A.M. y BURKE,R.J. (1991) Occupational stress and job satisfaction among physician : sex differences. *Social Sciences Medical*, 33, 1179-1187
- ROHMAN, C. (1988) A study of the burnout among psychologist . Doctoral dissertation. Rutgers. The State University of New Jersey.*Dissertations Abstracts International*, 48, 2772B
- ROY,A. (1985) Suicide in doctors. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 8, 377-387.
- RYAN,W. (1971) *Blaming the victim*, New York : Pantheon.
- TOKARZ,P., BREMER,W. y PETERS,K. (1979) *Beyond Survival..* Chicago : American Medical Association
- TOPF,M (1989) Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health*, 12,179-186.
- SCHEIBER,S.C. (1987) Stress in physicians. En R.Payne y Firth-Cozens, J. (Eds) *Stress in Health Professionals*. New York : Wiley.
- SCHEIBER,S.C. y DOYLE, B.B. (1985) *The Impaired Physician*. New York : Plenum.
- SERVELLEN,G.V y LEAKE,B. (1993) Burn-out in Hospital nurses : a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology,general medical and intensive care unit nurses examples. *Journal of Professional Nursing*, 9,169-177.
- SELWYN,P (1987) Estado actual sobre los conocimientos sobre el SIDA (IV) Aspectos Psicosociales, perspectivas terapeuticas. *Hospital Practice* (Ed. Español) 2, 69-86
- SHINN, M. y MORCH, H (1983) A tripartite model of coping with burnout. En B.A. Farber (Ed) *Stress and burnout in Human services professions*. New York : Elmford.
- SHIROM, A. (1989) Burnout in work Organization. En Cooper,CL, Robertson, I (Eds) *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, New York : Wiley
- SMALL,G.W. (1981) House officer stress syndrome. *Psychosomatics*, 22, 860-869.
- SHNEIDMAN,E. (1978) Some aspects of psychotherapy with dying patients. En C.A. Garldfield (Ed) *Psychosocial care of the dying patients*. New York : Mac Graw Hill.
- VINCENT, M.O. (1969) Doctor and Mrs- Their mental health. *Can.Psychiatr. Assoc. Journal*,14, 509-515.

WARING, E.M. (1974) Psychiatric illness in physicians: A review. *Comprehensive Psychiatry*, 15, 519-530.

WATCHER, R. (1986) The impact of the acquired immunodeficiency syndrome on medical residency training. *The New England Journal of Medicine*, 314 3, 177-180.

WERNER, E.R. y KORSCH, B.M. (1979) Professionalization during pediatric interhip: attitudes, adaptations and interpersonal skills. En E.C. Shapiro y L.M. Lowenstein (Eds) *Becoming a physician : development of attitudes in medicine*. Cambridge: Ballinger Publishing Company.

WOLFANG, A.P. (1988) Job stress in the health professions : A study of physicians, nurses and pharmacists. *Behavioral Medicine*, 14, 43-47.

WRIGHT, T.H.F., BLACHE, C.F.C RALPH, J. y LUTERMAN, A. (1992) Hardiness, stress and burnout among intensive care nurses, *Journal Care Rehabilitation*, 14, 376-381.