

# **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





# 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

---

<b>Presentaciones</b> .....	XIII
-----------------------------	------

## **PRIMERA PARTE**

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

## **SEGUNDA PARTE**

<b>VI: Prevención</b> .....	93
<b>VII: Técnicas de tratamiento</b> .....	113
<b>VIII: Consideraciones finales</b> .....	129
<b>Bibliografía</b> .....	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 *burnout*; 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*<sup>22</sup>.

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 (cerca del 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 a cabo este trabajo. También le agradezco sus comentarios y sugerencias, así como la selección de ilustraciones que ha realizado para esta obra.

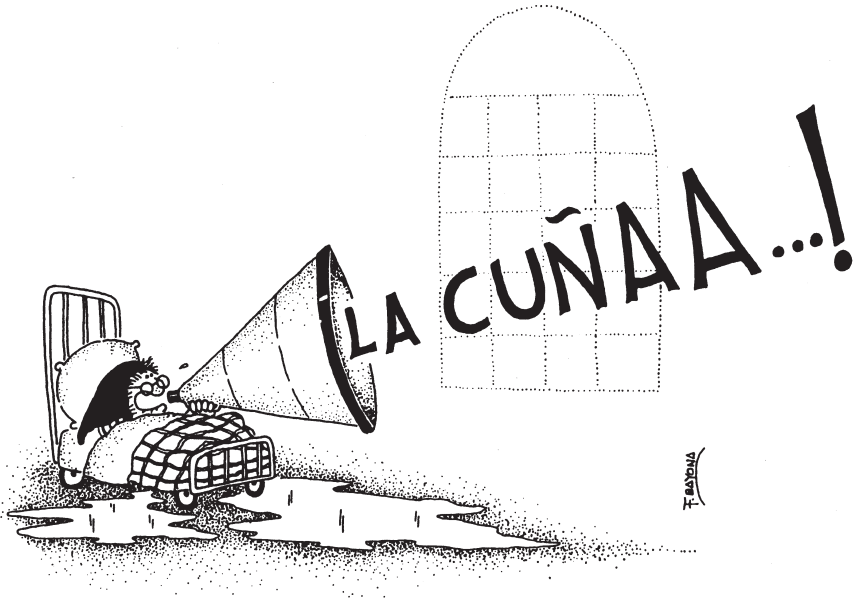
CARLOS MINGOTE  
Médico Psiquiatra y Psicoanalista



**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 posteriores, 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 *euestrés* (estrés bueno) y el *distrés* (estrés malo) respecto de la salud individual:

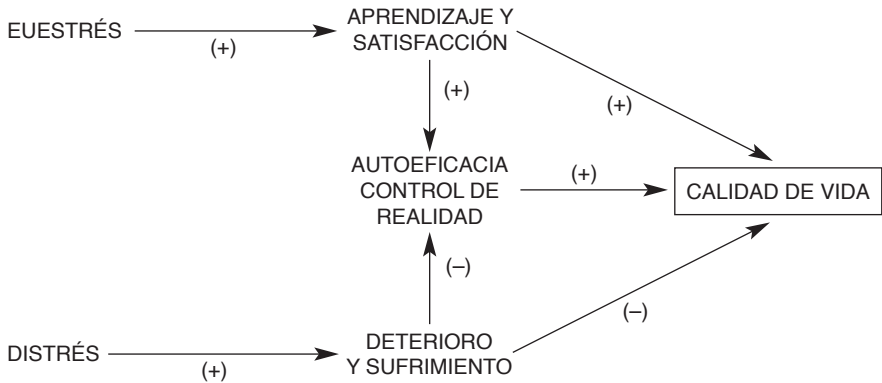


Figura 1.1. Diferencias entre euestrés y distrés

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:

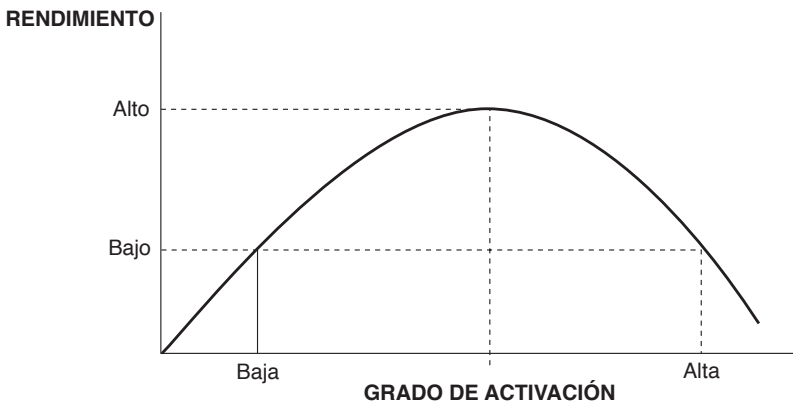


Figura 1.2. Ley de Yerkes-Dodson

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 las 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, Mason<sup>1</sup> 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 psicológico<sup>2</sup>.

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*<sup>3</sup>.

Debemos a Kahn *et al.*<sup>4</sup> 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 las 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 supervivencia<sup>5</sup>.

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 disbalance entre demandas y recursos adaptativos puede representarse en la Figura 1.3, la denominada «balanza del estrés»:

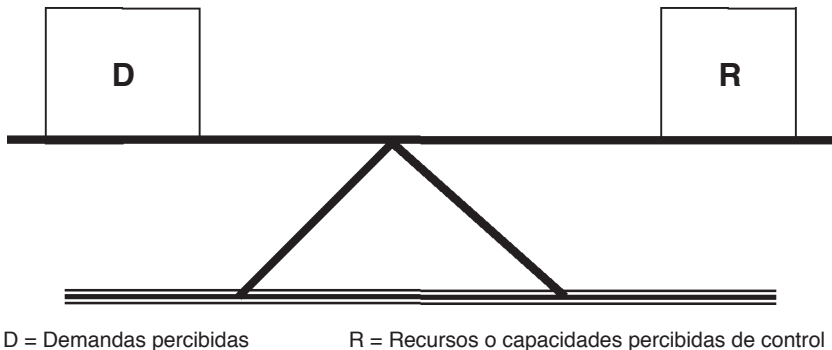


Figura 1.3. **Balanza de estrés: disbalance entre demandas y recursos adaptativos**

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 a Figura 1.4:

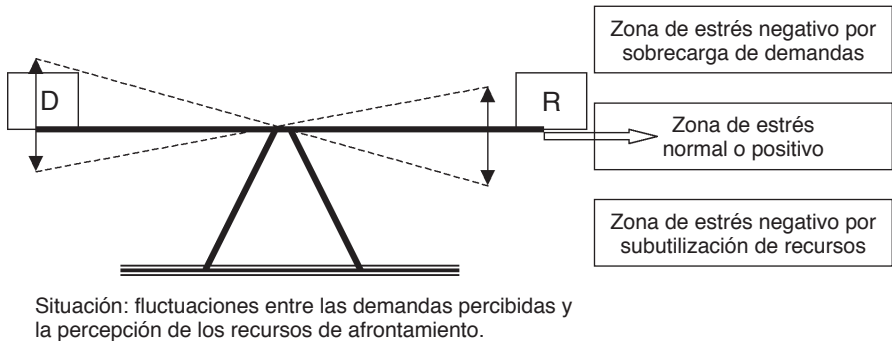


Figura 1.4. **Los límites de la zona normal de estrés**

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 modificaciones<sup>6</sup>.

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

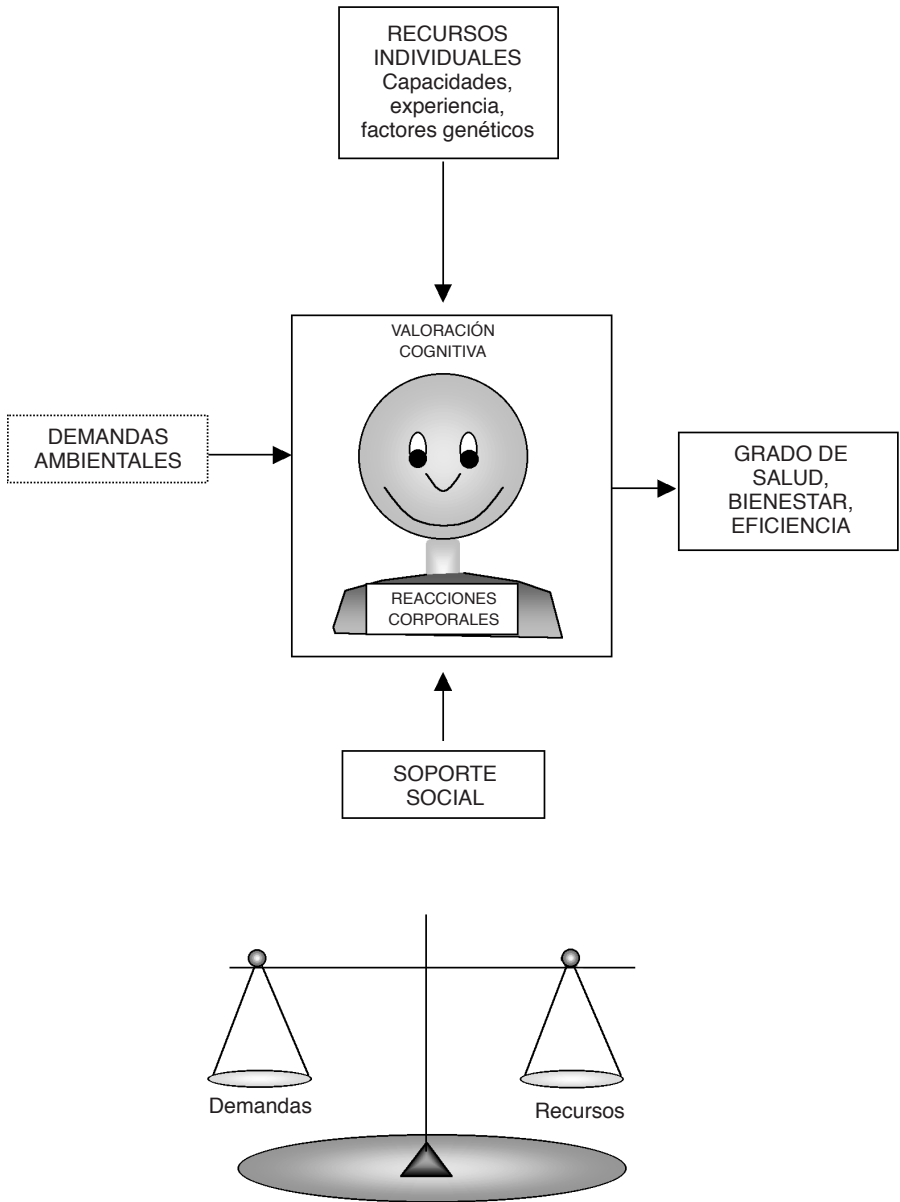


Figura 1.5. **Modelo biopsicosocial de estrés**

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 debiera interpretarse como algo nocivo o perturbador para el ser humano, sino más bien (como lo entiende Heidegger y lo explica Gómez Bosque,<sup>7</sup>) 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 necesitadas<sup>8</sup>.

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 especie<sup>9</sup>. 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.



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

