

Contribuciones

Persona n.º 19, 2016
Revista de Psicología
Universidad de Lima

El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud

María de Carmen García-Moran
Marta Gil-Lacruz
Universidad de Zaragoza
Zaragoza, España

Recibido: 14 de mayo del 2016 / Aprobado: 17 de junio del 2016

En el ámbito de las profesiones sanitarias, la incidencia del estrés es grave porque no solo afecta al profesional que lo padece, sino también al enfermo que depende de sus cuidados. En cuanto a su incidencia en este gremio, presenta notables diferencias en función del género, ocupación y cargo desempeñado. La prevención es la vía ideal de solución de este problema. Se basa fundamentalmente en una organización del trabajo más racional, el establecimiento de turnos más equilibrados, la conciliación de la vida laboral y familiar, el desarrollo de un ambiente agradable en el puesto de trabajo, la intervención con los propios trabajadores y el desarrollo de políticas sociolaborales promotoras de la salud.

estrés / profesionales de la salud / prevención / políticas de salud

Stress among Health Professionals

Stress among health professionals constitutes a significant problem, because of its strong impact both on them and their patients. This study finds that this syndrome varies according to gender, type of work and job role. We find that primary, secondary and tertiary prevention strategies are effective in minimizing this syndrome. These include better work management, an adjusted work schedule, a balance between work and family life, workforce personnel involvement, and improvement of employment policies which emphasize health promotion.

stress / health-care professionals / prevention / health policies

Correo electrónico: cargmor@gmail.com

IMPORTANCIA DEL TEMA

El estrés se ha convertido en uno de los síndromes más frecuentes en el mundo laboral. Amenaza la salud de uno de cada cinco trabajadores en el mundo (Freire-Garabal, 2011).

En casi todas las profesiones, la prevalencia es alta y el número de casos continúa aumentando. Las enfermedades mentales y el estrés se suman a los problemas laborales anteriores: falta de seguridad, ambientes tóxicos, etc. De hecho, la mitad de las personas en edad activa (unos ocho millones) está descontenta con su trabajo, y de ellos unos tres millones están padeciendo las consecuencias del estrés. En países nórdicos y Estados Unidos, esta tendencia se agrava más (Freire-Garabal, 2011).

El exceso de demanda al que están sometidas algunas profesiones como camareros, telefonistas y, en definitiva, la mayoría de los trabajadores del sector servicios, junto con la competitividad laboral actual, genera elevados niveles de ansiedad. Factores como el miedo a perder el empleo, la monotonía de algunas tareas, la falta de expectativas y la insatisfacción laboral colaboran en el incremento de su incidencia. Además, determinados grupos son más vulnerables a los efectos del estrés, en especial aquellos que cuidan a personas con cierto grado de dependencia (Matey, 1996).

En España, entre las profesiones más aquejadas por el estrés, se encuentran los profesores de enseñanza primaria y secundaria. Un 64,2 % de estos docentes reconoce vivir estresado. Un 44,1 % de

los médicos y las enfermeras padece el mismo síndrome, como reflejan los datos publicados por la Fundación Europea para el Desarrollo de las Condiciones de Trabajo (Gil-Lacruz, 2009). Ambos colectivos tienen en común el hecho de que trabajan con personas y su labor comporta una gran responsabilidad social.

El estrés en las profesiones sanitarias

Las consecuencias del estrés en las profesiones sanitarias son especialmente graves y visibles por la constante exposición pública de su trabajo y el factor añadido de su vocación de servicio. La relación profesional con el paciente no es fácil y requiere una serie de herramientas, de competencias, habilidades y actitudes por parte del personal sanitario. Además, el profesional tiene que saber establecer la distancia terapéutica necesaria con el paciente sin, por ello, perder empatía y compromiso. Fuentes añadidas de estrés son la necesidad de actualización constante de conocimientos, la utilización de nuevas tecnologías y los actuales recortes presupuestarios del sistema sanitario público.

El estrés en este sector laboral se suele iniciar durante el periodo formativo. De hecho, la etapa de transición de la universidad al mundo laboral es una fuente importante de tensión entre los futuros profesionales sanitarios.

El estrés en los médicos

En este sentido, De Celis, Bustamante, Cabrera, Cabrera, Alarcón y Monge (2001) reflejan en su estudio la presencia de un mayor nivel de estrés académico

en estudiantes de medicina en el primer año de carrera que en los de sexto. Las principales causas de este trastorno son la “sobrecarga académica”, “falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas” y la ansiedad provocada por la “realización de exámenes”.

Dada la prevalencia del estrés entre los médicos, el psiquiatra Okinoura (1988) se planteó la definición del “síndrome médico” como un trastorno con entidad independiente. Su aparición es frecuente al terminar los estudios y comenzar el ejercicio profesional. Los médicos creen que su profesión los hace invulnerables y están protegidos del estrés que amenaza a otras personas, aunque se trate de una percepción sesgada de la realidad. El agotamiento ocurre principalmente en los centros de salud. Los oncólogos, neumólogos y médicos encargados de la salud ocupacional se encuentran sometidos a las presiones de quienes los contratan y de los trabajadores a los que asisten (Okinoura, 1998).

Cuanto mayor es la especialización profesional, menor es la frecuencia de aparición del estrés. Se ha constatado que los cirujanos tienen los nervios “mucho más templados” que otros especialistas. Según Martínez (2006), su *modus operandi* ha de ser “ojos de águila y corazón de león”. Su personalidad se caracteriza por cierta dosis de agresividad, seguridad mental, independencia, dominancia y autocontrol. Además, son extrovertidos, adaptables y prácticos, y tienden a establecer relaciones de cariño recíproco tanto con compañeros como con familiares y amigos (Martínez, 2006). Estas

cualidades, y seguramente unas mejores condiciones laborales, los protegen del estrés sufrido en otros puestos de trabajo.

A la hora de definir los grupos vulnerables entre los médicos, destaca la influencia de variables como la especialidad profesional y el género. La importancia definitoria de estos criterios puede deberse a varios motivos: un tercio de las médicas trabajan en centros de salud frente a un quinto de los médicos en España (Martínez, 2006). Las médicas tienen menor acceso a tareas de investigación científica que los médicos. Puede deducirse que, al haber estado varios años conciliando trabajo y familia, no tienen acceso al desarrollo de estas tareas por su posible desfase en la actualización de los conocimientos requeridos. La edad resulta un hándicap superior a la hora de incorporarse al puesto de trabajo en las mujeres que en los hombres. A este agravio comparativo se suma el hecho de que la mayoría de los puestos de gestión sanitaria están ocupados por médicos.

En España, en el ámbito privado, trabaja un 60 % de médicos, y solo un 38 % de médicas. Ante un mismo nivel de preparación, el resultado es una mayor frustración laboral por parte de las médicas que, a menudo, se ve incrementado por el estrés familiar (Okinoura, 1988).

El estrés en las enfermeras y las auxiliares de enfermería

La investigación realizada por Yegler, Diez, Gómez, Carrasco, Miralles y Gómez (2003) desde el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá

de Henares ilustra las dificultades a las que se enfrenta este colectivo. Se trabajó con una muestra correspondiente a personal de urgencias, formada por 79 enfermeras y auxiliares de enfermería, en la que un 90 % era mujer. A este colectivo se le administró el cuestionario validado por Mas y Escribá (1998): The Nursing Stress Scale (NSS), con el fin de analizar las principales fuentes de estrés. Posteriormente, se clasificaron dichas fuentes en dos categorías claramente diferenciadas:

- Por una parte, destacan aquellas que están relacionadas con la *organización del trabajo* en la empresa: falta de personal, realizar demasiadas tareas que no son propias de la enfermería, información insuficiente por parte del médico, no tener el tiempo necesario para dar apoyo emocional al paciente. Estos estresores muestran que la capacidad de intervención por parte del enfermero que trabaja “a la cabecera del paciente” es limitada.
- Por otra, se encuentra un grupo de factores estresantes relacionados con el *ámbito profesional*, derivados del tipo específico de atención que se realiza, como son el afrontamiento del dolor, el sufrimiento y la muerte ajenos.

Las enfermeras tienen mayor margen de acción que médicos y auxiliares de enfermería para poder prevenir el estrés. Esto quizás se deba a que tienen menos responsabilidad que los primeros y mayor autonomía laboral que los segundos. En este ejercicio preventivo, los traba-

jos de Ribera, Cartagena, Reig, Romái, Sans y Caruana (1993) han mostrado que para los profesionales de enfermería la adquisición de técnicas específicas de afrontamiento (como la distancia emocional necesaria para poder apoyar al paciente) puede resultar de gran utilidad.

Cuanto mejor delimitadas están las competencias del rol de cada profesional sanitario, mayor es su independencia, realizan su trabajo con más seguridad, y esto repercute en la calidad de los cuidados que recibe el paciente.

El estrés en los fisioterapeutas

La mayoría de las personas que se dedican a profesiones de ayuda, como es el caso de los fisioterapeutas, presentan un elevado grado de motivación por su trabajo. Por eso, cuando se producen frustraciones o sobrecarga laboral, su reacción inicial consiste en esforzarse más para seguir asumiendo el reto de estas dificultades, y tratan así de compensar su sufrimiento psicológico.

En la fisioterapia, el estrés se inicia en su etapa formativa, ya que los estudiantes de este grado presentan un nivel de estrés medio-alto atribuible a la sobrecarga de tareas y trabajos, el tiempo limitado para la realización de los mismos y la evaluación de los profesores. Ante esta situación, los estudiantes tienden a responder con una mayor necesidad de dormir e inquietud, y les resulta difícil la relajación. Como estrategias de afrontamiento, buscan la organización de las tareas y la búsqueda de apoyo en la comunicación de sus preocupaciones

con sus compañeros (Oliván, Boira y López, 2011).

A pesar de que no se dispone de literatura científica tan abundante sobre el estrés en fisioterapeutas frente a la cantidad de investigaciones realizadas sobre el de médicos y/o enfermeras, se ha observado que en estos profesionales no destacan las diferencias de género.

Los estudios de Serrano (2002) y Serrano, Garcés e Hidalgo (2008) sobre fisioterapeutas llaman la atención sobre la mayor incidencia del *burnout* frente al estrés en estos profesionales. Las causas más frecuentes son la desmotivación, la falta de expectativas laborales positivas, el no poder realizar el seguimiento de la evolución del paciente y el hecho de no poder proceder de acuerdo a su formación como profesionales sanitarios con cierta autonomía laboral.

Wolfe (1981) afirma que, en el caso de los fisioterapeutas, el *burnout* laboral es la consecuencia final de la periodicidad y continuidad de agentes estresores ambientales, entre ellos, un clima laboral negativo o la inadecuada derivación de pacientes a los profesionales competentes.

En la misma línea, otras investigaciones, como las realizadas por Schuster, Nelson y Quir-Ling (1984) y Deckard y Present (1989), señalan entre las situaciones laborales predictivas de síntomas más o menos graves de estrés la “sobrecarga laboral”, la “percepción inadecuada del tiempo necesario”, la “falta de personal o recursos” y la “recepción de demandas incompatibles”.

De los estresores personales y organizativos, los más relevantes son “la falta de comunicación entre compañeros y superiores”, el “exceso de demandas” y “una baja autoestima”. El profesional no consigue establecer un diálogo o llegar a pactos que favorezcan a todos los profesionales implicados por el bien del paciente (Shuster, Nelson y Quir-Ling, 1984; Deckard y Present, 1989).

Si se solucionan los problemas de comunicación, el resultado es una retroalimentación positiva del ejercicio profesional, que da lugar a una colaboración interdisciplinar adecuada y un ambiente laboral propicio que mejora las relaciones interpersonales. Todo ello redundará en una atención al paciente de mayor calidad y más satisfactoria para ambos.

DEFINICIÓN DE ESTRÉS

Dificultades en su definición

La dificultad de la definición del estrés radica en que, siendo un síndrome, diversas enfermedades relacionadas presentan los mismos síntomas. La Organización Mundial de la Salud (2010) define el estrés como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”. Ante determinada demanda del ambiente, el organismo pone en marcha un conjunto de procesos fisiológicos y psicológicos que lo preparan para actuar en consecuencia y responder a dicha demanda. Si la respuesta resulta exagerada o insuficiente, se producen trastornos psicológicos de diferente intensidad, como somatizaciones. Si no se consiguen

controlar, pueden derivar en enfermedades de diversa índole y algunas muy graves. En ocasiones, estos trastornos se cultivan durante mucho tiempo y pasan inadvertidos a la persona afectada.

Se parte de la base de que la cantidad justa de estrés puede ser estimulante y saludable (eustrés) con el fin de llevar a cabo las tareas más rápido y de manera eficaz, y permite que el organismo responda adecuadamente a los retos y a los cambios de la vida diaria, p. ej. ante un examen, una montaña rusa, un deporte extremo. Sin embargo, el estrés pasa a ser distrés (agudo, cuando dura de dos días a cuatro semanas; crónico, de largo plazo) cuando por su permanencia supone un deterioro de la vida social y laboral de la persona (p. ej. una enfermedad grave, un despido laboral).

Su posible cronificación abarca un amplio abanico de síntomas, tanto físicos como psíquicos, de difícil tratamiento, entre los que destacan:

Síntomas físicos. Los más representativos son jaquecas, gastritis, aumento de la presión arterial y mayor incidencia de colon irritable, al mismo tiempo que una menor eficacia del sistema inmune (por ejemplo, menor resistencia a virus como el de la gripe). Asimismo, provoca taquicardia, sudoración, temblor corporal, tics nerviosos, obesidad y sobrepeso, pérdida del cabello y aparición de la caspa, menstruación irregular, enfermedades cardíacas, presión de dientes y mandíbula (bruxismo), manos y pies fríos, tensión muscular, falta o aumento de apetito, diarrea o estreñimiento, insomnio, tartamudeo,

alteraciones de la piel (acné, rosácea, urticaria, arrugas, flacidez, dishidrosis, psoriasis, herpes bucales), fatiga y sequedad de boca.

Síntomas psíquicos. Se dificulta la capacidad de concentración e incrementa el número de errores, ralentiza la toma de decisiones, disminuye la memoria. También es frecuente la aparición de ansiedad, preocupación en exceso, pensamiento catastrófico y lento, cambio en el estilo de vida, propensión a tener accidentes, inquietud, miedo o pánico, preocupación excesiva, irritabilidad, reducción del deseo sexual, disminución de la autoestima y constantes cambios de humor que, si no son tratados a tiempo, pueden ser causa de depresión y labilidad emocional.

Ante la diversidad sintomatológica que presenta el estrés, Lazarus y Folkman (1986) sistematizan su concepto en una definición ampliamente consensuada por la literatura científica. El estrés es «una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste [sic] como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar» (p. 43).

Supone una descompensación entre las demandas del ambiente y los recursos del trabajador. A menudo, se origina cuando el trabajador realiza un elevado esfuerzo y recibe a cambio una pobre recompensa. El esfuerzo invertido en el trabajo puede deberse a dos tipos de demandas: extrínsecas (requisitos y obligaciones laborales) o intrínsecas (alta motivación de afrontamiento, perfeccionismo, sobrecompromiso). La recompensa laboral puede consistir en tres

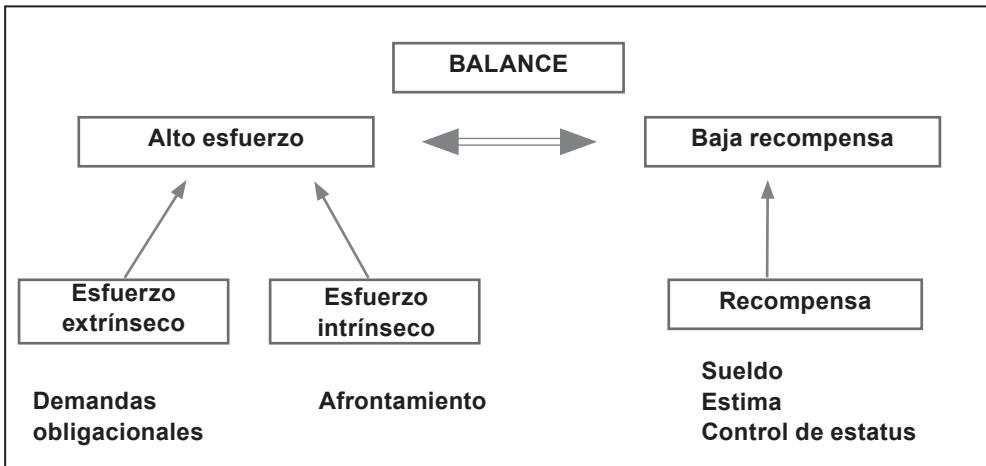


Figura 1. Proceso desencadenante del estrés laboral

Fuente: Mansilla & Favieres, 2011.

tipos de reconocimiento laboral: dinero, estima y control del estatus. El estrés laboral aparece porque se da una falta de balance (equilibrio) entre el esfuerzo y la recompensa. En la Figura 1, se ilustra el mecanismo descrito anteriormente.

Definición de estrés laboral

El *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH, 1999), considera el estrés laboral como “un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del trabajador a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo” (p. 14). El factor estresante principal es la propia naturaleza del trabajo que, en ocasiones, carece de experiencias positivas y, en otras, presenta un exceso de aspectos laborales negativos, como la falta de seguridad, situaciones de

riesgo o peligro, o un excesivo número de horas de trabajo (NIOSH, 1999).

Desde una perspectiva complementaria, el informe titulado “La organización del trabajo y el estrés”, publicado por la OMS (2004), define así el estrés laboral: “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para enfrentar la situación” (p. 3). También afirma que “se considera que el estrés laboral afecta negativamente a la salud psicológica y física de los trabajadores, y a la eficacia de las entidades para las que trabajan” (OMS, 2010, p. 11).

Un estudio realizado por Pili (2010) refleja que las demandas excesivas y las precarias condiciones de trabajo de los profesionales de la salud repercuten de manera significativa sobre su calidad de

vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario. Las consecuencias de condiciones adversas y del aumento del estrés son, entre otras, el aumento de la tasa de accidentes, la morbilidad y el absentismo.

Términos afines

Síndrome de desgaste: caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del sentido de realización personal o la percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales. En sus fases avanzadas, el síndrome del estrés da lugar a síntomas idénticos a los mencionados para el síndrome del desgaste (Maslach y Pines, 1977; Brookings, Bolton, Brown, y McEvoy, 1985; Hingley y Harris, 1986).

Burnout o síndrome del trabajador quemado: Maslach (1978) afirma que está causado por determinadas circunstancias que exigen un esfuerzo emocional excesivo. Es muy común entre profesores y personal sanitario. Maslach (1978) agrupa los síntomas principales en tres áreas:

- *Cansancio emocional*, que se manifiesta por agotamiento físico y psíquico, apatía, desesperanza y autoconcepto negativo.
- *Evitación y aislamiento*, que conduce al absentismo laboral; no se acude a las reuniones de trabajo, y se producen cambios de humor y conductas hostiles.
- *Sentimiento de inadecuación personal y profesional* con deterioro de la capacidad laboral y pérdida del sentimiento de gratificación.

Acoso laboral: en el artículo 173 del *Código Penal* español, el acoso laboral está tipificado dentro de los delitos de torturas y contra la integridad moral. Se entiende por tal “El hostigamiento psicológico u hostil en el marco de cualquier actividad laboral o funcionarial, que humille al que lo sufre, imponiendo situaciones de grave ofensa a la dignidad” (p. 25).

La condición indispensable para poder aplicar la ley es que hay que demostrar su existencia. Las penas oscilan entre seis meses y dos años de cárcel para el instigador.

El Boletín del Ministerio de Justicia (2014) contempla varias fases del *mobbing*: conflicto inicial, estigmatización, intervención y marginación. En cada una, los síntomas presentan una evolución diferente en las áreas psicósomática, psicológica y conductual. La mayoría de los síntomas son idénticos a los ya mencionados del estrés en sus primeras etapas.

Tardón (2013) expone en su artículo “El acoso entre el personal sanitario”, que, en España, salvo en Madrid (donde el 31 % de los médicos asegura haber sufrido *mobbing*), no se dispone de datos suficientes como para poner cifras a este problema social. En este artículo, se argumenta que la falta de relaciones cordiales y de confianza, y las características individuales de los miembros del equipo, son los principales motivos de discriminación profesional.

En el mismo artículo, la doctora Crespo (2013) asegura que lo más frecuente en los profesionales sanitarios son los conflictos de jerarquía entre dos iguales o un superior. Empieza con un rechazo a la

comunicación directa por parte del acosador, que continuará hasta descalificar, aislar y desacreditar a su víctima.

Asimismo, se menciona a los gerentes como la fuente más común de acoso laboral, porque tienen la potestad de infligir cargas de trabajo inmanejables, retener información clave y realizar actos de humillación pública (Tardón, 2013).

FACTORES DETERMINANTES DE ESTRÉS EN LAS PROFESIONES SANITARIAS

En las profesiones sanitarias, los principales factores determinantes del estrés pueden agruparse en tres categorías:

Profesionales o inherentes a la profesión

Según Alexander y Klein (2001), atender o cuidar a otras personas es una fuente de satisfacción personal, pero, en ocasiones, puede afectar la salud y el bienestar del profesional sanitario.

Uno de los ejemplos que mejor ilustran esta afirmación es la aparición frecuente de enfermedades somáticas entre los profesionales que cuidan a enfermos de Alzheimer. Con el avance de la enfermedad, el paciente requiere más cuidados y la gratificación personal del profesional resulta menor. En el gremio sanitario, se dispone de evidencia empírica sobre cómo la calidad de vida de las enfermeras desciende a medida que aumenta su fatiga. La fatiga está muy relacionada con la demanda excesiva de cuidados (Wagner-Raphael, Jason y Ferrari, 1999).

En la misma línea, Da Silva, Vega y Pérez (1999) estudiaron en un hospital la relación entre el grado de desgaste profesional, el estado de salud y la escasez de tiempo de ocio de los profesionales en relación con sus hábitos de fumar e ingerir analgésicos, excitantes y tranquilizantes. Constataron que el 29,25 % del total de la muestra presentaba un estado de salud deteriorado al reaccionar al estrés haciendo un sobreesfuerzo mediante el abuso de medicamentos o tóxicos (como el alcohol y el tabaco) con el fin de paliar los síntomas y poder mantener su nivel de actividad habitual. Estos comportamientos desplazan los recursos internos de abordaje, y llegan a socavar el potencial desarrollo personal y sus fortalezas psicológicas y virtudes (Seligman, 2003; Urra, 2010). Los profesionales sanitarios deberían ser conscientes de que, para empezar a gestionar el estrés que padecen, se ha de comenzar con el abandono de hábitos nocivos, por ejemplo, el consumo de tabaco, el sedentarismo, etc. (Giménez López, 2012).

Factores de organización y laborales

Autores como Bravo, Zurriaga, Peiró y González (1993) opinan que estos factores se centran, sobre todo, en los conflictos de rol, ambigüedad de rol y sobrecarga de rol. El rol o papel social se define por el conjunto de expectativas que el entorno u organización comparten sobre una determinada posición social. Se basa en el conjunto de actitudes, valores, conductas, etc., que asume el individuo o grupo en una determinada unidad social.

- *El conflicto de rol*: a menudo, la atención individualizada y responsable puede generar un conflicto entre los principios éticos adquiridos en la formación profesional y las prácticas diarias sometidas a las disponibilidades y recursos reales. Además, la preocupación por el gasto sanitario y las restricciones económicas aumenta el nivel de estrés por no poder atender al paciente de la forma adecuada.
- *La ambigüedad de rol* implica la incertidumbre sobre las exigencias de la propia tarea y los métodos o maneras de realizarla.
- *La sobrecarga de rol* supone la falta de tiempo material para completar el trabajo asistencial encomendado en una jornada laboral. El número de pacientes por día que ha de atender un profesional es excesivo para el tiempo del que dispone.

Otros factores importantes de estrés laboral

- *Recursos inadecuados*: no se dispone de recursos humanos o materiales ni de la seguridad adecuada a la hora de realizar tareas que comprometen la salud o la integridad física del profesional. Por ejemplo, frecuentemente, es necesario incorporar físicamente a una persona y la espalda del sanitario se ve afectada si no se dispone del aparataje necesario, como grúas, cinchas, sistemas de poleas, etc.

- *En profesionales sanitarios independientes*, a veces no se reconoce su derecho a la realización de pruebas propias y a poder así establecer un diagnóstico personal. Se les niega, asimismo, el acceso al historial del paciente. Aparte de no poder desarrollar adecuadamente su trabajo, dichos profesionales no tienen acceso a la colaboración multidisciplinar.
- *Clima o ambiente laboral*: no se procura ni compañerismo ni reciprocidad en las relaciones interpersonales entre iguales, jefes, pacientes. Se establecen largas listas de espera, tratos prioritarios a pacientes que no lo necesitan. Estas situaciones no se abordan adecuadamente, y provocan desmotivación y angustia en los profesionales sanitarios. Si es necesaria la derivación del paciente a otro profesional, la espera es tan larga que el propio paciente pierde la confianza en su capacidad de recuperación.

PREVENCIÓN DEL ESTRÉS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

La prevención del estrés resulta el enfoque más eficaz para evitar situaciones de compleja resolución. Cuanto antes se afronte el estrés, menores serán las probabilidades de que se cronifique o se presenten enfermedades graves.

En este sentido, la investigación de Marine, Ruotsalainen, Serra y Verbeek

(2008) ilustra la efectividad de las intervenciones orientadas a mejorar las condiciones de trabajo y/o el desarrollo de las personas en la prevención del estrés de los trabajadores de la atención sanitaria. En cualquier caso, según Cooper, Dewe y O'Driscoll (2001), las variables psicosociales como la percepción de la propia competencia, las estrategias personales de afrontamiento, la aptitud para manejar los factores estresantes del ambiente y las habilidades sociales, etc., modelan la eficacia de dichos programas preventivos.

Una aproximación clásica al estudio de dichas medidas permite su clasificación en tres categorías complementarias:

Prevención secundaria y terciaria

Ambas se aplican cuando el individuo ya está afectado por el síndrome de estrés. Las recomendaciones siguientes se encaminan a su recuperación y a evitar una recaída:

1. El apoyo social permite a los profesionales sanitarios disponer de una red de recursos personales y organizativos. Es una estrategia clave a la hora de afrontar situaciones estresantes en el ámbito laboral porque incrementa el nivel de bienestar personal y, como consecuencia, la resistencia a las situaciones estresantes en lo referente al puesto de trabajo.
2. Es importante aumentar el tiempo de ocio, practicando aficiones que faciliten la desconexión y otro tipo de motivaciones. El principal beneficio que se obtiene consiste en propiciar la

distancia psicológica sobre las propias preocupaciones y, por tanto, posibilita su análisis con más objetividad.

3. Otras investigaciones muestran que las personas que vivencian su trabajo como un reto o un desafío personal tienden a presentar un elevado control de sus conflictos y situaciones cotidianas. Para Kobasa (1979), este tipo de personas, con personalidad resistente y/o resiliente, adoptan mejores respuestas adaptativas a las situaciones estresantes y al *burnout*.
4. Una vez que se ha sufrido un episodio de estrés, es fundamental evitar que se produzcan otros. Se encuentran disponibles en la literatura científica diferentes técnicas que el paciente ha de aprender, practicar e integrar tras superar el síndrome. Autores como Dyer (1972), Carnegie (2001) y Caballo (2002) coinciden en plantear que la mayoría de estas técnicas inciden en los siguientes puntos:
 - a) *Exteriorizar las emociones*: compartir con los compañeros de trabajo, amigos o familiares las preocupaciones y los sentimientos que generan angustia. Está demostrado que comunicar las emociones y tener sentido del humor libera mucha tensión y facilita la perspectiva que permite cuestionar las amenazas y dificultades del entorno.
 - b) *Descansar*: las personas mantienen un nivel de atención máximo durante 20 minutos. Superado este umbral, la atención se mantiene

una hora más. Para evitar la fatiga mental, lo mejor es cambiar la tarea que se está realizando cada hora y media o tomarse un breve descanso de cinco minutos realizando tareas que suponen una menor demanda de atención.

- c) *Autorreflexión*: es muy importante conocerse a uno mismo y detectar los elementos que causan vulnerabilidad para evitarlos y/o afrontarlos.
- d) *Las estrategias de afrontamiento*: constituyen una herramienta fundamental en el manejo del estrés. Se dividen en dos:
 - Las que se centran en el problema: la confrontación con lo que supone una amenaza, la búsqueda de apoyo social y centrarse en las soluciones.
 - Las que se basan en la emoción que aminora el impacto del estrés sobre el individuo: el auto-control, el distanciamiento y la reevaluación positiva.
- e) *Eliminar tareas innecesarias*: saber gestionar el tiempo y planificar la jornada.
- f) *Activarse*: hacer ejercicio y caminar para evitar la rigidez muscular, mejorar la circulación, facilitar la relajación, etc.

Prevención primaria

Es el tipo de prevención más importante porque interviene antes de la aparición de la enfermedad. Se debe generar en todos los ámbitos sociales, desde las ins-

tituciones educativas a las organizaciones empresariales. Para prevenir el estrés, se ha de empezar a intervenir en la fase de diseño del lugar de trabajo teniendo en cuenta todos los elementos de cada puesto e integrando el entorno físico y social, sin olvidar sus posibles repercusiones para la salud. Crear un ambiente agradable y una verdadera colaboración multidisciplinar debería ser un objetivo a priorizar. Los profesionales deben saber cuáles son sus competencias específicas y poder desarrollarlas. Es importante fomentar el trabajo en grupo y que todos los agentes implicados tengan la oportunidad de participar en la toma de decisiones (Muñoz, 1994; Fabra, 1995).

Algunos de estos factores son objeto de aprendizaje y, en este sentido, la universidad asume un rol importante en la enseñanza de las competencias profesionales. La transición del instituto a las aulas universitarias supone una ocasión interesante para educar en actitudes y recursos frente a situaciones de elevada presión (García-Ros, Pérez-González, Pérez-Blasco y Natividad, 2012). Las fuentes de estrés académico no proceden solo del ambiente educativo, influyen otros factores como la relación con los compañeros, profesores, etc. El Inventario de Estrés Académico (IEA), de Polo, Hernández y Pozo (1996), refleja dicha diversidad.

En la Universidad de Zaragoza, se dispone de experiencias piloto interesantes como el “Programa Mentor”. Un estudiante de cursos superiores informa a los alumnos de nuevo ingreso de los recursos a su alcance, como el material didáctico, la ubicación de aulas y bibliotecas,

las horas de tutoría y la posibilidad de acceder a diversos profesionales como psicólogos, defensor del estudiante, etc. Se presupone que la experiencia del “mentor” facilita el aprendizaje de mecanismos adaptativos de afrontamiento del estudiante novel. Aporta el modelado entre pares de la resiliencia o capacidad para recuperarse frente a la adversidad y seguir proyectando el futuro (Seligman, 2003). La resiliencia constituye por sí misma un recurso individual de afrontamiento que puede ser adquirido con trabajo personal. Proporciona un enfoque más adecuado de la situación y la búsqueda de soluciones.

De acuerdo con autores como Gándara (1998), Troch (1982), Alonso (1997) y Battram (2001), las actividades que contempla la prevención primaria se refieren tanto a las variables personales como a las condiciones laborales a las que el individuo está expuesto, primero en su etapa como estudiante y después en su etapa profesional. A continuación, se citan varios ejemplos de intervenciones preventivas basadas en estas dos variables:

Variables personales. Las técnicas de intervención basadas en el trabajador pretenden dotarlo de recursos de afrontamiento del estrés laboral como complemento de las medidas organizativas. Siempre que pelagra la salud física, psíquica y social del empleado, lo fundamental es darse cuenta a tiempo y “poner manos a la obra”.

Según Roca (2007), las técnicas de afrontamiento más relevantes, que se utilizan tanto en la prevención primaria

como en la secundaria y terciaria, se pueden clasificar así:

1. Técnicas generales

Tener una dieta adecuada, basada en el consumo de frutas, verduras y pescado. Disminuir o suprimir excitantes, como el alcohol, el tabaco y el café.

La práctica del ejercicio físico diario es muy importante porque dota al organismo de mayor energía y potencia el sistema inmunitario. Además, las personas físicamente activas también tienden a cuidar su dieta, lo que, a su vez, redundará en un mejor manejo del estrés.

Procurar distraerse, aumentar el tiempo de ocio y dedicar parte del mismo a tareas con las que se disfrute y aprenda.

2. Técnicas cognitivo-conductuales

Su finalidad es que el paciente, al descubrir su propio potencial, mejore su autoestima. Las técnicas utilizadas por Roca (2007) abordan de manera integral pensamientos, emociones y conductas. La mayoría de estas estrategias consiste en entrenar el pensamiento y las habilidades sociales para optimizar la comunicación con uno mismo y los demás. Entre las más utilizadas, están las siguientes:

- La reestructuración cognitiva, que abarca métodos que se encaminan a identificar pensamientos inadecuados del paciente, que afectan su conducta y sus emociones, para sustituirlos por otros más adecuados.
- La desensibilización sistemática, que consiste en la presentación gradual de estímulos que el paciente

no tolera junto con la aplicación de técnicas de relajación que logran romper la asociación entre el estrés y dichos estímulos.

- La inoculación de estrés consiste en entrenar a la persona con el fin de que adquiera las habilidades específicas para enfrentarse a situaciones estresantes. El objetivo no es eliminar el estrés, sino considerar las situaciones estresantes como problemas que se pueden resolver. Las aptitudes más importantes que se entrenan son las que permiten controlar la tensión o la activación emocional (fisiológica), así como la modificación de los pensamientos que ocurren antes, durante y después del afrontamiento de las situaciones problema.

Incluye, además, el aprendizaje para la resolución de problemas mediante técnicas de comunicación asertiva y de autocontrol que capacitan al profesional para establecer la distancia terapéutica adecuada sin perder su empatía.

3. Técnicas de relajación

Se basan, sobre todo, en el control de la respiración. Roca (2007) propone técnicas complementarias de relajación muscular, como la autógena, que se puede practicar en cualquier lugar y situación.

Además de esta tipología de estrategias individuales, se deben considerar técnicas y recursos que integran elementos de las tres categorías. Por ejemplo, la práctica de *mindfulness* (tomar conciencia y prestar atención) se ha estudiado en

relación al tratamiento del estrés crónico en terapias cognitivas (Moscoso, 2010).

Condiciones laborales del trabajador. El trabajo es una de las principales fuentes de bienestar y, al mismo tiempo, de estrés de las personas, porque constituye una de las actividades que dota de estructura y sentido su existencia. El individuo contribuye con su esfuerzo, tiempo, aptitudes y habilidades al bien social a cambio de una compensación económica adecuada y un reconocimiento psicológico y social (Pili, 2010). La tasa creciente de desempleo, los despidos masivos, la incertidumbre y la no correspondencia entre el nivel de preparación, el puesto de trabajo y el sueldo han aumentado la desmotivación del trabajador, que no percibe ninguna recompensa laboral o personal por su dedicación. En este contexto, el estrés se presenta como una reacción individual a un problema cuya raíz es social (Gil-Lacruz, 2007).

Según la Organización Internacional del Trabajo (1992), las empresas que incentivan al trabajador y cuidan su ambiente laboral comparten una mayor probabilidad de que esta inversión se refleje en ganancias (en mayor cuantía que las pérdidas derivadas del estrés no previsto). Incluso los profesionales sanitarios mejorarían en el bienestar, el desempeño y el cuidado de sus pacientes si aprendiesen a gestionar primero su calidad de vida relacionada con la salud.

Según un estudio de Escribà-Agüir y Bernabé-Muñoz (2002), las principales estrategias preventivas a considerar por el personal sanitario se deberían dirigir

fundamentalmente a tres factores estresantes laborales:

1. La incertidumbre frente a la instauración de un diagnóstico o tratamiento. Su afrontamiento consiste en
 - la aceptación de la incertidumbre;
 - dialogar con otros colegas del tratamiento que se va a desarrollar;
 - comunicarse con la familia del paciente y con el propio paciente.
2. La posibilidad de ser demandado por la mala práctica profesional. Para su afrontamiento, conviene
 - no tener en cuenta a priori la posibilidad de una demanda;
 - tratar de sentir que el trabajo se ha realizado bien;
 - hablar con el paciente y explicarle su situación con claridad;
 - tener una compañía de seguros.
3. Los efectos generales de los factores estresantes laborales. Los propios médicos son los que responden a esta cuestión. Las estrategias más utilizadas son
 - realizar actividades alejadas de la práctica profesional;
 - pasar tiempo con la familia;
 - desahogarse;
 - desconexión mental.

POLÍTICAS SANITARIAS

Uno de los objetivos de las políticas sanitarias en relación con el estrés de sus profesionales consiste en evaluar y

comparar la efectividad de las distintas intervenciones orientadas a su prevención, tanto en relación con el ambiente y las condiciones laborales como en relación con la potenciación de los diferentes recursos personales de afrontamiento. La valoración objetiva de estas estrategias facilitará el diseño de campañas adecuadas de prevención y promoción de la salud. Las siguientes instituciones, claves en el estudio del trabajo como fenómeno psicosocial, priorizan estas prácticas:

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2001) propone los siguientes objetivos:

- mejorar el contenido y la organización del trabajo para evitar los factores de riesgo psicosocial y controlar los cambios en las condiciones de trabajo, además de investigar de manera sistemática su interrelación con la salud de los trabajadores;
- aumentar la sensibilización social, informar, preparar y educar tanto a trabajadores como empresarios, y ampliar las estrategias de los servicios de salud laboral, así como de prevención de riesgos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)

En el documento “La organización del trabajo y el estrés” (2004), la OMS informa que el riesgo de estrés laboral puede reducirse de diferentes formas, entre las que figuran las siguientes:

- Apoyo al empleado: fomentar la cooperación y el trabajo en equipo.

- Capacitación en la gestión del estrés: hacer ejercicio y aprender a gestionar el tiempo.
- Perfeccionamiento de la gestión del estrés: mejorar la actitud del personal y su capacidad para afrontar la cuestión de la forma más eficaz posible.
- Identificación del problema: los primeros síntomas de estrés son agresividad, irritabilidad, aumento de errores, falta de concentración. Le siguen un aumento del consumo de alcohol, tabaco, café y sustancias tóxicas.
- Promoción de un ambiente laboral saludable, en el que se incida sobre aquellos factores que promueven la salud. Se hace hincapié en aquellas conductas, actitudes y valores organizativos que colaboran en la adquisición de un estilo de vida saludable. De manera complementaria, se plantea la necesidad de diseñar un entorno laboral ergonómico que proteja al trabajador de riesgos físicos y psicológicos (Bonatti, 2014).

CONCLUSIONES

El estrés implica sufrimiento y pérdida de potencial del capital humano y social de nuestras organizaciones. La presión laboral repercute en la satisfacción laboral y en el desempeño profesional (Álvarez, 2007). Esto adquiere mayor relevancia en los profesionales sanitarios que desarrollan su labor con personas y se produce

una mayor implicación emocional. Estos profesionales esperan no solo una compensación económica, sino una satisfacción personal, la sensación de utilidad y un reconocimiento social de su labor.

Así lo propone la OMS (2000):

[...] el trabajo saludable es aquel en que la presión sobre el empleado se corresponde con sus capacidades y recursos, el grado de control que ejerce su actividad y el apoyo que recibe de las personas que son importantes para él. [...] Un entorno laboral saludable, no es únicamente aquel en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino abundancia de factores que promuevan la salud. (OMS, 1986, p. 17)

La variedad de técnicas que pueden emplearse frente a las distintas causas de estrés es enorme. Cada individuo, grupo o institución ha de elegir las que más le convengan en función del tipo de riesgo al que están sometidos, la clase de estrés padecido, y de sus propias características personales y organizativas.

Debemos pensar también en la importancia de potenciar políticas y soluciones sociales preventivas. Las políticas sanitarias plantean que la estrategia que una empresa ha de seguir para eliminar el estrés de sus trabajadores debe ser global y basarse en una actitud proactiva por parte de la organización. Así, cuando se logra eliminar el estrés del trabajador, este mejora su desempeño y facilita tanto su desarrollo personal como el bienestar psicosocial de la organización en la que se integra su labor (Aguerrebere, 2009).

REFERENCIAS

- Aguerreberre, P. (2009). La batalla contra el estrés en el trabajador español: implicaciones para el empleado y la organización. *Gerencia y políticas de la salud*, 8 (17), 211-221.
- Alexander, D. A., y Klein, S. (2001). Caring for others can seriously damage your health. *Hospital Medicine*, 62(5), 264-267.
- Alonso, F. (1997). *Psicopatología del trabajo*. Barcelona: Edika.
- Alvarez, D. (2007). Satisfacción y fuentes de presión laboral en docentes universitarios de Lima Metropolitana, *Persona*, 10, 49-97.
- Battram, A. (2001). *Navegar por la complejidad*. Barcelona: Granica.
- Boletín del Ministerio de Justicia. (2014). Estudio Doctrinal. En C. Soto, *La tipificación expresa del acoso laboral en el Código Penal. Modelos explicativos y fases del mismo*. 2168.
- Boletín Oficial del Estado. (1995). Ley Orgánica 10/1995, del 23 noviembre del Código Penal. Título VII, artículo 173: 90.
- Bonatti, C. (2014). Consejos para crear un ambiente laboral saludable. *Revista Universidad (Chile): Noticias de actualidad*.
- 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. *Psicología de la salud*, 5, 19-36.
- Brookings, J. B., Bolton, B., Brown, C. E., y McEvoy, A. (1985). Selfreported job burnout among female. *Human Service Professional of Occupational Behavior*, 6 (2), 143-150.
- Caballo, V. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Carnegie, D. (2001). *Cómo ganar amigos e influir sobre las personas*. Barcelona: Edhasa.
- Cooper, C., Dewe, P., y O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational Stress*. London: SAGE.
- Crespo, D. (2013). Declaraciones de la Directora del PAIME. En L. Tardón (2013, lunes 15 de julio), El acoso entre el personal sanitario, *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/07/15/noticias/1373869066.html>
- Da Silva, H., Vega, D. E., y Pérez, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (5), 310-320.
- De Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W., y Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62(1), 25-30.
- Deckard, G. J., y Present, R. M. (1989). Impact of Role Stress on Physical Therapists Emotional and Physical Well-Being. *Physical Therapy*, 69, 713-718.
- Dyer, W. (1972). *Tus zonas erróneas*. Barcelona: Grijalbo.

- Escribà-Agüir, V., y Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 595-604.
- Fabra, M. L. (1995). *Técnicas de grupo para la cooperación*. Barcelona: CEAC.
- Freire-Garabal, M. (2011). El estrés amenaza la salud de uno de cada cinco trabajadores. En J. Gómez (2011, 10 de agosto), Diario *La Voz de Galicia*. es. de http://www.lavozdegalicia.es/santiago/2011/08/10/0003_201108S10C3991.htm
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (EUROFOUND). (2001). *Análisis del estrés*. Recuperado de <http://eurofound.europa.eu/>
- Gándara, J. (1998). *Estrés y trabajo, el síndrome de burnout*. Madrid: Cauce.
- García-Ros, R., Pérez-González, F., Pérez-Blasco, J., y Natividad, L. A. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 143-154.
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social y bienestar*. Zaragoza: Prensas Universitarias.
- Gil-Lacruz, M. (2009). Dinámicas comunitarias y acceso al sistema sanitario: una participación desigual. *Revista Internacional de Organizaciones*, 2, 311-325.
- Giménez López, J. (2012). *Actividad AEC2. Elaboración de ítems*. (Trabajo académico inédito para la asignatura de Psicometría). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Hingley, P., y Harris, P. (1986). Stress. Burnout at Senior Level. *Nursing Times*, 82(31), 28-9.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressfull Live Events, Personality and Health: An Inquiry into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mansilla, F., y Favieres, A. (2011). El estrés laboral y su prevención. Página de salud pública del ayuntamiento de Madrid. *Protección de la salubridad pública*. Recuperado de http://www.madridsalud.es/temas/estres_laboral.php
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., y Verbeek, J. (2008). Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, n.º 4. Oxford: Update Software.
- Martínez, G. (2006). Ciencia e inventiva del cirujano: habilidad quirúrgica y literaria. *Cirujano General*, 28(4), 209-211.
- Mas, R., y Escribà, V. (1998). Versión castellana de la escala "The Nursing Stress Scale". Proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, 72(6), 529-538.

- Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34(4), 111-124.
- Maslach, C., y Pines, A. (1977). The Burn-out Syndrome in the Day Care Setting. *Child Care Quarterly*, 6(2), 100-113.
- Matey, P. (1996, jueves 17 de octubre). Peligro trabajo. *El Mundo, Salud y Medicina*, (218). Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/Snumeros/96/S218/S218trabajo.html>
- Moscoso, M. S. (2010). El estrés crónico y la terapia cognitiva centrada en *mindfulness*: una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Persona*, 13, 11-29.
- Muñoz, A. (1994). *Métodos creativos para organizaciones*. Madrid: Eudema.
- National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). (1999). Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Recuperado de <http://www.cdc.gov/niosh/pubs/>
- Okinoura, M. (1988). El síndrome de *burnout* o de desgaste profesional. seguridad e higiene del trabajo en los servicios médicos. Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud del Gobierno de Buenos Aires. *Laboratorios Roemmers e Intramed*. Instituto Finlandés de Salud Ocupacional. (Portal Exclusivo de la Comunidad Médica). Recuperado de http://www.fernocas.com/seguridad_higiene/estres.html
- Olivan, B., Boira, S., y López, Y. (2011). Estrés y otros factores psicológicos asociados en estudiantes de fisioterapia. *Fisioterapia*, 33(1), 19-24.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1992). Oficina de Actividades para los Trabajadores. Recuperado de <http://www.ilo.org/actrav/lang--en/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). La organización del trabajo y del estrés. *Serie Protección de la salud de los trabajadores*, 3, 3-4.
- OMS. (2000). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *British Medical Journal*, 320, 237-43.
- OMS. (2004). La organización del trabajo y del estrés: estrategias sistémicas de la solución de problemas para empleados, personal directivo y representantes sindicales. *Serie Protección de la Salud de los Trabajadores*, 3, 3-4.
- OMS. (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. *Contextualización, práctica y literatura de apoyo*, 6(6), 53-56.
- Pili, C. (2010). Estrés laboral. Sociedad científica para la capacitación, estudio, investigación y difusión del síndrome del estrés. *SAMES.I.G.J. Res n 366/00*. Recuperado de http://www.sames.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=217%3Aestres-laboral&catid=41%3Aarticulos-para-el-publico&Itemid=60
- Polo, A., Hernández, J. M., y Pozo, C. (1996). Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 159-172.

- Ribera, D., Cartagena, E., Reig, F. A., Romá, M. T., Sans, Q. I., y Caruana, V. (1993). *Estrés laboral y salud en Profesionales de Enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante*. Alicante: Secretariado de Publicaciones. Universidad de Alicante.
- Roca, E. (2007). *Técnicas de relajación. Técnicas para manejar la ansiedad*. Valencia: Gráficas Papallona.
- Schuster, N. D., Nelson, D. L., y Quirling, C. (1984). Burnout Among Physical Therapists. *Physical Therapy*, 64, 299-303.
- Seligman, M. (2003). Positive Psychology: Fundamental Assumptions. *Psychologist*, 16(3), 126-127.
- Serrano, M.F. (2002). Estrés laboral en el personal sanitario. *Fisioterapia*, 24, 33-42.
- Serrano, M. F, Garcés, E. R., y Hidalgo, M. D. (2008). *Burnout* en fisioterapeutas españoles. *Psycothema*, 20 (3), 361-368.
- Tardón, L. (2013, lunes 15 de julio). El acoso entre el personal sanitario. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.el-mundo.es/elmundosalud/2013/07/15/noticias/1373869066.html>
- Troch, A. (1982). *El stress y la personalidad. Introducción a la psicología profunda de Sigmund Freud y Alfred Adler*. Barcelona: Herder.
- Urra, J. (2010). *Estudio sobre fortalezas para afrontar las adversidades de la vida*. Barcelona: Planeta.
- Wagner-Raphael, L. I., Jason, L. A., y Ferrari, J. R. (1999). Chronic Fatigue Syndrome, Chronic Fatigue, and Psychiatric Disorders: Predictors of Functional Status in a National Nursing Sample. *Occupational Health Psychology*, 4(1), 63-71
- Wolfe, G.A. (1981). Burnout of Therapists: Inevitable or Preventable? *Physical Therapy*, 61, 1046- 1050.
- Yegler, M. C., Diez, T., Gómez, J. L., Carrasco, B., Miralles, T., y Gómez, J. A. (2003). Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria. *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*, 16. Recuperado de http://www.enfermeriadeurgencias.comwww.rnocas.com/seguridad_higiene/estrés.html