

**Efectividad de una intervención enfermera cognitivo conductual para disminuir el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del SUMMA 112**

**Effectiveness of a nurse cognitive behavioral intervention to reduce stress on the health professionals in emergency extra hospital devices of SUMMA 112**

**Autor:** Natalia Cámara Conde (1), Julián Carretero Román (2), Javier Sánchez Alfonso (3), Carina Noelia Reina Alonso (4).

Correo electrónico: [natalia.camara@salud.madrid.org](mailto:natalia.camara@salud.madrid.org)

**Cómo citar este artículo:** Cámara Conde N, Carretero Román J, Sánchez Alfonso J, Reina Alonso CN. *Efectividad de una intervención enfermera cognitivo conductual para disminuir el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del SUMMA 112. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Mar-Abr. [fecha de acceso]; 7(45): [aprox. 12 pant].* Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/proyectonatalia.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyectonatalia.pdf)

**Fecha recepción:** 13/11/2008

**Aceptado para su publicación:** 14/01/2009

**Resumen:**

El estrés laboral es una de las enfermedades laborales más extendidas a lo largo de los países desarrollados durante las últimas décadas del siglo XX y el siglo XXI. Los altos costes generados así como el aumento de la prevalencia han hecho que diversas instituciones a nivel mundial lo estudien y planteen la necesidad de crear leyes estatales para su prevención.

El presente estudio experimental pretest-postest de tipo ensayo clínico aleatorizado tiene como objetivo principal evaluar si una intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual disminuye el efecto de los factores estresantes causantes del estrés laboral de los profesionales sanitarios que trabajan en los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del servicio de urgencias médicas de la Comunidad de Madrid (SUMMA 112), ya que estos profesionales, debido a las características específicas de su puesto de trabajo, las situaciones de crisis en las que desarrollan su labor asistencial y la falta de adiestramiento en técnicas de superación y control del estrés les hace especialmente sensibles a padecer trastornos derivados del estrés laboral.

**Palabras clave:** Estrés laboral, Terapia cognitivo conductual, Emergencias extrahospitalarias, Enfermera especialista en salud mental, Cuidados de Enfermería.

**Abstract:**

Work-related stress is one of the most widespread illnesses over the developed countries during the last decades of the twentieth century and the twenty-first century. The high costs generated as well as the increased prevalence have made various institutions worldwide to study and consider the need to create laws to prevent them.

This pre-post-type randomized clinical trial has as its main objective to assess whether an nurse intervention based on the cognitive-behavioural therapy reduces the effect of stressors cause of job stress in health professionals working in the emergency extra hospital devices at the Emergency Medical Service of the Community of Madrid (SUMMA 112), as these professionals, due to the specific characteristics of their jobs, the crisis in health care that work and the lack of training in techniques to overcome and control Stress makes them particularly sensitive to disorders arising from the stress at work.

**Key words:** Work stress, Cognitive behavioral therapy, Extra hospital emergencies, Mental health nurse, Nursing Care.

**Centro de Trabajo:** (1) Enfermera especialista en salud mental. Hospital Infanta Sofía (Madrid, España); (2) Enfermero especialista en salud mental. Hospital Infanta Leonor (Madrid, España); (3) Enfermero especialista en salud mental. Clínica Centro (Madrid, España); (4) Enfermera especialista en salud mental. Hospital La Paz (Madrid, España)

## INTRODUCCIÓN

El estrés (1) es un proceso fisiológico que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada movilizándolo sus recursos internos de adaptación. En un principio puede ser un buen dinamizador de la actividad conductual ya que nos hace estar más alerta, pero cuando el sujeto interpreta la situación como peligrosa, surgirán una serie de reacciones emocionales negativas de las cuales las más importantes son la ansiedad, la ira y la depresión.

El estrés puede influir negativamente sobre la salud por las siguientes vías (2,3); por los cambios de hábitos relacionados con la salud, por las alteraciones producidas en los sistemas fisiológicos (como el sistema nervioso autónomo y el sistema inmune) y por los cambios cognitivos (pensamientos) que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud.

La ansiedad (4) es una emoción natural, presente en todos los humanos, que resulta muy adaptativa pues nos pone en alerta ante una posible amenaza; sin embargo, a veces se vive como una experiencia desagradable (emoción negativa), especialmente cuando alcanza una elevada intensidad, que se refleja en fuertes cambios somáticos, además, cuando es muy intensa, puede provocar una pérdida de control sobre nuestra conducta normal. El estado de ansiedad puede observarse a un triple nivel: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales) y motor (conductual-observable).

Existen diferentes cuestionarios para medir el grado de ansiedad en este estudio, y debido a la revisión bibliográfica, nos decantamos por el uso del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (S.T.A.I) de Spielberger (5) de 1999, ya que consideramos que pondera con más concreción y más cuantitativamente el grado de ansiedad. Dicho cuestionario se divide en 2 inventarios, ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. Cada uno de ellos consta de 20 preguntas en las que se mide el grado de ansiedad con un rango de respuesta de 0 a 60, midiendo el grado de ansiedad según la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad en un momento puntual (ansiedad-estado).

Para medir las enfermedades somáticas secundarias a los trastornos de ansiedad el instrumento más utilizado es el Cuestionario General de Salud (General Health Questionary, GHQ). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición.

2. La depresión (6) viene definida por una serie de patrones definitorios que consisten en una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: Síntomas afectivos: humor bajo, tristeza, desánimo.

Síntomas cognitivos: pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja auto-estima, desesperanza, remordimiento. Síntomas conductuales: retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada y síntomas físicos: falta de apetito, falta de sueño y, en general, falta de «energía», así como otras molestias.

En relación con la investigación científica, el instrumento principalmente utilizado para medir la depresión es el Inventario de Beck (auto-aplicado), desarrollado en los años sesenta, consta de 21 ítems, cada uno representa uno de los síntomas (humor, perspectiva del futuro, fracaso, satisfacción, etc.), para responder de 0 a 3. Sus puntuaciones oscilan entre 0 y 63, siendo 11 el punto de corte entre lo patológico y lo normal.

El Burnout o Agotamiento Emocional hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores). Maslach y Jackson (7) en 1986 lo definen como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal”. Se caracteriza por la presencia de:

1. El agotamiento o cansancio emocional; el cual constituye la primera fase del proceso y se caracteriza por la pérdida de atractivo, el tedio y el disgusto causado por las tareas que son propias del trabajo que se ha de realizar, de manera que la persona pierde el interés y cualquier sentimiento de satisfacción que pueda tener. Esta fase se caracteriza por un sentimiento de indefensión como consecuencia de un enfrentamiento activo pero inefectivo frente al estrés.

2. La despersonalización, que es descrita como el núcleo del síndrome, se considera básicamente como la consecuencia del fracaso en la fase anterior y un mecanismo de defensa para evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. La despersonalización se caracteriza por la falta de interés por las personas a quienes hay que atender, pérdida en la capacidad para establecer relaciones empáticas con ellas, una objetivación burda y somera de sus problemas e incluso por llegar a culpabilizar a los pacientes de su propia situación. Para Moreno y Peñacoba (8) la despersonalización es un tipo de comportamiento que suele estar asociado con depresión y hostilidad.

3. La tercera fase es descrita (9) como el abandono de la realización personal, y consiste en el sentimiento y la creencia de que el trabajo no vale la pena, que institucionalmente no se pueden cambiar las cosas y que no existen posibilidades de logro y mejoramiento personal. Capilla (10) explica que asociados a estos componentes pueden producirse alteraciones comportamentales tales como absentismo laboral, abuso de alcohol, consumo de drogas, fármacos, etc. y alteraciones psicofisiológicas.

Para medir la presencia de Cansancio Emocional o Burnout se utiliza el Inventario de Burnout de Maslach (M.B.I) que evalúa el síndrome de estrés laboral asistencial, en profesionales de servicios humanos, a través de las tres subescalas: Cansancio emocional, Despersonalización y Autorrealización personal. El cuestionario fue validado y adaptado a las circunstancias españolas por Gil-Monte (11) que define el síndrome como “una respuesta al estrés laboral crónico cuyos componentes son agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y una excesiva despersonalización”.

Desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (12) se ha dado un impulso a los aspectos relacionados con la Salud Laboral. La Comisión Europea, a través de la Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo ha realizado un estudio<sup>17</sup> sobre el estrés laboral en el que concluye que el 28% de los trabajadores europeos padece estrés y el 20% burnout. Un 13% de los trabajadores se quejan de dolores de cabeza, un 17% de dolores musculares, un 20% de fatiga un 30% de dolor de espalda. Más de un 15% de personas a lo largo de su vida sufrirán algún trastorno de ansiedad.

Los estresores sociodemográficos tradicionalmente descritos en la bibliografía:

- Sexo: Culturalmente el rol femenino enfatiza en la habilidad en las relaciones interpersonales y en cuidar a otros mientras que, por el contrario, el rol masculino asume que el hombre no debe expresar emociones. Sin embargo los resultados de los estudios (13) no son consistentes en cuanto a las diferencias por género.
- Edad: En relación con la edad se plantea que a mayor edad los sujetos expresan menos sentimientos de “quemarse por el trabajo”, Monte y Peiró (14), consideran que, frente a los más jóvenes, los profesionales de más edad han desarrollado a lo largo de su vida mejores estrategias de afrontamiento del estrés y expectativas profesionales más reales.
- Estado civil: se ha encontrado(15) una relación significativa entre las personas solteras y el síndrome de estrés asistencial según las cuales las personas solteras presentan mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que las personas que tienen una relación estable; de igual manera se plantea que la presencia de hijos es un factor de resistencia al síndrome de estrés asistencial debido a que esto implica una mayor responsabilidad familiar y permite que las personas tengan mayor capacidad de afronta problemas personales y conflictos emocionales. Por su parte, Monte y Peiró (14) señalan que no sólo influye el hecho de estar casado, sino el apoyo emocional recibido por parte de los familiares y la calidad de las relaciones conyugales, así como la satisfacción insatisfacción emocional.
- La antigüedad en la profesión: Los estudios (15,14) muestran que los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos y por tanto tienen menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes del trabajo.

- Antigüedad en el servicio: En un estudio realizado por el SAMUR (16) se recoge en las conclusiones que el nivel de burnout y cansancio emocional es mayor en aquellos profesionales con muchos años de servicios prestados en el mismo, ya que acumulan muchas experiencias traumáticas derivadas de la asistencia así como quejas acerca de la organización de la institucional y la falta de reconocimiento.

Algunas profesiones son más estresantes que otras, al menos así lo demuestran los estudios (16) realizados sobre distintos colectivos de trabajadores, entre ellas cabe destacar aquellas que requieren un trato directo con personas que están pasando por un momento de crisis: policías, bomberos y personal sanitario. Una revisión bibliográfica (17) de la revista Cochrane Plus determina que los agentes de policía se benefician de las intervenciones psicosociales en cuanto a síntomas físicos y psicológicos como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, problemas conyugales y angustia.

Son muchos los estudios llevados a cabo para estudiar el estrés laboral en personal sanitario de diversos servicios(15,18,) así como en médicos o enfermería (19,20), por separado, pero tan sólo hemos encontrado uno (16) que estudie específicamente al personal sanitario de los equipos de urgencia extrahospitalarias que ejercen sus funciones asistenciales en un entorno marcadamente "estresante", en dichos profesionales se mezclan aquellos estresores propios de todos los profesionales sanitarios con otros derivados del trabajo en un entorno cambiante ya que estos profesionales no tienen una planta o una consulta fija donde los pacientes acuden, sino que es al contrario, son ellos los que deben acudir al paciente bien en su domicilio, en la vía pública, en locales y frecuentemente en sus vehículos siniestrados y en situaciones que requieren adaptaciones rápidas así como un amplio campo de conocimientos que abarcan los cuidados intensivos, la pediatría, traumatología, neurología, psiquiatría, etc.

La prevención del estrés laboral puede abordarse desde dos perspectivas (21): las estrategias centradas en el puesto de trabajo y aquellas centradas en el individuo.

La intervención centrada en el individuo es la que se lleva a cabo con mayor frecuencia y consiste en entrenar a los sujetos para mejoren sus recursos y habilidades para controlar y manejar el estrés.

Las técnicas de tratamiento más eficaces que se usan habitualmente en la terapia de los trastornos derivados del estrés son la farmacológica, las técnicas de relajación de la actividad fisiológica, las técnicas cognitivas y las centradas en la conducta.

Las técnicas cognitivas (22) son una serie de técnicas psicológicas basadas en el entrenamiento del individuo en la capacidad de auto-observación y autocorrección de sus pensamientos, su conducta y emociones. Ayudando al individuo a interpretar las situaciones de una manera menos

amenazante, entrenándolo en habilidades para la toma de decisiones y la resolución de problemas, identificar pensamientos negativos y dificultades personales para aprender después a cambiarlos.

Las técnicas de relajación de la actividad fisiológica enseñan a las personas a disminuir la activación fisiológica proporcionando al mismo tiempo bienestar psicológico.

La modificación de conducta (23) tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y adopten actitudes y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse acercándose a los estímulos que provocan la ansiedad bajo los principios de aproximaciones progresivas y el principio de refuerzo. Los programas de entrenamiento en reducción de la ansiedad mejoran el bienestar psicológico y al mismo tiempo disminuyen la activación fisiológica, mejorando así los síntomas físicos derivados del estrés.

En el año 2006 la Cochrane realizó un análisis de los análisis cualitativos sobre Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria basados en intervenciones centradas bien sobre la organización, bien sobre el individuo, en la cual se llegó a la conclusión de que hay pruebas limitadas de que las intervenciones dirigidas a personas en los trabajadores de la atención sanitaria reducen eficazmente los niveles de agotamiento, ansiedad, estrés y síntomas generales; señalando la necesidad de realizar estudios más amplios con asignación al azar adecuada ya que la evidencia publicada en la literatura es limitada en el caso de las intervenciones dirigidas a los individuos y así confirmar los resultados de la revisión bibliográfica (24).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ. Psicología, Medicina y Salud. (Monografía de 'Ansiedad y Estrés'). Murcia: Compobell; 1994.
2. Casado Morales MI, Miguel-Tobal JJ. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica II. Procesos Cognitivos. Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos. Madrid: Universidad Complutense de Madrid: Servicio de Publicaciones. 2001.
3. Bayes R, Borrás FX. Psiconeuroinmunología y salud. En: Simón MA. Manual de psicología de La salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. 77-114
4. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington D.C.: American Psychiatric Association. 2000.
5. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Consulting Psychologist. En prensa 1970.
6. Espada F J, Cano-Vindel A. Trastornos de ansiedad y trastorno depresivo: Diferencias en las manifestaciones de síntomas ansiosos y depresivos. / Anxiety disorders and depressive disorder:

Differences in the manifestations of anxious and depressive symptoms. *Psicología Contemporánea*, 1999; 6(1), 30-35

7. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. En: Jones JW. *The Burnout syndrome*. California: Berkely University of California; 1981.

8. Moreno B, Peñacoba C. El estrés asistencial en los servicios de salud. En: M. A. Simón. *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999.

9. Capilla R. El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *JANO EMC* 2000; 58(1334):56-58.

10. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269, 10 noviembre de 1995.

11. Comisión Europea. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La "sal de la vida" o el "beso de la muerte"? Luxemburgo: 2000. Disponible en: [http://www.europa.eu.int/comm/employment\\_social/hesth\\_safety/publicat/stress\\_es.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/hesth_safety/publicat/stress_es.pdf)

12. Gil-Monte PR, Peiró JM. El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería: un estudio diferencial desde la perspectiva del género. Procedente de 1ª Jornadas Intercongreso. *Mujer y Trabajo*; 1999;35-41.

13. Chacón M, Grau J. Síndrome de estrés asistencial en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología*. La Habana; 1997; 13(2):118-125.

14. Gil-Monte PR, Peiró JM y Valcárcel P. Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*; Madrid; 1996; 6(2): 43-63.

15. Sánchez A et al. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias*; Madrid; 2001;13:170-175.

16. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Dublín). *El estrés físico y psicológico en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1987.

17.

18. Cáceres V. Evaluación del estrés laboral en los profesionales sanitarios de la Provincia de A Coruña. A Coruña: Diputación Provincial da Coruña. 2000.

19. Mingote JC, Pérez F. *El estrés del médico: manual de autoayuda*. Madrid: Díaz de Santos; 1999.

20. Mingote JC, Pérez S, Antón A. *Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador*. Madrid: Díaz de Santos; 2002.

21. Pérez-Nieto et al. La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad y Estrés*; 2001; 7: 247-257.

22. McKay M, Davis M, Fanning P. *Técnicas cognitivas para el control del estrés*. Martínez Roca; 1988.

23. Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz, M. *Manual de Técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide. Madrid; 1999.

24. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

## **HIPÓTESIS**

Los profesionales sanitarios que trabajan en los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del servicio de urgencias médicas de la Comunidad de Madrid sobre los que se realiza una intervención enfermera basada en una terapia cognitivo conductual tendrán una disminución de los efectos de los factores estresantes causantes del estrés laboral mayor que otro grupo sobre el cual no se realizará ninguna acción (grupo control).

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar si una intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual disminuye el efecto de los factores estresantes causantes del estrés laboral de los profesionales sanitarios que trabajan en los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del servicio de urgencias médicas de la Comunidad de Madrid.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar si una intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual disminuye los síntomas de agotamiento medido con el Inventario de Agotamiento Maslach Burnout Inventory (MBI).
- Evaluar si una intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual disminuye los síntomas psicológicos de ansiedad mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).
- Evaluar si una intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual disminuye los síntomas somáticos de ansiedad mediante el Cuestionario de Salud General (GHQ).
- Evaluar si una intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual disminuye los síntomas depresivos medidos con el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

## **METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio experimental pre-test/post-test de tipo ensayo clínico aleatorizado.



El grupo experimental recibirá intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual mientras que el grupo control no recibirá ningún tipo de intervención preventiva en relación al estrés laboral.

Este estudio tendrá una duración de 3 años.

**Ámbito de estudio:** La Comunidad Autónoma de Madrid posee un servicio de urgencias médicas extrahospitalarias denominado SUMMA 112, que cubre las necesidades de asistencia sanitaria en situaciones de urgencia y emergencia en todo el territorio de la CAM, ya sea en domicilio como en vía pública (excepto en el municipio de Madrid donde el Samur tiene las competencias de asistencia en vía pública). Para ello el SUMMA 112 dispone de 2 recursos específicos, las Unidades Medicalizadas y los Vehículos de intervención rápida (a partir de ahora UME y VIR), repartidos por todo el territorio de la CAM, disponiendo de un total de 25 UME y 17 VIR.

Criterios de inclusión:

- Estar en servicio activo en el SUMMA 112 en UME o VIR en el momento del estudio.
- Llevar más de 2 años en el dispositivo.

Criterios de exclusión:

- Contrato laboral de tipo eventual no interino, ya que son susceptibles de abandonar el servicio antes de finalizar la intervención.
- Estar de baja laboral.

**Sujetos de estudio:** De entre todos los profesionales sanitarios que trabajan en el SUMMA 112 vamos a realizar un muestreo por conglomerados considerando un conglomerado cada una de las UME y cada uno de los VIR.

Se ordenará cada una de las 25 UME y 17 VIR asignándoles un número y se seleccionarán aquellas que van a participar en el estudio mediante una tabla de números aleatorios hasta alcanzar un total de ocho UME y diez VIR.

**Aleatorización:** Se dispondrán 2 bolsas identificadas con las siglas correspondientes a los recursos. En la bolsa UME se dispondrán ocho bolas de diferente color, cuatro rojas y cuatro azules. En la bolsa VIR se dispondrán diez bolas, cinco rojas y cinco azules.

Confeccionaremos una lista con los diferentes dispositivos (UME, VIR) ordenados numéricamente por la que nos guiaremos para aleatoriamente ir extrayendo las bolas, asignando así los recursos (UME y VIR) al grupo experimental si les corresponde bola roja y al grupo control si les corresponde bola azul. Una vez asignados los profesionales de los recursos bien al grupo experimental, bien al grupo control, el equipo investigador mantendrá con ellos una reunión donde se les informará verbalmente de los objetivos del estudio, proporcionándoles al mismo tiempo un

sobre cerrado que contendrá un formulario que deberán responder para saber si cumplen los criterios de inclusión y exclusión definidos para tomar parte en el estudio (Ver Anexo 1). Para garantizar la confidencialidad se incluirá un sobre prefranqueado para que las respuestas sean de nuevo remitidas al equipo investigador en un apartado de correos expresamente arrendado para el desarrollo del estudio, a través de correo ordinario, asegurando así que la empresa no obtiene información confidencial sobre los datos médicos solicitados.

**Tamaño muestral:** Para un valor alfa de 0,05 y una potencia de 0,80, y considerando un efecto de 0,3 el tamaño de la muestra es de 278 individuos.

**Variables de estudio:**

Variable Independiente:

- Intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual: El grupo experimental realizará 8 sesiones con una frecuencia semanal, con una duración aproximada de 120 minutos por sesión.

Variables Control:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Antigüedad en la profesión
- Antigüedad en el servicio

Variables Dependientes:

- Agotamiento Emocional o "BURNOUT": Es un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal. Para poder medir los síntomas de estrés o agotamiento se va a utilizar la puntuación obtenida en el Inventario de agotamiento de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI) en su versión dedicada a profesionales de la salud (Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey o MBI-HSS).
- Síntomas psicológicos de ansiedad: La Ansiedad-Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Para medir la sintomatología referida a la ansiedad vamos a tomar las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State Trait Anxiety Inventory, STAI).
- Síntomas somáticos de ansiedad: Consideramos síntomas somáticos asociados a los estados de ansiedad la aparición de enfermedades en el aparato locomotor (dolores de espalda), en el aparato digestivo (úlceras, sobre todo) así como la hipertensión e, incluso, patologías cardíacas (asociadas a otras patologías). Para valorar la aparición de este tipo de patologías asociadas

tendremos en cuenta la puntuación obtenida en el Cuestionario General de Salud (General Health Questionary, GHQ).

- Síntomas depresivos: Se considerará que existe sintomatología depresiva cuando se da alguna de las siguientes circunstancias: ánimo triste, tendencia al llanto, irritabilidad, pérdida de interés en actividades anteriormente placenteras, anhedonia, alteraciones en el patrón de sueño, astenia, falta de energía, baja autoestima; sentimientos de vacío, inutilidad, culpa..., dificultad para la concentración, sentimientos de desesperanza... Para valorar la sintomatología depresiva se utilizará la puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).

#### Recogida y análisis de los datos:

A aquellos que deseen tomar parte en el estudio se le pasarán las escalas de medida contempladas como variables dependientes: Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI), Inventario de Depresión de Beck (B.D.I.), Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (S.T.A.I) y Cuestionario General de Salud (GHQ).

Se registrarán las puntuaciones obtenidas en los diferentes instrumentos de valoración para que puedan ser comparadas con las puntuaciones que se obtendrán inmediatamente después de que el grupo experimental reciba la intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual, a los seis meses y trascurrido un año de la misma, tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

Quedarán excluidos del análisis de datos aquellos profesionales que no hayan participado en al menos siete de las ocho sesiones que recibe el grupo experimental.

Para mejorar la máxima captación y seguimiento de los participantes se realizará una llamada telefónica a los integrantes de cada grupo durante la semana de la realización de la intervención con el objeto de recordarles la fecha de la cita.

Una vez tengamos los datos se hará una descripción de las variables control y se compararan ambos grupos para ver si son homogéneos. Igualmente describiremos las variables dependientes y veremos si ambos grupos son comparables al inicio.

Se realizará una descripción de la variable dependiente al finalizar la intervención, a los seis meses y a los doce para analizar las diferencias entre pre y post en cada grupo, mediante el estadístico de contraste para medidas repetidas.

Además compararemos las diferencias de los resultados obtenidos inmediatamente después de finalizar la intervención, a los seis meses y a los doce meses tanto en el grupo experimental como en el grupo control mediante la t de Student para muestras independientes.

En la fase de análisis de datos se utilizarán técnicas de enmascaramiento para que el investigador no conozca la identidad de cada grupo, de forma que los resultados no se sepan a qué grupo pertenecen y todo ello se realizará mediante el programa informático estadístico SPSS.

Finalmente analizaremos la falta de adherencia al estudio valorando el porcentaje de sujetos excluidos en el análisis, por no acudir a 7 de las 8 sesiones. Se realizará una llamada única, una

vez dado por concluido el estudio, para investigar los motivos del abandono, dando siempre al sujeto la libertad de revelarlos o no.

## **CRONOGRAMA**

Primera Etapa o Fase preintervención: Solicitud de permisos, selección de participantes, reuniones informativas, consentimientos informados.

- Reunión con la Dirección del SUMMA 112 para solicitar los permisos necesarios, a la misma acudirá el investigador principal.
- Selección aleatoria de los equipos susceptibles de tomar parte en el estudio. Este proceso se llevará a cabo en el aula de docencia de la gerencia del SUMMA 112 por el coordinador del estudio con la presencia de todo el equipo del estudio así como por 3 miembros de la gerencia del SUMMA 112 y otros 2 del comité de ética del servicio, garantizando en todo momento el carácter aleatorio de la muestra.
- Reunión de los equipos de los dispositivos (UME, VIR) seleccionados, donde se les informará verbalmente de las características y objetivos del estudio y se solicitará su colaboración. En esta reunión también se hará entrega del sobre cerrado con las preguntas necesarias para saber si cumplen los criterios de inclusión-exclusión, junto con un los teléfonos de contacto de los miembros del equipo investigador. En esta reunión estará presente el equipo investigador al completo.
- Recogida de las respuestas al formulario y selección de participantes que cumplan los criterios de inclusión-exclusión por parte del equipo investigador.
- Reunión con los profesionales seleccionados como muestra para poder informarles acerca de las características del estudio y desarrollo del mismo y se les proporcionará un consentimiento informado para participar en el mismo (Anexo 2).
- Recogida de consentimientos informados por los miembros del equipo investigador.
- Aleatorización de los participantes en cuanto a grupo experimental/grupo control que llevará a cabo el coordinador del estudio siempre en presencia del equipo investigador.
- Asignación de horarios para acudir a las sesiones, debido a la amplitud de la muestra se llevarán a cabo cinco turnos para la intervención de lunes a viernes. (Equipo investigador)
- Elaboración de la base de datos necesaria para la introducción de datos. (Apoyo externo)
- Esta etapa nos llevará 6 meses.

Segunda Etapa: Intervención.

- Se pasarán los cuestionarios MBI, STAI, GHQ, BDI tanto al grupo experimental como al grupo control. Este material se distribuirá en sobre cerrado por parte del equipo investigador que se encontrará presente durante todo el tiempo para poder así contestar a las dudas que puedan surgir.

Natalia Cámara Conde et al.

- Intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual al grupo experimental, consistente en 8 sesiones con frecuencia semanal de 2 horas de duración; el contenido de las sesiones se especifica en el Anexo 3.
- Para desarrollar esta fase se contratarán los servicios de un enfermero especialista en salud mental que llevará a cabo la intervención enfermera. Esta etapa se desarrollará en el aula de docencia situado en la gerencia del SUMMA 112.

Esta etapa nos llevará 12 meses.

#### Tercera Etapa: Recogida y Análisis de los Datos.

Se pasarán los siguientes cuestionarios: MSI, STAI, GHQ y BDI, tanto a los profesionales que han recibido la intervención como a los que no inmediatamente después de finalizar la misma, a los seis meses y a los doce meses. (Equipo investigador).

Los datos serán recogidos y analizados, y tras obtener los resultados se procederá a extraer conclusiones. (Equipo investigador y apoyo externo)

En este momento se procederá a realizar una llamada telefónica única a cada participante que haya abandonado el estudio en cualquiera de las fases anteriores para tratar de conocer los motivos del abandono y poder realizar un análisis al respecto. (Equipo investigador)

En esta etapa y en las siguientes será necesario contar con un estadístico para ayudar en la elaboración de la base de datos y en el análisis de los resultados. Para el resto de tareas, el equipo investigador participará al completo en todas y cada una de ellas.

Esta etapa nos llevará 12 meses aproximadamente.

#### Cuarta Etapa: Divulgación de resultados

El equipo investigador elaborará un informe detallado del ensayo clínico. Se redactará el artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas. (Seis meses)

Los resultados de esta investigación serán divulgados en los foros relacionados con la enfermería de Salud Mental y con los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Esta etapa tendrá una duración aproximada de 9 meses.

#### **Consideraciones éticas:**

Se pondrá en conocimiento de la Dirección de Gerencia del SUMMA 112 la puesta en marcha del estudio y se solicitará la autorización para ello al comité de ética del servicio. Asimismo se pedirá el consentimiento informado a cada uno de los sujetos que van a tomar parte en el estudio tanto para la participación como para la realización de las encuestas teniendo en cuenta el derecho a ser informado y la voluntariedad de participación.

Se informará a todos los participantes del carácter confidencial de todos los datos obtenidos por esta investigación, para ello se dispondrá de un fichero donde se almacenarán todos los datos de la investigación y del cual sólo el equipo investigador poseerá llave.

El estudio será interrumpido de manera inmediata si se detectara perjuicio para los participantes en el mismo.

Si nuestra hipótesis se corroborase se procedería a llevar a cabo la intervención en todos los sujetos del grupo control que fuesen candidatos a beneficiarse de la misma asegurando así el derecho a un trato justo.

### **Dificultades y limitaciones del estudio**

- Colaboración insuficiente de los participantes o posibles abandonos, falta de colaboración de la Dirección del SUMMA 112 para llevar a cabo el estudio.
- Resulta imposible que los profesionales desconozcan si pertenecen al grupo experimental o al grupo control. Para disminuir en lo posible ese sesgo se ha intentado eliminar la posibilidad de que coincidan los miembros de los dos grupos (experimental y control), al seleccionar a todos los profesionales que trabajan en las UME, VIR seleccionados, dificultando así posibles interacciones que pudiesen condicionar los resultados de alguna manera.
- Así mismo es imposible que el equipo investigador desconozca si los participantes del estudio pertenecen al Grupo Experimental o al Grupo Control. Para intentar paliar esta dificultad de poder llevar a cabo un doble ciego, los investigadores que realicen el análisis estadístico de los resultados no poseerán información de si éstos proceden del grupo experimental o del grupo control.
- Existe un potencial sesgo de reactividad y aprendizaje debido al condicionamiento que supone la aplicación de un mismo instrumento de medida en más de una ocasión.

### **Experiencia del equipo investigador sobre el tema**

Natalia Cámara Conde prestó servicios como enfermera en el SUMMA 112 durante 4 años por lo que pudo observar la alta emoción expresada de los profesionales de este servicio sobre el nivel de ansiedad con el que tienen que convivir durante su labor asistencial y la falta de recursos tanto personales como institucionales con los que cuentan, ya que, tan sólo, tras el atentado del 11 de Marzo de 2004 en Madrid, el cual conmocionó a toda la población española y causó secuelas importantes en el personal que tuvo que acudir a los lugares a atender a las víctimas del mismo, la gerencia del SUMMA 112 puso a disposición de sus trabajadores asistencia psicológica. Si bien en dicha ocasión la atención estaba sobradamente justificada, otras vivencias de los profesionales de este servicio a lo largo de su jornada se pueden calificar como altamente estresantes.

Julián Carretero Román es enfermero especialista en salud mental, además es socio de la asociación española de enfermería en salud mental y se encuentra muy implicado en la causa de

los enfermos mentales. Además ha participado como autor bien principal, bien como coautor en diversos artículos relacionados con la prevención y tratamiento de la enfermedad mental.

**Javier Sánchez Alfonso** es enfermero especialista en salud mental con una amplia trayectoria laboral, que también ha publicado diversos artículos sobre la prevención de enfermedades, sean estas mentales o no.

### **Difusión**

De verificarse la hipótesis anteriormente expuesta, este estudio permitiría considerar la necesidad de establecer a nivel de políticas públicas medidas concretas dirigidas a los profesionales sanitarios que trabajan situaciones altamente estresantes para prevenir o disminuir la aparición de estrés laboral, lo que supondría un beneficio tanto para los profesionales sanitarios como para la propia administración, si consideramos los gastos que el estrés laboral lleva asociados, así como para los usuarios atendidos ya que como ha quedado señalado en los antecedentes existe una relación inversa entre calidad de la asistencia prestada y estrés laboral.

Así mismo demostraría la necesidad de introducir programas preventivos dirigidos a los trabajadores sanitarios, no sólo del servicio de urgencias médicas de la Comunidad de Madrid, sino de otros servicios similares que existen a nivel de todo el territorio nacional.

Además la verificación de la hipótesis y puesta en marcha de los programas preventivos, supondría la verificación de la necesidad de profesionales de enfermería altamente formados y la garantía de continuidad para la especialidad de enfermería en salud mental, ampliando el campo de actuación de los mismos más allá de las unidades psiquiátricas.

### **Medios disponibles**

El presente estudio se llevaría a cabo por un equipo investigador formado por 4 enfermeros especialistas en salud mental que se repartirían las tareas de planificación o preintervención, recogida y análisis de los datos y elaboración de conclusiones.

El SUMMA 112 posee aulas de docencia situadas en la sede de la gerencia disponibles para realizar el estudio, así como la dotación de medios audiovisuales y mobiliario.

La Fundación para el Desarrollo de la Enfermería es una fundación sin ánimo de lucro que tiene por objetivos:

- Potenciar el desarrollo de la salud en todas sus vertientes
- Contribuir a la prevención y mejora de las situaciones de desigualdad social, marginación y/o necesidad, fomentando las iniciativas de solidaridad e interés general que promuevan la calidad de vida infantil, de los mayores, de la mujer, de los trabajadores, de los discapacitados, de los

drogodependientes, de los afectados por VIH/SIDA, de inmigrantes, refugiados y desplazados, de reclusos, así como la promoción del voluntariado

Dispondríamos de las estructuras que posee la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería: Salas de entrevista, biblioteca con acceso a las principales bases de datos, recursos informáticos, así como de personal cuyo apoyo puntual pueda ser necesario en algún momento de la investigación.

### Justificación

Material inventariable: Para la realización del proyecto necesitaremos adquirir un ordenador portátil que permitiría a los investigadores agilizar el procesamiento de los datos recogidos, así como impresora y pendrive para facilitar el intercambio de información entre los miembros del equipo investigador

Material fungible: En cuanto al material de fungible se precisará material de oficina, telecomunicaciones, fotocopias, etc. necesarias en las diferentes fases de recogida, análisis de datos y divulgación del proyecto, así como el alquiler de un apartado de correos y de sobres prefranqueados para el envío de los cuestionarios por parte de los profesionales.

Viajes y dietas: Precisaremos los billetes de transporte necesarios para los desplazamientos del equipo durante el trabajo de campo, así como las dietas para los viajes necesarios para difundir los resultados en los foros dedicados tanto a la investigación sanitaria y a foros de enfermería en salud mental.

Apoyos externos: Se hace necesario el apoyo de una persona experta en el manejo del programa de datos estadísticos SPSS para realizar la base de datos y el análisis de los mismos. También precisaremos apoyo de un administrativo para la introducción de los datos en la base.

Traducción: Para poder llevar las conclusiones a foros internacionales será necesario la traducción por parte de un traductor profesional del texto.



## Presupuesto

<b>1. Gastos de personal</b>	
<b>SUBTOTAL</b>	
<b>2. Gastos de ejecución</b>	
<b>a) Adquisición de bienes y contratación de servicios</b> (Inventariable, fungible y otros gastos)	
Material informático (ordenador, impresora, pendrive)	1200,00 €
Bibliografía (global)	1200,00 €
Material de oficina	1200,00 €
Correos, comunicaciones, alquiler apartado de correos, servicios y gastos varios	1800,00 €
Evento de difusión de los resultados a los representantes del SUMMA 112 y a los profesionales sanitarios	1200,00 €
Alquiler de local presentación de los resultados a representantes sanitarios	610,00 €
Diseño y elaboración de base de datos estadística	800,00 €
Introducción de datos	2400,00€
Apoyo estadístico para el análisis de los datos.	1500,00 €
Traducciones informe de investigación para su difusión	700,00 €
<b>SUBTOTAL</b>	<b>11.710,00 €</b>
<b>b) Viajes y dietas</b>	
Dietas de campo	500,00€
Encuentro Investén: Foro de investigaciones	2000,00€
Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental	2000,00€
Congreso Internacional de Salud Mental	3000,00€
<b>SUBTOTAL</b>	<b>7.500,00 €</b>
<b>SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN</b>	<b>19.210,00 €</b>
<b>TOTAL AYUDA SOLICITADA</b>	<b>19.210,00 €</b>

**ANEXO 1: Formulario datos excluyentes**

Agradeciendo de antemano su colaboración con el presente estudio, el equipo investigador le informa que todos los datos solicitados serán recibidos por el equipo investigador del presente estudio en el apartado de correos arrendado para la ocasión, garantizando así que las respuestas en este formulario vertidas tendrán carácter confidencial, no siendo posible la filtración de las mismas a la empresa donde usted trabaja.

Para garantizar lo arriba expuesto rogamos introduzca el formulario, una vez contestado, dentro del sobre prefranqueado que encontrará adjunto, y lo deposite dentro de cualquier buzón de correos.

Nombre:	
Apellidos:	
Sexo:	Edad:
Estado civil:	
Categoría:	
Antigüedad en el dispositivo:	Antigüedad en la profesión:
Tipo de contrato (Fijo, interino, eventual):	

Por favor, marque una cruz donde corresponda:

	SI	NO
Actualmente se encuentra en servicio activo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente se encuentra de baja laboral:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido diagnosticado alguna vez de trastorno de ansiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tomado tratamiento ansiolítico en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido diagnosticado alguna vez de depresión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha seguido tratamiento con antidepresivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ANEXO 2: Consentimiento informado

Yo,....., de..... años de edad, con DNI n°....., Categoría..... UME/VIR..... Turno....., manifiesto haber recibido y comprender toda la información pertinente acerca del estudio experimental de tipo ensayo clínico aleatorizado que pretende evaluar si una intervención enfermera basada en la terapia cognitivo-conductual es capaz de prevenir el estrés laboral.

Mi participación en el estudio tiene un carácter voluntario, pudiendo retirarme del mismo en cualquier momento.

Los datos personales así como los resultantes del estudio tendrán carácter confidencial y serán tratados en su conjunto, no de manera individual.

Tomando todo ello en consideración, otorgo mi consentimiento a participar en el proyecto.

Fecha.....

(Firma de el/la participante)

### **ANEXO 3: Contenido de las sesiones**

Distribución de tareas: La intervención será realizada en su totalidad por el equipo investigador formado por tres Enfermeras Especialistas en Salud Mental.

Una de ellas será la encargada de realizar todas las sesiones de las que consta la intervención en la terapia cognitivo-conductual relacionadas con los conocimientos teóricos acerca del estrés laboral, sus signos y síntomas y las herramientas para combatirlo.

Otra será la encargada de llevar a cabo los talleres donde se ponen en práctica las técnicas de respiración y relajación.

La tercera será la encargada de llevar a cabo los talleres relacionados con las habilidades sociales y conductuales.

Cada enfermera especialista en Salud Mental se encarga de un módulo específico sin participar en los demás para evitar posibles sesgos en los resultados que pudieran deberse a diferencias entre un profesional u otro.

#### Primera Sesión

Objetivo: Recibir toda la información necesaria y pertinente acerca del grupo y su funcionamiento.

Material: Sala, Ordenador, Cañón Proyector

Bienvenida y presentación del equipo.

Información sobre el grupo, encuadre.

Repartir cronograma y material teórico.

Normas del grupo:

- Confidencialidad de los contenidos
- Respeto mutuo
- Intención de participar en al menos 7 de las 8 sesiones semanales
- Puntualidad
- Compromiso por parte de los sujetos de intentar poner en práctica las habilidades aprendidas.

Recoger dudas, comentarios, sugerencias

Agradecer la participación

#### Segunda Sesión

Objetivo: Adquirir conocimientos acerca de qué es el estrés, el estrés laboral, estresores y mecanismos de afrontamiento.

Material: Sala, Ordenador, Cañón Proyector

Contenidos Teóricos:

El estrés es uno de los riesgos laborales más importantes en el personal sanitario, junto a los riesgos físicos, químicos y biológicos. Se pretende trasladar la información y formación que requieren los profesionales, conocer el estrés y saber distinguir las alarmas de aviso que nos da nuestro organismo, y que o bien por desconocimiento o bien por no saber la trascendencia de lo que nos puede ocurrir no le damos la suficiente importancia.

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye. En la actualidad, es uno de los términos más utilizados. Todos hablamos de estrés. Selye, definió el estrés, como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante.

El concepto de estrés laboral, según aparece en los documentos divulgativos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1997) desde una perspectiva integradora, se define como "la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas". El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización.

Se utiliza el término de "estresor o situación estresante " para referirse al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés en el profesional.

Los estresores, pueden ser de dos tipos:

- a) Psicosociales. Pueden generar estrés por el significado que la persona les asigna.
- b) Biogénicos. Son situaciones que pasan a ser estresores por su capacidad para producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos que automáticamente disparan la respuesta de estrés.

En toda situación de estrés, existen una serie de características comunes:

- Se genera un cambio o una situación nueva.
- Suele haber falta de información.
- Incertidumbre. No se puede predecir lo que va a ocurrir.
- Ambigüedad: cuanto más ambigua sea la situación, mayor poder estresante generará.
- La inminencia del cambio puede generar todavía más estrés.
- En general, se tienen habilidades para manejar las nuevas situaciones.
- Se producen alteraciones de las condiciones biológicas del organismo que nos obligan a trabajar más intensamente para volver al estado de equilibrio.
- Duración de la situación de estrés. Cuanto más tiempo dure una situación nueva, mayor es el desgaste del organismo.

Se describen tres fases sucesivas de adaptación del organismo:

1. Fase de reacción de alarma: Ante un estímulo estresante, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, para la acción, tanto para luchar como para escapar de; estímulo estresante. Se genera una activación del sistema nervioso con las típicas manifestaciones de sequedad de boca, pupilas dilatadas, sudoración, tensión muscular, taquicardia, aumento de frecuencia respiratoria, aumento de la tensión arterial, aumento de la síntesis de glucosa y de la secreción de adrenalina y noradrenalina.

Se genera también una activación psicológica, aumentando la capacidad de atención y concentración. Es una fase de corta duración y no es perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.

2. Fase de resistencia: Aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación.

3. Fase de agotamiento: Como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continúa o adquiere más intensidad pueden llegar a superarse las capacidades de resistencia, y el organismo entra en una fase de agotamiento, con aparición de alteraciones psicosomáticas.

Las fuentes de estrés, se clasifican en:

- Sucesos vitales intensos y extraordinarios. Aparece cuando se producen situaciones de cambio como separación matrimonial, despidos de trabajo, muerte de familiares próximos, etc.

- Sucesos diarios estresantes de pequeña intensidad. Según algunos autores este tipo de sucesos pueden provocar efectos psicológicos y biológicos más importantes que los que puedan generar acontecimientos más drásticos como la muerte de un familiar próximo.

- Sucesos de tensión crónica mantenida: Son aquellas situaciones capaces de generar estrés mantenido durante períodos de tiempo más o menos largos. El estrés que supone tener un hijo que tiene problemas cada día a consecuencia de una enfermedad, drogadicción, etc.

#### TIPOS DE ESTRESORES LABORALES:

a) Estresores del ambiente físico, entre los que se encuentran:

- La iluminación. No es lo mismo trabajar en turno nocturno que en el diurno.
- El ruido. Trabajar con alarmas continuamente, puede afectar no sólo al oído, sino al desempeño del trabajo: satisfacción, productividad, etc. .
- Ambientes contaminados. La percepción de los riesgos, puede producir mayor ansiedad en el profesional, repercutiendo en el rendimiento y en el bienestar psicológico.
- La temperatura. A veces trabajar en un ambiente caluroso genera un tremendo disconfort.
- Peso. Los profesionales que han de trabajar en quirófano muchas horas con delantales o guantes protectores de plomo pueden estar sometidos a cargar con un peso importante. El cansancio puede duplicarse.

b) Estresores de la tarea. La generación de estrés varía de unas personas a otras, ya que las características de cada tarea y de lo que genera en los profesionales va en función de lo que gusta o no hacer. Cuando la tarea se adecua a las expectativas y a la capacidad de profesional, contribuye al bienestar psicológico y supone una importante motivación. Entre estos estresores se encuentran:

- La carga mental de trabajo. Es el grado de movilización de energía y capacidad mental que el profesional pone en juego para desempeñar la tarea. Ejemplo: tener que preparar 25 sueros llenos de medicación en un horario reducido.
- El control sobre la tarea. Ocurre cuando no se controla la tarea, es decir, cuando las actividades a realizar no se adecuan a nuestros conocimientos. Ejemplo: Han cambiado a un profesional de puesto de trabajo, y ha sido trasladado a un servicio de nefrología, cuando resulta que los cinco últimos años ha trabajado en la unidad de cardiología. No controla la tarea a realizar y no se atreve a tomar las iniciativas adecuadas por temor a la falta de conocimientos y atención que requieren este tipo de pacientes.

c) Estresores de la organización: Los estresores más importantes que aparecen en la organización son los siguientes:

- Conflicto y ambigüedad del Rol. Ocurre cuando hay diferencias entre lo que espera el profesional y la realidad de lo que le exige la organización. Puede haber conflictos como por ejemplo recibir ordenes contradictorias de un responsable de enfermería o cuando los deseos y metas no se corresponden con lo que realmente estamos haciendo. Cuando no se tiene claro lo que se tiene que hacer, los objetivos del trabajo y la responsabilidad inherente que conlleva, nos puede estresar de forma importante.
- Tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, sentirse observado-criticado por los compañeros, las dificultades de comunicación y las escasas posibilidades de promoción. Estos factores también pueden generar estrés laboral.
- La jornada de trabajo excesiva produce desgaste físico y mental e impide al profesional hacer frente a las situaciones estresantes. Por ejemplo una jornada nocturna puede ser más larga que una de mañana o tarde y por tanto al final de la jornada, el profesional se encontrará más agotado y su capacidad física y mental puede verse disminuida.
- Las relaciones interpersonales pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés. Piénsese en un profesional desequilibrado emocionalmente que hace la vida imposible a todos sus compañeros. Es una fuente continua de estrés. Por el contrario, cuando existe

buena comunicación interpersonal y cuando se percibe apoyo social y de la organización, se amortiguan los efectos negativos del estrés laboral sobre nuestra salud.

- Promoción y desarrollo profesional. Si las aspiraciones profesionales no se corresponden con la realidad por falta de valoración de méritos, se puede generar una profunda frustración apareciendo el estrés.

#### Contenidos Prácticos:

Durante esta sesión se procederá a formar un grupo de discusión de 1 hora de duración donde se expondrán los estresores percibidos por los sujetos.

Los últimos 20 minutos se dedicarán a una Sesión de Relajación según Schultz.

#### Tercera Sesión

Objetivo: Adquirir conocimientos respecto a la ansiedad y los mecanismos de autocontrol.

Material: Sala, Ordenador, Cañón Proyector

#### Contenidos Teóricos:

El término ansiedad es bastante ambiguo pues puede aplicarse para referirse a una emoción, una respuesta fisiológica ante situaciones de peligro, a un síntoma que se presenta en múltiples enfermedades físicas y psíquicas, o a un grupo de trastornos mentales.

Niveles normales de ansiedad, cuantitativa y cualitativamente pueden favorecer el desarrollo personal y el enfrentamiento de situaciones adversas. Aún en estas circunstancias en que la ansiedad tiene un valor adaptativo, suele experimentarse como una vivencia desagradable.

#### Síntomas psíquicos:

- Preocupación excesiva
- Dificultades de atención y concentración.
- Hipervigilancia
- Irritabilidad y nerviosismo.

#### Síntomas físicos:

- Tensión muscular.
- Fatigabilidad
- Trastornos del sueño.
- Hiperactividad vegetativa: diarrea, ardor, sequedad de boca...
- Cefaleas
- Aumento de la frecuencia cardiaca y de la TA.

Es importante recordar que la ansiedad es una reacción normal. No se puede hacer que desaparezca por completo de la vida de una persona, pero si se puede aprender a manejarla y controlarla.

Las técnicas más habituales de afrontamiento y superación del estrés son las siguientes:

- Técnicas respiratorias: Muy útiles en los procesos de ansiedad, hostilidad, resentimiento, tensión muscular, fatiga y cansancio crónico.
- Técnicas de relajación: Son útiles en la ansiedad, depresión, impotencia, baja autoestima, fobias, miedos, tensión muscular, hipertensión, cefaleas, alteraciones digestivas, insomnio, tics, temblores, etc.

- Técnicas de entrenamiento autógeno: útiles en tensión muscular, hipertensión, alteraciones digestivas, fatiga, cansancio crónico, insomnio y otras alteraciones del sueño.
- Técnicas de detención del pensamiento: útiles en ansiedad ante situaciones concretas, fobias, miedos, obsesiones, pensamientos indeseados.
- Técnica del rechazo de ideas absurdas: Se utiliza en procesos ansiosos generalizados, depresión, desesperanza, impotencia, baja autoestima, hostilidad, mal humor, irritabilidad, resentimiento, etc.
- Técnicas de afrontamiento de problemas: Utilizadas en fobias y miedos y en ansiedad ante situaciones determinadas.
- Técnica de afrontamiento asertivo: Técnicas utilizadas en obsesiones, pensamientos indeseados, en problemas de comunicación y ansiedad ante situaciones personales.
- Técnicas de biorretroalimentación: Efectivas en procesos ansiosos generalizados, tensión muscular, hipertensión, cefaleas, dolores de cuello y espalda, espasmos musculares, tics, temblores, etc.

#### Contenidos Prácticos:

Se formará un grupo de discusión de 1 hora de duración durante el cual se recogerán los signos y síntomas percibidos por los profesionales así como las técnicas de afrontamiento que mejor conocen y manejan.

Los últimos 20 minutos se dedicarán a una Sesión de Relajación según Schultz.

#### Cuarta Sesión

**Objetivo:** Adquirir conocimientos respecto a las técnicas de relajación y respiración.

**Material:** Sala, Ordenador, Cañón Proyector, colchonetas, música relajante.

#### Contenidos Teóricos:

##### Técnicas de Respiración

La respiración diafragmática, que emplea el diafragma para respirar y no el pecho o los hombros, es una de las técnicas respiratorias básicas que nos ayudará a mejorar nuestra respiración y a reducir el nivel de estrés.

El diafragma: es un músculo situado en la base de la caja torácica, que al expandirse y contraerse, genera un efecto de vacío, empleando la fuerza abdominal para llevar aire a los pulmones.

Consejo: aunque respire con el pecho, si toma más aire cada vez que inhala, notará los efectos de inmediato. Con el tiempo, puede conseguir estabilizar el pH de la sangre. Notará cómo respira con más lentitud.

##### El Entrenamiento Autogeno De Schultz

"El principio sobre el que se fundamenta el método consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos."

##### EL LUGAR PARA REALIZAR LOS EJERCICIOS

En general las condiciones del lugar donde realicemos la práctica tiene que cumplir unos requisitos mínimos:



- Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes.
- Temperatura adecuada: la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.
- Luz moderada: es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.

#### LA POSICIÓN PARA LA RELAJACIÓN

Para el entrenamiento autógeno podemos utilizar tres tipos de posiciones:

1. Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.
2. Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.
3. Sentados en un taburete o banqueta sin respaldo; en esta modalidad utilizaremos una posición descrita por Schultz y que él llama "la posición del cochero": "Se caracteriza por el hecho de descansar la persona, sentada, el peso de la mitad superior de su cuerpo sobre la región dorsolumbar relajada, en posición de "dorso del gato [..]. Esta actitud corporal pasiva la encontramos en muchos profesiones que exigen permanecer sentado durante muchas horas, sin apoyo para el dorso. La designamos por tanto como "postura del cochero".

#### CONSEJOS PARA FACILITAR LA RELAJACIÓN

Durante la práctica del entrenamiento autógeno hay que esforzarse en repetir las diferentes fórmulas propuestas, no como algo ajeno, sino como algo que tiene sentido dándoles un sentido monótono y rítmico; intentando que nuestra mente este completamente centrada en la frase propuesta.

Por otro lado tenemos que entregarnos a los diferentes ejercicios sin una gran presión por el rendimiento, asumiendo que se está en período de aprendizaje y que los aprendizajes muchas veces son costosos.

#### Contenidos Prácticos:

Se dará paso a la puesta en práctica de las técnicas de respiración.

#### Observación de la respiración

1. En pie y respirando.- Esta es la primera y más sencilla de las técnicas que sirve para saber si nuestra respiración es diafragmática. Consiste en ponerse de pie y colocar una mano sobre el pecho y otra sobre el estómago. Durante un minuto, respire con normalidad. Al inhalar, observe sus manos, ¿cuál de ellas se mueve? Si es la mano que está sobre el estómago, está haciendo una respiración diafragmática. Si es la mano que está sobre el pecho, la respiración es pectoral o superficial, que es menos eficaz y no produce los beneficios de una respiración más profunda.
2. Tiéndase en el suelo sobre la colchoneta y colóquese en decúbito supino; los ojos cerrados.
3. Dirija la atención a su respiración. Coloque una mano en el lugar del cuerpo que vea que sube y baja cada vez que inspira y expira. Si es la mano que está sobre el estómago, está haciendo una respiración diafragmática. Si es la mano que está sobre el pecho, la respiración es pectoral o superficial, que es menos eficaz y no produce los beneficios de una respiración más profunda.

#### Respiración profunda

1. Tiéndase sobre la colchoneta. Doble las rodillas y separe los pies unos veinte centímetros, dirigiéndolos suavemente hacia fuera. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta.

2. Espiración 1. Concentré primero en la espiración: espire a fondo varias veces, trate de quedarse sin aire en los pulmones, expúlselo todo haciendo un gesto de contracción del abdomen.. Verá que el aire quiere entrar al los pulmones por sí solo (sobretudo si intenta mantenerlos vacíos durante unos segundos...)

3. Espiración 2. Intente que la espiración sea lenta, larga y profunda. También silenciosa (aunque al principio despreocúpese de este importante detalle). Intente concentrar en el movimiento del diafragma. Repita el ejercicio unos 8 minutos (mínimo).

4. Espiración 3. Tras estos intentos, verá como tenderá a inspirar más profundamente y que su abdomen empieza a jugar un papel más activo. Haga un último intento cuando espire emita el sonido ON. No es un capricho. Le ayudará a que la espiración sea continua y lenta. También muy relajante dado que le hará vibrar la caja torácica y la zona abdominal. Primero la vocal OOOOOO..... al final de la respiración: MMMM

5. Inspiración. Notará que la inspiración viene por sí sola. Entre aire en los pulmones, el diafragma baja, el abdomen se hincha (ojo es el diafragma el que trabaja, ...que le abdomen se hinche es una consecuencia del aire que entra en los pulmones no la causa).

#### Sesión de Relajación según Schultz

Debemos intentar que nuestro tono sea pausado y monótono:

1. ¡El brazo derecho (izquierdo) pesa mucho! (5 ó 6 veces, en tono monótono como una cinta magnetofónica).... ¡Estoy muy tranquilo! (tan solo una vez), también de un modo automáticamente monótono.

2. Primero realizar el primer ejercicio y luego "¡El brazo derecho (izquierdo) está muy caliente!" (Repetir 5 ó 6 veces)... "¡Estoy muy tranquilo!" (Sólo una vez). A partir de este punto vamos alternando los ejercicios I y II; primero el I después otra vez el II.

3. Primero el primer ejercicio, luego el segundo y después continuamos con "¡El corazón late tranquilo, fuerte, siempre igual!" (5 ó 6 veces)... "¡Estoy muy tranquilo!" (Sólo una vez). A partir de este punto alternamos los ejercicios I, II y III.

4. Primero el ejercicio I, luego el II y después el III; a continuación continuamos con "?Respiro muy tranquilo!" (Repetir 5 ó 6 veces)... "¡Estoy muy tranquilo!" (Sólo una vez). Luego repetimos nuevamente los ejercicios I, II, III y IV.

5. Primero el ejercicio I, luego el III, después el III, a continuación el IV y seguimos con "¡El plexo solar irradia calor!" (Repetir 5 ó 6 veces)... "¡Estoy muy tranquilo!" (Sólo una vez); a continuación: I, II, III, IV, V, etc.

6. Primero I, II, III, IV y V, luego "¡Siento algo de frescor en la frente!" (De dos a seis veces)... "¡Estoy muy tranquilo!" (Tan solo una vez); a continuación I, II, III, IV, V, VI, etc.

Al finalizar esta sesión se proporcionará a los participantes un CD grabado con la sesión de relajación aconsejándoles que la practique en su domicilio dos veces al día, una por la mañana antes de levantarse y otra por la noche al acostarse.

#### Quinta Sesión

Objetivo: Intervención a nivel cognitivo "Lo que pienso".

Material: Sala, Ordenador, Cañón Proyector, colchonetas, música relajante.

**Contenidos Teóricos:**

La reestructuración cognitiva es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva y la práctica de hábitos cognitivos nuevos.

Situación → Pensamiento (sentimiento) → error cognitivo → Reestructuración → Pensamiento (Sentimiento) Nuevo → Actuar	
ERROR COGNITIVO	REESTRUCTURACIÓN
Abstracción Selectiva Fijarse en lo negativo	Fijarnos en la negativo y resolverlo Fijarnos en lo positivo y reforzarlo
Expresiones Desmedidas Magnificar lo negativo Minusvalorar lo positivo	Dar valor a ambos Ajustar (replantear la situación) Reforzar lo positivo Resolver lo negativo
Etiquetas y auto etiquetas Todo, nada, siempre, nunca	Matizar Replantear Concretar Descubrir
Catastrofismo "Seguro que.....", "Y si...."	Valorar datos de probabilidad Prevenir errores Mitigar los efectos

**Contenidos Prácticos:**

Se llevará a cabo un rol-playing entre los participantes donde se escenificarán situaciones descritas como estresantes en la segunda sesión, un participante expresará los errores cognitivos y el otro llevará a cabo la reestructuración. Así se irán poniendo en práctica todas las situaciones detectadas como estresantes en la segunda sesión y participarán todos los miembros del grupo.

Los últimos 20 minutos se dedicarán a una Sesión de Relajación según Schultz.

**Sexta Sesión**

**Objetivo:** Adquirir conocimientos respecto a las técnicas de afrontamiento.

**Material:** Sala, Ordenador, Cañón Proyector, colchonetas, música relajante.

**Contenidos Teóricos:**

Aprender a controlar los pensamientos inquietantes

Hay pensamientos que pueden producir o mantener un alto nivel de ansiedad, conseguir no prestar atención a estos pensamientos hará que la persona se sienta mejor.

- Técnicas de distracción

La distracción puede consistir en que el terapeuta indique, con un previo acuerdo en función de las actividades de distracción de relevancia y agrado para el paciente, lo siguiente: centrar la atención en los elementos del ambiente verbalizándolos, siendo lo más detallista posible ( por ejemplo, "en este restaurante hay diez mesas con manteles blancos, las paredes son azul claro con una ventana cada cuatro mesas. Hay una señora que...."); evitar el ambiente (por ejemplo, alejarse de un bar, esquina o lugar de consumo. Puede ir a visitar un amigo, a dar un paseo, etc.); hablar sobre algún tema iniciando una conversación con amigo o familiar, recitar un poema o cantar una canción favorita. (Generalmente, algunos pacientes prefieren traerlo escrito y leerlo); realizar actividades domésticas, ejercicio (por ejemplo, salir a correr, realizar

determinado número de sentadillas, etc.) jugar un videojuego, juego de mesa o rompecabezas. En general estas distracciones se pueden combinar y complementar según las particularidades del paciente. Concentrarse en alguna actividad mental o física que capte su atención.

- Detención del pensamiento

Lograr detener los pensamientos puede ayudarle a vencer las dudas y preocupaciones constantes que pueden interferir en la relajación.

Forma de proceder.

1) Identificar la aparición de estos pensamientos lo más rápidamente posible. Para lograrlo pueden ser útiles estrategias como hacer una alto cada hora (o cada vez que se mira al reloj, o se ve un semáforo en rojo, o un determinado objeto), para dirigir la atención, durante breves segundos, a identificar qué se está pensando y constatar si alguno de estos pensamientos inadecuados están presentes. Otra posibilidad es que las propias sensaciones de malestar sirvan como clave para pararse a analizar qué es lo que se está pensando.

2) Una vez identificados los pensamientos negativos hay que expresarlos verbalmente. Es importante que la verbalización sea lo más parecida a los pensamientos y la forma en que éstos se presentan, es decir, como si se pensara en voz alta. Por ejemplo: "Qué horror!, jamás superaré este problema. No quiero levantarme ni ir a trabajar. No quiero ver a nadie"

3) A continuación hay que establecer cuál va a ser el estímulo que se va a utilizar para detener el pensamiento. Puede utilizarse cualquier estímulo suficientemente intenso que se pueda producir a voluntad y sea capaz de atraer inmediatamente la atención, como un ruido intenso (por ejemplo una palmada o un grito -como "Basta", "Stop", "No"- o algo físico -como ponerse una goma de pelo en la muñeca y estirarla y soltarla de golpe - , o ambas cosas).

A continuación se seguirán los siguientes pasos:

Paso 1º: Con los ojos cerrados para concentrarse mejor, se comienza a generar de manera voluntaria la cadena de pensamientos expresándolos en voz alta. Escasos momentos después de haber comenzado (3-5 segundos) se interrumpe de manera inmediata la cadena con ayuda del estímulo elegido de antemano (por ejemplo, palmada y grito de "basta" ó "gomazo" y grito de "Basta"...). Inmediatamente después, para que no vuelva a aparecer esta cadena, se llevará a cabo una tarea distractora que permita centrar la atención.

Paso 2º: Ahora la cadena de pensamientos se genera sólo mentalmente, sin expresarla en voz alta. Cuando se percibe con claridad se procede como en el caso anterior: se interrumpe con el estímulo elegido (siempre será el mismo) y se centra la atención durante 20-30 segundos en la tarea distractora elegida de antemano (también conviene que sea siempre la misma). Se repite varias veces este paso (8-10) antes de avanzar al siguiente.

Paso 3º: Ahora la cadena de pensamientos se genera sólo mentalmente, y cuando se percibe con claridad se interrumpe con el estímulo elegido, pero en este caso el estímulo se aplica mentalmente (se grita "basta" o "stop" de forma imaginaria, no verbal). Inmediatamente después se pasa al ejercicio de centrar la atención, como en los casos anteriores. Se repite el paso hasta conseguir dominar la técnica y detener los pensamientos.

La detención del pensamiento incluye concentrarse en los pensamientos no deseados y, después de un corto periodo de tiempo, detener y vaciar la mente. Por lo general, se utiliza la orden de «stop» o bien algún ruido fuerte, para interrumpir los pensamientos desagradables.

- Autorrefuerzo y autoapoyo.

Cuando nos valoramos a nosotros mismos, y más importancia y atención positiva damos a las cosas que hacemos, más fácil será el que nos encontremos bien, seguros de nosotros mismos. Los pensamientos de contenido positivo, referidos a nosotros mismos y a lo que nos rodea, también tienen un efecto positivo sobre nuestro estado de ánimo.

Contenidos Prácticos:

Se llevará a cabo un rol-playing entre los participantes donde se escenificarán situaciones descritas como estresantes en la segunda sesión, se intentará poner en práctica las habilidades descritas en la parte teórica deberán participar todos los miembros del grupo.

Los últimos 40 minutos se dedicarán a una Sesión de Relajación según Schultz.

Séptima Sesión

Objetivo: Adquirir conocimientos respecto a más técnicas afrontamiento a nivel motor "Lo que hago"

Material: Sala, Ordenador, Cañón Proyector, colchonetas, música relajante.

Contenidos Teóricos:

Técnica para la solución de problemas:

Este sistema es una variable del método científico.

1. Orientación General: Identificar las soluciones problemáticas, inhibir las respuestas impulsivas y buscar soluciones a cada situación
2. Definición del problema y respuesta habitual del mismo: Expresado de forma clara y concreta, susceptible de observación y cuantificación.
3. Generar el mayor número posible de alternativas: Estrategia del brainstorming.
4. Toma de decisiones: Elegir la alternativa más adecuada y útil teniendo en cuenta nuestra experiencia, los valores, la intuición y tener en cuenta las consecuencias.
5. Verificación: Evaluar la eficacia de la respuesta o solución elegida a la situación.
6. Si no se alcanzan los objetivos se deberán pensar otras alternativas o volver a considerar las estrategias ya elaboradas en los pasos anteriores.

Contenidos Prácticos:

Se llevará a cabo un caso práctico eligiendo una situación real.

Los últimos 40 minutos se dedicarán a una Sesión de Relajación según Schultz.

Octava Sesión

Objetivo: Evaluar las habilidades aprendidas y su aplicabilidad.

Material: Sala, colchonetas, música relajante.

Contenidos Prácticos:

Se llevará a cabo un grupo de discusión en el que los participantes evaluarán las habilidades aprendidas y su aplicabilidad a su actividad asistencial.

Los últimos 40 minutos se dedicarán a una Sesión de Relajación según Schultz.