UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

"ESTRÉS LABORAL EN LOS MÉDICOS TRATANTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA Y SU IMPACTO EN EL ESTADO EMOCIONAL. PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2015"

Tesis de grado previo a la obtención del título de: Psicólogo Clínico.

AUTOR:

Francis David Sarango Ribera

DIRECTOR:

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Dra.

Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que la tesis de grado titulada: **"ESTRÉS LABORAL EN LOS MÉDICOS TRATANTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA Y SU IMPACTO EN EL ESTADO EMOCIONAL. PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2015"**; de autoría del Sr. Francis David Sarango Ribera, ha sido dirigida y revisada en su integridad, por lo que autorizo su publicación.

Loja, junio de 2015

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, *Francis David Sarango Ribera*, declaro ser autor de la tesis titulada: "ESTRÉS LABORAL EN LOS MÉDICOS TRATANTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA Y SU IMPACTO EN EL ESTADO EMOCIONAL. PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2015", como requisito para optar al grado de: PSICÓLOGO CLÍNICO, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los dieciocho días del mes de junio del dos mil quince, firma el autor.

Firma: _____

Autor: Francis David Sarango Ribera

Cédula: 1105029092

Dirección: Esteban Godoy. Av. Tnte: Geovanny Calles 2404 **Correo: Electrónico:** fran1690@live.com.ar

Teléfono: 2 548 549 **Celular:** 0991092826

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

Tribunal de Grado: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Dra. María Susana González García

Lic. Diego Segundo Andrade Mejía

AUTORÍA

Los conceptos, ideas, criterios e información que contiene el presente trabajo, son de responsabilidad exclusiva de su autor.

Francis David Sarango Ribera

CI. 1105029092

Loja, 18 de junio del 2015

AGRADECIMIENTO

Al culminar este esfuerzo por alcanzar el Grado de Psicólogo Clínico, dejo constancia de mi agradecimiento a:

Dios, por la vida y la oportunidad que me ha dado al alcanzar este tan anhelado sueño.

A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, particularmente a los Docentes de la Carrera de Psicología Clínica por haberme formado académicamente, y de manera especial a la Dra. Anabel Larriva Borrero, asesora y Directora de Tesis, por su acertada, paciente y profesional orientación en todas y cada una de las etapas de desarrollo del presente trabajo.

Al personal médico del Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, por su valiosa contribución en el proceso de investigación.

A mis padres, que realmente son aquella fuente de inspiración que siempre necesité en el trayecto de mi vida, gracias a ustedes por su formación, amor y apoyo incondicional.

A una persona de importante valía que me ha dado ese toque de cariño y fortaleza siendo indispensable en cada una de mis decisiones, ***Alexandrita.***

A todos quienes de una u otra forma, contribuyeron con su aporte moral, intelectual y económico a la consecución del presente trabajo.

A todos, ***Gracias.***

EL AUTOR

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico con todo amor y cariño a:

Raúl y María, mis padres, merecedores y dignos de todo orgullo y honra.

A mis hermanos, ***Toño, Deyber y Erikc***, con quienes he compartido toda mi vida.

A ***Alejandrito***, mi sobrino querido.

A ***Raúl, Zoilita, Santos (+), Ilda***, mis abuelitos, que con su ternura y constancia me han sabido asistir siempre.

A mis queridos tíos que de una u otra manera me tendieron una mano amiga en cada momento, de especial manera a ***Ita y Alberto***.

A cada uno de mis primos y primas, seres muy queridos y respetados, a ***Amalia*** (+), que desde la eternidad la he sentido siempre conmigo.

A un pequeñín, que a pesar de su corta edad, con su ternura y sonrisa, me enseña cada día a amarlo con amor de padre. ***Mathiquito*.**

A todos mis demás familiares, compañeros y amigos que han estado presentes en mi formación estudiantil.

EL AUTOR

ÍNDICE

Contenido	Pág.
PORTADA	I
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE	vi
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN	2
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
1. CAPÍTULO 1: ESTRÉS LABORAL	7
1.1. CONSIDERACIONES GENERALES	7
1.2. ESTRÉS	8
1.2.1. Estrés Positivo o Eustrés	9
1.2.2. Estrés Negativo o Distrés	9
1.3. ESTRÉS LABORAL	10
1.4. ESTRÉS DESDE LA PERSPECTIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD	11
1.5. LAS RESPUESTAS DE ESTRÉS Y LOS SISTEMAS DE ALOSTASIS	13
1.5.1. La Complejidad y la Individualidad de las Respuestas	15
1.5.2. Homeostasis y Sistema de Alostasis	15
1.5.3. Las Respuestas de Estrés	17
1.5.4. El Umbral Psicológico del Estrés	19
1.5.5. Las Respuestas de Estrés Agudo y Estrés Crónico	20
1.5.6. Síndrome General de Adaptación	21
1.5.7. Experiencias Aversivas y Alteraciones Psiconeuroinmunoendocronológicas.	24
1.6. SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL ESTRÉS	24
1.7. ESTRESORES LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO	26
1.7.1. Carga de trabajo y falta de personal	27
1.7.2. Contacto con el sufrimiento y la muerte	28
1.7.3. Relación con el resto del personal sanitario	29
1.7.4. Relación con los pacientes y familiares	30
1.8. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS	31
1.8.1. Síndrome de Burnout. Efectos del estrés Laboral sobre la Salud del	

Médico 33
1.9. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS 35
2. CAPITULO II: ESTADO EMOCIONAL 37
2.1. INTRODUCCIÓN 37
2.2. DEFINICIÓN DE LA EMOCIÓN 37
2.2.1. El Complejo Emocional 38
2.3. REGULACIÓN EMOCIONAL 39
2.4. NEUROFISIOLOGÍA DE LA EMOCIÓN 40
2.5. CLASIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES 44
2.5.1. Irritabilidad 44
2.5.2. Melancolía 45
2.5.3. Enojo 46
2.5.4. Ansiedad y Miedo 47
2.5.5. Optimismo 47
e. MATERIALES Y MÉTODOS 49
f. RESULTADOS 61
g. DISCUSIÓN 71
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO 73
h. CONCLUSIONES 94
i. RECOMENDACIONES 95
j. BIBLIOGRAFÍA 96
k. ANEXOS 101

a. TÍTULO

ESTRÉS LABORAL EN LOS MÉDICOS TRATANTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA Y SU IMPACTO EN EL ESTADO EMOCIONAL. PERIODO DICIEMBRE 2014-JUNIO 2015.

b. RESUMEN

El presente estudio titulado “estrés laboral en los médicos tratantes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la cuidad de Loja y su impacto en el estado emocional. Periodo diciembre 2014-junio 2015”, investiga y describe aspectos involucrados en el estrés laboral: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, así como también evalúa el estado de ánimo actual de los médicos tratantes que labora en el mencionado Hospital. Razones por las cuales me he propuesto determinar en primera instancia el estrés laboral de los médicos, por medio de la aplicación del Cuestionario Maslach Burnout Inventory; así mismo evaluar su estado de ánimo actual, a través de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA); para de ésta manera relacionar el impacto entre las dos variables y finalmente diseñar una propuesta de intervención psicológica que disminuya su sintomatología estresora. Por las características de esta investigación se adoptó una metodología Descriptiva-Transversal. En la población investigada se encontró que en cuanto al estrés laboral, la mayoría de los médicos consideran el cansancio emocional como característica principal, seguido de realización personal, no encontrándose datos de despersonalización. Mientras que en la evaluación del Estado Emocional, al momento de la aplicación de los reactivos, el 50% de los médicos tratantes percibe como emoción principal la ansiedad, seguido del 38% con alegría y el 12% con Ira-Hostilidad, no encontrándose datos de Tristeza-Depresión. Lo que indica que el estrés laboral guarda estrecha relación con el estado emocional de los médicos tratantes de los Servicios de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja

Palabras clave: Estrés, Estado Emocional, Cansancio Emocional, Ansiedad.

ABSTRACT

The present study entitled "work stress on attending physicians of the Hospital Manuel Ygnacio Monteros of the city of Loja and its impact on the emotional state. Period December 2014 - June 2015" investigates and describes aspects involved in work stress: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment, as well as assesses the current mood of the attending physicians who work in that Hospital. Reasons why I have set myself to determine in first instance occupational stress of doctors, through the implementation of the Maslach Burnout Inventory; also evaluate their current state of mind, through Rating Scale State Mood (RSSM); and in this way to relate the impact between the two variables and finally design a proposal for psychological intervention that decrease the stressing symptoms. In the population investigated (16 women and 10 men), it was found that as regards of work stress, most of the doctors consider emotional exhaustion as the main feature, followed by personal fulfillment, not finding depersonalization data. Whilst in assessing the emotional state at the moment of application of tests, the 50% of the attending physicians they perceived the anxiety as main emotion, followed by 38% with happiness and the 12% with anger-hostility, not finding Sadness-Depress data. Indicating that work stress is closely related to the emotional state of the treating physicians of the Emergency Services and Intensive Care Unit of the Hospital Manuel Ygnacio Monteros City Loja

Keywords: Stress, Emotional State, Emotional Exhaustion, Anxiety.

c. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consideran a la Salud Mental como “la condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio”.

Uno de los problemas que en la actualidad afecta de forma significativa a la salud mental es el estrés laboral, teniendo así que a nivel mundial, la competitividad, el temor a perder el empleo, la sociedad que pide a sus miembros una calma aparente, terminan agravando el distrés (estrés negativo) y sumando factores de riesgo. Sólo en los Estados Unidos, el estrés laboral cuesta más de 150 billones de dólares anuales, debido al ausentismo y bajo rendimiento que ocasiona. Mientras que en la Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER), de mayor escala, cerca de ocho de cada diez directivos europeos se muestran preocupados por el estrés laboral en sus lugares de trabajo; no obstante, menos del 30 % admiten que no aplican para abordar los riesgos psicosociales.

La Salud Mental en América Latina y el Caribe según la OPS “ha tenido que enfrentar serias limitaciones y dificultades, debido que la atención en esta área no se ha considerado prioritaria. Se ha estimado que los trastornos mentales y neurológicos representan el 12% de los AVAD (Años de vida ajustados en función de la discapacidad). La carga representada por las enfermedades mentales como psicosis afectivas, depresión mayor, abuso o dependencia de alcohol y sobre carga laboral,

se torna cada vez más significativa y estas provocan un alto grado de sufrimiento individual y social".

En nuestro país, según un estudio del máster en comunicación organizacional Óscar Nieto, solo en las industrias de Guayaquil hay el 60% de casos de hipertensión, una de las principales enfermedades derivadas del estrés. Esta patología consiste en la estrechez de las arterias y es causada por la tensión que producen las situaciones difíciles. Mientras que para la Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría (AEP), las enfermedades mentales más comunes en el Ecuador son las derivadas de las condiciones del estrés a las que están sometidas diariamente las personas. Así, la depresión, la ansiedad y también los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas son las principales enfermedades mentales que existen en el país.

En vista de que en los estudios realizados acerca de las consecuencias directas del estrés laboral, datan como resultados: la tasa de accidentabilidad, la morbilidad, y el absentismo de profesionales, considero que es necesario e importante conocer las afectaciones en cuanto al ámbito emocional de los profesionales de la salud, ocasionados por el estrés laboral razón por la que me he planteado la siguiente interrogante: ¿Cómo el Estrés Laboral impacta en el Estado Emocional de los Médicos Tratantes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja?.

Al analizar las estadísticas generales y específicas de la realidad en cuanto al estrés laboral, tenemos que entender que el estado psíquico de los trabajadores de la salud (médicos tratantes), merece una consideración más amplia, ya que los múltiples factores a los cuales están sometidos estos profesionales desencadenan dificultades en cada uno de ellos, tanto de índole físico, cognitivo, emocional y/o comportamental.

Gracias a la preocupación expuesta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la que menciona la problemática del estrés laboral en cuanto a la funcionalidad de cada uno de los trabajadores y de la productividad de las instituciones o empresas, el interés por desarrollar estrategias que permitan a los funcionarios, empleados o trabajadores desarrollarse armoniosamente en sus ocupaciones ha sido importante, ya que con el presente trabajo investigativo, pretendo reafirmar que es un hecho demostrado la interconexión entre el estrés laboral y el estado emocional de los médicos.

Esta complejidad, patológica en la mayoría de los casos, es la que plantea la necesidad del Psicólogo Clínico en cada uno de los departamentos de Talento Humano de las instituciones, empresas u organizaciones públicas y privadas, dirigido a mantener un equilibrio mental de los trabajadores, procurando la consecución del bienestar y la productividad de las mismas.

Con éstos antecedentes, considero que la realización de este trabajo investigativo permitirá entender y comprender la vulnerabilidad emocional a la que se encuentran expuestos los profesionales médicos, como consecuencia directa del estrés laboral, permitiendo en primera instancia poner en práctica los conocimientos teóricos, las habilidades y las destrezas adquiridas durante mi formación universitaria y poder obtener como objetivo final y más importante el deseado Titulo de Psicólogo Clínico de la Universidad Nacional de Loja.

d. REVISIÓN DE LA LITERATURA

3. CAPÍTULO 1: ESTRÉS LABORAL

3.1. CONSIDERACIONES GENERALES

La salud mental implica más que la mera ausencia de enfermedad mental. Involucra un amplio rango de conductas, emociones, cogniciones y aptitudes. En general, la persona que goza de buena salud mental se siente bien, tolera grados razonables de presión, se adapta a las circunstancias que cambian, disfruta de buenas relaciones personales y es capaz de trabajar de acuerdo a su capacidad. (CAVO, V. 2005)

Para la mayor parte de las personas el trabajo es un medio para satisfacer múltiples necesidades, no sólo de subsistencia, sino además de tipo social y de realización personal. Es a través del trabajo que la mayoría de los adultos adquiere y enriquece un sentido de identidad personal. El trabajo, entonces, tiene un papel positivo para la salud de las personas, se estima que una de cada cinco personas puede presentar síntomas de algún trastorno de la salud mental en el curso de un año. Las enfermedades mentales dan cuenta de una proporción significativa del ausentismo laboral, y su costo las ubica entre las más importantes causas de pérdida de productividad y de años de vida perdidos por incapacidad. (TRUCCO, M. 2004).[i]

La relación entre las diversas dimensiones de la vida laboral que pudieran influir sobre la salud mental de las personas en el trabajo es dinámica e interactiva, como relata el Dr. Trucco (1998; 2002) en varias de sus publicaciones. A la relación entre aquellos factores propios del trabajo y la salud, se debe agregar aquella que se produce entre el trabajo y la vida personal, familiar y social del trabajador, así como aquella entre el

ambiente y las vulnerabilidades psicológicas y genéticas de cada individuo.

Desde el punto de vista individual, afrontar el estrés laboral es difícil, porque no hay demasiadas cosas que se puedan hacer para modificar el entorno. Además, no es preciso que haya importantes sucesos estresantes para que se produzca estrés laboral sino que la acumulación de pequeños eventos diarios puede ser fuente de considerable estrés. (CHAMBERLAIN K., ZIKA S., 1990)[ii]

.

3.2. ESTRÉS

Para poder llegar a una acertada definición del estrés, primeramente debemos superar inagotables matices y reticencias, como aquellas que expresan Hinkle et al. (1974), y Mason (1975) cuando llegan a proponer el abandono de la denominación <<estrés>>, o aquella otra que esgrime Lazarus (1966) cuando señala que <<el estrés no es una de estas cosas: ni un estímulo, ni una respuesta, ni una variable interviniente, sino más bien un término colectivo para un área de estudio>>.

Así pues, de alguna manera nos acercamos a conceptos con un cierto propósito integrador y psicológico, debiendo tener en cuenta sobre todo la definición formulada por Lazarus y Folkman, cuando consideran al estrés como <<una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluada por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar>>.

Ahora, dándole un matiz psicológico, Valdés y Flores (1990) lo entienden como <<un estado de activación autonómica y neuroendócrina, de naturaleza displacentera, que implica un fracaso adaptativo, con cognición de indefensión e inhibición inmunológica y conductual>>.[iii]

Todavía más, integrando el estrés, en su aceptación fisiológica de origen dentro del mundo psicológico y social, tendríamos que activar la atinación autonómica y neuroendócrina, con los factores cognitivos que dirigen la evaluación de la amenaza que el sujeto percibe y con la ruptura de la unidad social. Es como si tratáramos de sumar las versiones de Selye, Lazarus y Smelser en un mismo recinto. Con un acento evidentemente conductista, Labrador (1992) ha querido cifrar esa suma en la categoría de respuesta de estrés, esto es, en la reacción del que está expuesto a situaciones estresantes. Propiamente hablando, consiste en <<un importante aumento de la actividad fisiológica y cognitiva, así como en la preparación del organismo para una intensa actividad motora>>

Hans Selye, por su parte distinguió el eustrés o estrés positivo y el distrés o estrés negativo (Sandi, Venero, Cordero, 2001).[iv]

3.2.1. Estrés Positivo o Eustrés

Se manifiesta en lo biológico, por un buen funcionamiento del Sistema Neuro-Vegetativo (SNV) y de la red psiconeuroinmunoendocrinológica.

En lo psicológico-conductual por alegría, auto confianza, mayor percepción del control, expectativas realistas, buenas relaciones interpersonales, relajación que evita sobrecarga, mejor comunicación y hábitos saludables.

3.2.2. Estrés Negativo o Distrés

Se manifiesta en lo biológico por la activación del Sistema Neuro-Vegetativo (SNV) y del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) con riesgo de padecer enfermedades.

En lo psicológico-conductual por hostilidad, ansiedad, miedo, depresión, hiperactivación sostenida, aumento de conflictos, alteraciones de las relaciones interpersonales, menos percepción del apoyo social, disfunciones sexuales, distorsiones cognitivas, aumento de accidentes por reducción de la atención y concentración, alteraciones en el sueño, actitudes agresivas.

Clasificación según su duración:

Estrés Leve: dura de segundos a horas
Estrés Moderado: con una duración de horas a días.
Estrés Severo: proceso de semanas, meses o años.[v]

3.3. ESTRÉS LABORAL

Stavroula Leka, Amanda Griffiths, exponen que el estrés laboral es 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 afrontar la situación.

Las mismas autoras señalan que aunque el estrés puede producirse en situaciones laborales diversas, a menudo se agrava cuando el empleado siente que no recibe suficiente apoyo de sus supervisores y colegas, y cuando tiene un control limitado sobre su trabajo o la forma en que puede hacer frente a las exigencias y presiones.

El estrés es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se enfrenta el individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades, por otro. El estrés pone a prueba la capacidad del individuo para afrontar su actividad, y no solo incluye situaciones en que la presión laboral excede la capacidad del trabajador para hacer frente a la misma,

sino también los casos en que no se utilizan suficientemente sus conocimientos y capacidades, y esto supone un problema para el trabajador.

En términos generales, un trabajo saludable es aquel en que la presión sobre el empleado se corresponde con sus capacidades y recursos, el grado de control que ejerce sobre su actividad y el apoyo que recibe de las personas que son importantes para él. Dado que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, (OMS, 1986), un entorno laboral saludable no es únicamente aquel en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino abundancia de factores que promuevan la salud.

Estos pueden incluir la evaluación permanente de los riesgos para la salud, el suministro de información y capacitación adecuada en materia de salud, y la disponibilidad de estructuras y prácticas institucionales de apoyo que promuevan la salud. Un entorno laboral saludable es aquel en que la salud y la promoción de la salud constituyen una prioridad para los trabajadores y forman parte de su vida laboral.[vi]

3.4. ESTRÉS DESDE LA PERSPECTIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD

Las modificaciones de los procesos nerviosos y hormonales producidas por el estrés, en la mayoría de los procesos terapéuticos son controlados por tres mecanismos básicos:

- Modificación de la Conducta emocional.
- Modificación del estilo de Vida.
- Terapia farmacológica y/o médica especializada

En realidad no se puede discutir en hecho de que estos métodos son efectivos, pero daríamos un plus al tratamiento si lo iniciamos con un análisis de la personalidad.

Como lo hemos mencionado antes, lo que enferma a una persona y a otra no, es la frecuencia con que experiencia el estrés, su intensidad y duración, así como el tiempo que requiere para recuperarse de este estado de alerta y en volver a la normalidad. Las personas que poseen una buena capacidad en resolución de conflictos y son flexibles en cuanto a adaptarse a las circunstancias pueden tener un mejor manejo del estrés. El locus de control interno como ya lo explicaremos más adelante, juega un papel determinante a la hora de afrontar los problemas, el hacerse responsable del sentir y el actuar, ayudan a vivir el estrés como un estado no patológico, así como la tolerancia a la frustración.

Las personas que refieren estar estresadas cumplen un patrón casi común en nuestro medio, pero más que nada estereotipado, generalmente son personas con mucho trabajo y poco tiempo, que requieren sacrificar el tiempo para sí mismo y su familia, en pro de cumplir con una tarea o terminar un proyecto.

Meyer Friedman y Ray Rosenman, cardiólogos norteamericanos, realizaron un estudio en cual determinaron el patrón de la personalidad de sus pacientes que sufrían de problemas coronarios y tenían mayor probabilidad de sufrir ataques cardiacos y los patrones con menor riesgo, estos patrones de conducta fueron metaforizados como reactores caliente y frío. Se describen dos patrones de conducta, denominados tipo A y B.

El primer tipo A, se caracteriza por un profundo sentido de impaciencia o urgencia en el tiempo, que lo obliga a involucrarse en más actividades

que las que puede abarcar y un alto grado de empeño en la ejecución, siendo perfeccionista e intolerante, lo cual a menudo lo lleva la hostilidad. En cuanto a la manifestación externa suele ser delgado y es típico ejecutivo que se enoja fácilmente, grita y da portazos. El tipo A presenta una mayor predisposición a úlceras gastroduodenales, hipertensión e infartos.

Las características del tipo A se basan principalmente en una inadaptación al entorno debido a un sentimiento de inferioridad, lo que produce una reacción hostil al medio. Esta hostilidad sería la base de las alteraciones psíquicas que llevan a la respuesta orgánica del estrés.

El tipo B, en cambio, tender a gordo, es externamente tranquilo, de aspecto bonachón y carece de las características urgencias del tipo A de que “el tiempo corre”.

Las características descriptivas para los tipos A y B no siempre tenían las respuestas fisiológicas que se les atribuía.[vii]

3.5. LAS RESPUESTAS DE ESTRÉS Y LOS SISTEMAS DE ALOSTASIS

3.5.1. La Complejidad y la Individualidad de las Respuestas

Aunando los aportes del Paradigma de la Complejidad, de la Teoría General de los Sistemas, de la Teoría del Caos y de la Teoría del Estrés, podemos concluir que toda experiencia produce modificaciones psicoorgánicas.

La Epigenética estudia las modificaciones producidas en el bagaje genético, desde la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), hablamos de

factores facilitadores de la expresión genética y utilizamos los términos de “facilitaciones: y “vulnerabilidades”. Genes y ambiente interaccionan constantemente.

La evidencia científica sugiere que a nivel molecular los ambientes positivos y negativos pueden alterar la expresión del gen y los procesos de transcripción y la subsecuente síntesis de proteínas e influir en la estructura y funcionamiento del cerebro humano (Albalustri, 2007: 14).
Activaciones frecuentes o crónicas de ciertos circuitos neurobiológicos, generan una hipersensibilidad y arborificación dendrítica que podrá operar como una vía facilitada de posteriores respuestas, generando así una vulnerabilidad en ese sentido.

Esta “vulnerabilidad” y “facilitaciones” darán lugar a una individualidad de las respuestas de un sujeto ante un factor o estímulo, condicionadas por un modo particular del vivenciar tanto la incitación endógena como los estímulos provenientes del exterior.

Además de las predisposiciones genéticas y facilitaciones constitucionales, y adquiridas, habrá que considerar otros factores incidentes en la forma en que un individuo procesa o afronta un estímulo.

La evaluación cognitivo-emocional que cada persona realice de un determinado estímulo, llevará a que implemente determinados mecanismos de afrontamiento y defensas según lo considere amenazante o no de su integridad.
En esta evaluación operarán asociaciones pasadas, memorias psicofísicas, circunstancias presentes y expectativas futuras en una convergencia temporal que condicionará las respuestas.

Por ello es necesario tener en cuenta los complejos procesos psico-biológicos involucrados en la constitución y funcionamiento psíquico según la historia y particularidad de cada sujeto.

Lo preexistente, el pasado, se reorganiza y da lugar a nuevas formas en interacción con el presente y visualizaciones futuras. Al momento de ser experimentadas ocasionan cautivaciones psicofísicas dejando sus huellas o memorias que operarán también como facilitaciones de respuestas.

La concepción sistémica y no determinista plantea que todo está interconectado. Capra (1998) plantea que vivimos hoy en día en un mundo interconectado en el que todos los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales son interdependientes.

Habrá que considerar los demás fenómenos para explicar toda ocurrencia, no debiendo existir una hegemonía de una disciplina científica sobre otra ya que se trata de distintos niveles sistémicos.

3.5.2. Homeostasis y Sistema de Alostasis

A los estímulos que alteran la homeostasis o equilibrio dinámico de un sistema se les llama, factores estresantes por ser generadores de respuestas de estrés, adaptativas, que procurando recuperar la homeostasis perdida ponen en funcionamiento los sistemas de alostasis.

El concepto de alostasis fue formulado en 1990 por Peter Sterling y Joseph Eyer en la Universidad de Pensylvania (Mc. Ewen, 2000).[viii]

La alostasis alude a los movimientos que se ponen en marcha, como respuesta ante un estímulo que desestabilizó el sistema, ante exigencias

internas y externas a fin de recuperar un nuevo estado de equilibrio dinámico, la homeostasis.

Pueden desencadenarse en situaciones de peligro físico o psicológico e intervienen respuestas neurovegetativas, hormonales, cardiovasculares, metabólicas, inmunes, volviendo luego los parámetros a sus valores normales (Mc. Ewen 2000).

El uso de los sistemas de alostasis por activaciones frecuentes sucesivas o crónicas de gran intensidad, conlleva a una “carga alostática”, respuestas psicofísicas desadaptativas al estrés (Lopez Mato, 2004: 209).

Hans Selye en 1936 consideró los efectos negativos de la respuesta de estrés crónica a la que llamó “distrés”. Podemos relacionar el distrés con el abuso de los sistemas de alostasis. La carga alostática coincidiría con la fase de agotamiento de Selye, con una activación prolongada que puede producir una desensibilización de los receptores (fenómeno de down regulation), o regulación en menos (Moguilevsky, 1999).

Esta desensibilización puede producir fallas en los mecanismos de autorregulación llevando a un freno en la liberación de sustancias o por el contrario a una liberación desenfrenada.

Ello junto a otros factores, puede dar lugar a síntomas opuestos, por ejemplo, una depresión cursar con hiperfagia o con anorexia o cursar con insomnio o con hipersonmia. Las fallas de estos mecanismos regulatorios pueden conducir también a; desarrollo de enfermedades inmunológicas y enfermedades autoinmunes (Costas y Artz, 1998).

3.5.3. Las Respuestas de Estrés

Las respuestas de estrés estarán condicionadas tanto por los estresores como por las características del sujeto, sus recursos y sus vulnerabilidades:

Los estresores son los agentes que provocan la respuesta de estrés y no con solamente de naturaleza física, estímulos del entorno, traumas, intervenciones quirúrgicas, etc, sino también emociones, amor, odio, así como pensamientos.

La no satisfacción de necesidades básicas como la vivienda, alimentación, trabajo, etc., constituyen Factores de Estrés:

- Factores ambientales, climas muy fríos o calientes, la actitud, la contaminación producen cambios en el medio interno y afectan las dimensiones bio-psico-sociales.
- Factores hormonales en la pubertad, ciclos menstruales y menopausias, etc.
- Factores inmunológicos, reacciones alérgicas, como causas y consecuencia.
- Conductas adictivas a sustancias tóxicas.
- Hábitos nocivos: sedentarismos, ausencia de actividades de relajación y gratificantes.
- Estresores laborales, sociales, culturales, vinculares.
- Estresores emocionales, objetivos, subjetivos, conscientes e inconscientes.
- Sucesos vitales traumáticos.
- Un virus, un factor tóxico, o cualquier otro elemento, así como las emociones, pueden afectar nuestra homeostasis (Dubourdieu en Prisma 18, 2002: 171).

Se han realizado varias pruebas y escalas de evaluación del estrés, pero su valor es relativo, dado que el estrés es un proceso que depende de los significados que el sujeto atribuya a los estímulos.

Es valor traumático de un acontecimiento dependerá de su traducción subjetiva, por lo que las pruebas que se basan en la identificación de estresores son relativas, teniendo mayor sentido las que refieren a la identificación de los síntomas de estrés.

También habrá que considerar que la memoria podrá ampliar el efecto traumático o estresante de hechos recientes y valorar mínimamente el de hechos lejanos.

R. Lazarus (1998) destacó la incidencia de la forma en que un individuo interpreta y evalúa el significado amenazante de un evento.

La efectivización del potencial estresante de los acontecimientos vitales como la tensión crónica diaria en la vida de un sujeto, estará influido por experiencias previas, aprendizajes, entrenamientos y habilidades adquiridas que se sumarán a las características del estímulo: cualidad, cantidad, duración.

- Características del Estímulo:
  - Cualidad.
  - Intensidad
  - Tiempo de exposición.
- Vulnerabilidades bio-psíquicas del sujeto:
  - Genéticas
  - Adquiridas
  - Evolutivas
  - Circunstanciales

3.5.4. El Umbral Psicológico del Estrés

El umbral psicológico del estrés permite dar cuentas de las distintas percepciones de una misma situación por diferentes objetos y por un mimso sujeto en diferentes momentos. La sensación de posibilidad de pérdida de control de una situación, se relacionaría con el distrés y constituye un factor de desorganización psicofísica.

El ideal sería un umbral suficientemente elevado como para ser superado sólo en situaciones de gran intensidad. Esto se correlacionaría con las huellas mnémicas de cada sujeto.

Las vivencias anteriores o tempranas pueden dar lugar a una mayor o menos vulnerabilidad a responder de determinada manera frente a estímulos actuales, oficiando como facilitaciones psicofísicas de reactivación de circuitos de respuesta.

El umbral psicológico no será siempre el mismo y estará influenciado por las experiencias singulares del sujeto, por su historia biológica y psicoemocional y por circunstancias temporoespaciales y evolutivas.

Las etapas evolutivas se relacionan con un diferente nivel de umbral ya que con el transcurso del tiempo se van adquiriendo mayor cantidad de estrategias defensivas y en la edad avanzada, surgen otras vulnerabilidades.

El coping o estrategias de afrontamiento incluye mecanismos de respuestas conductuales y mecanismos intrapsíquicos que se despliegan a fin de responder, amortiguar o disminuir el impacto de un estímulo.

Lazarus y Folkman (1998) plantean que puede haber distintos estilos de afrontamiento.

a) Un afrontamiento focalizado en el problema que procurará superar el mismo.
b) Un estilo de afrontamiento focalizado en la emoción, que procurará aliviar el impacto emocional del estrés.

3.5.5. Las Respuestas de Estrés Agudo y Estrés Crónico

Ante estímulos que perturban el funcionamiento homeopático de un sujeto, se produce una activación del hipotálamo, con dos ramas fundamentalmente de respuestas en cascada. La rama neurovegetativa a partir del Locus Coeruleus y liberación de catecolaminas relacionadas con inhibición del sistema inmune y el eje Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal, que a través del cortisol también produce inhibición inmunitaria.

La respuesta de estrés agudo activa fundamentalmente la ramificación simpática del sistema nervioso autónomo son un incremento en la secreción de catecolaminas. También se produce una supresión relativa en la funcionalidad de la ramificación parasimpática del sistema nervioso autónomo.

Todos estos cambios producen respuestas adaptativas ante la situación de estrés agudo, movilización de energía, aporte sanguíneo a los músculos, incremento de la activación pulmonar y cardiovascular, supresión de los procesos anabólicos de síntesis y asimilación, supresión de la respuesta inflamatoria y analgesia inducida por estrés, alteración selectiva en el funcionamiento cognitivo.

3.5.6. Síndrome General de Adaptación

Selye en 1956 describió el Síndrome General de Adaptación, que puede conducir a la Enfermedad General de Adaptación, distinguiendo tres fases:

1) **Fase de Alarma**, que se produce al inicio de la respuesta ante una amenaza o peligro con activación predominantemente simpática. Los cambios fisiológicos que se disparan son adaptativos, para enfrentar una situación de lucha o huida traduciéndose la respuesta simpática en un aumento de catecolaminas circulantes.

   La adrenalina incrementa la disponibilidad de energía y tiene efectos a nivel cardiovascular con el incremento de la frecuencia del pulso, de la presión arterial, vasoconstricción central y también se produce una inhibición de la actividad parasimpática (Algazi, Dubourdieu, 2002).

   Una vez cesada la alarma, el organismo mediante los mecanismos de feed back y autorregulación recupera homeostasis. Pero de prolongarse ésta situación se pasa a una segunda fase.

2) **Fase de Resistencia.** Si el factor estresor continúa, el organismo busca distribuir en forma más paulatina sus recursos y la respuesta predominante es la hormonal a través del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), cuyo producto a nivel de la corteza adrenal, los glucocorticoides, también contribuyen a la movilización de energía activando las fuentes en las que ésta la almacena.

   Pero al mismo tiempo, el sujeto procura ahorrar energía en aquellas actividades que no tienen una utilidad inmediata, como lo son las

actividades sexuales y reproductivas, pero de prolongarse este estado se llegará a una fase de agotamiento.

3) **Fase de Agotamiento.** Como explicábamos anteriormente coincidiría con el concepto de carga alostática llevando al individuo a perder su capacidad de resistencia, dando lugar a la Enfermedad General de Adaptación como lo llamó Selye, consecuencia del estrés crónico o distrés (Dubourdieu, Francolino, Bermúdez, 1996).

El estrés crónico o distrés que lleva a la fase de agotamiento, como los plateáramos en la descripción de las fases de Selye, tiene efectos perjudiciales en la conducta, el pensamiento y el funcionamiento, con repercusiones endócrinas, nerviosas e inmunológicas diversas.

Ante el impacto de un estímulo, desde el hipotálamo se libera CRH (Hormona Liberadora de Corticotrofina). El CRH a su vez estimula la Hipófisis produciendo la liberación de ACTH (hormona corticotrofina) y ésta a su vez estimula la liberación de glucocorticoides desde la corteza adrenal, afectando el sistema inmune.

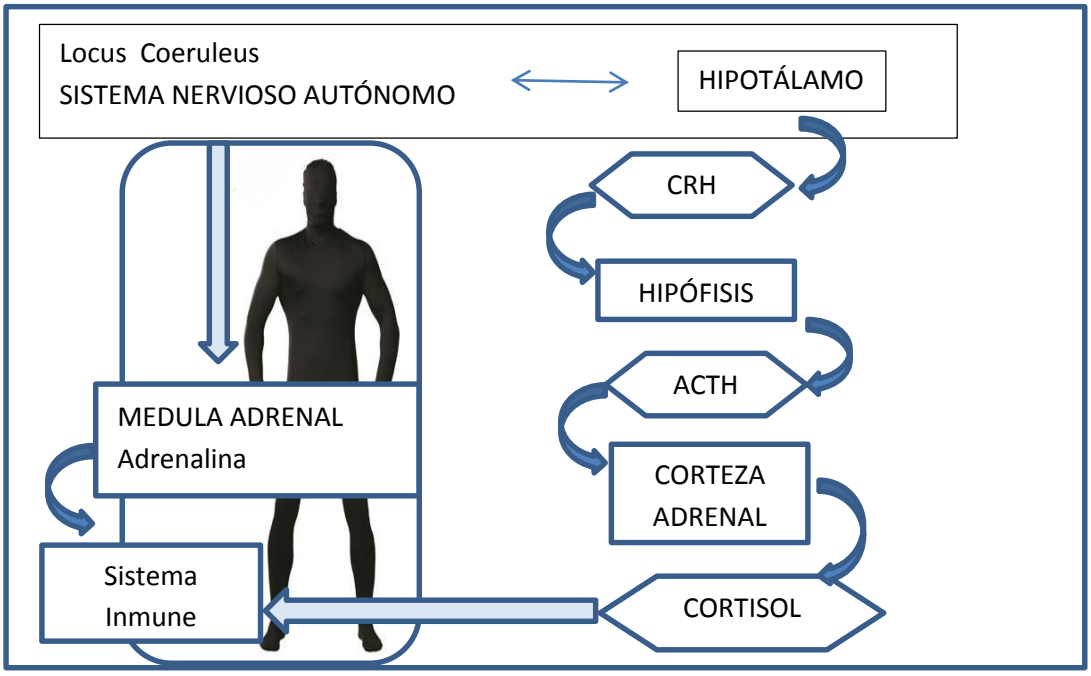
Simultáneamente se da una retroalimentación positiva entre el eje HHA (Hipotálamo-Hipófiso-Adrenal) y el sistema neurovegetativo (SNV) cuya activación desde el Locus Coeruleus produce liberación de adrenalina desde la médula adrenal.

Además de esta cascada de respuestas, otros ejes se podrán ver afectados, como el eje gonadal, el eje tiroideo, elevación del nivel de glucosa en la sangre, disminución de la hormona de crecimiento (GH) aumento de la prolactina, considerada la segunda hormona del estrés. Se ha podido comprobar que a la hora de responder ante factores

estresantes hay diferencias individuales y también en un mismo sujeto en diferentes momentos de su vida. En ello juegan factores genéticos y adquiridos.

Cuando un estímulo impacta en nuestro sistema nervioso se activan 2 ejes fundamentalmente:

1. El sistema nervioso autónomo a través de la activación desde el hipotálamo del locus coeruleus y la liberación de adrenalina en la médula adrenal.
2. El eje hipotalámico-hipófiso-adrenal (HHA) con liberación de CRH (hormona liberadora de corticotrofina) a nivel del hipotálamo, el que produce la liberación de ACTH (adenocorticotrofina) en la hipófisis y ésta de cortisol en la corteza adrenal.



Ambos sistemas se intermodulan y vía SNV y vía HHA el sistema inmune se verá afectado, dado que el cortisol es un poderoso inhibidor del SI así como la adrenalina.

3.5.7. Experiencias Aversivas y Alteraciones Psiconeuroinmunoendocronológicas.

Los sistemas de alostasis ante estímulos adversos de gran intensidad o que se prolongan en el tiempo, llevan a una alteración de los mecanismos de feedback.

Ello puede repercutir en el desarrollo de alteraciones psíquicas y orgánicas o favorecer el mantenimiento y/o la exacerbación de síntomas o patologías existentes.

Se pueden manifestar alteraciones:

- Biológicas y fisiológicas, autómicas, motoras, neuroinmunoendócrinas y en conductas basales (sueño, alimentación, sexualidad).
- Cognitivas (atención, percepción, memoria, lenguaje).
- Conductuales y psicosociales (alerta, evitación, paralización, problemas vinculares, etc.).

En estos estados de distrés se relegan generalmente los hábitos saludables, como el ejercicio físico o actividades sociales positivas, favoreciéndose el desarrollo de conductas adictivas nocivas, o la posibilidad de fortalecer factores de salud en todas las dimensiones (biológica, psíquica y socio-emocional).[ix]

3.6. SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL ESTRÉS

La mayor parte de los cambios biológicos que se producen en el organismo cuando está sometido a una reacción de estrés no son perceptibles para el ser humano y se precisan procedimientos

diagnósticos para determinar el nivel de la reacción. Los síntomas fisiológicos comprenden cambios en el metabolismo, ritmo cardíaco, presión arterial, ritmo respiratorio, etc.

Sin embargo, a nivel psicológico muchos síntomas producidos por el estrés pueden ser fácilmente identificados por la persona que está sufriendo dichos cambios. Abarcan insatisfacción, cambios en la productividad, falta de energía, de iniciativa, ausentismo, cambios en los hábitos alimenticios, aumento en el consumo de alcohol, nerviosismo, entre otros.

"La reacción más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad"**.**

Los síntomas de ansiedad más frecuentes son:

a- A nivel cognitivo-subjetivo: preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, temor a la pérdida del control, dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc.

b- A nivel fisiológico: sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, etc.

c- A nivel motor u observable: evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, etc.

Inicialmente el estrés puede dinamizar la actividad del individuo provocando un proceso de incremento de recursos (atención, memoria, activación fisiológica, rendimiento, etc.) que hace aumentar la productividad. Sin embargo, cuando este proceso de activación es muy intenso o dura mucho tiempo, los recursos se agotan y llega el cansancio, así como la pérdida de rendimiento.

Para realizar tareas complejas, o para aumentar la velocidad en tareas simples, se necesita un cierto grado de activación. Sin embargo, un exceso de activación dificulta la realización de dichas actividades.[x]

3.7. ESTRESORES LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

El estrés laboral es un proceso complejo en el que intervienen un gran número de factores individuales y ambientales pertenecientes tanto al ámbito de lo objetivo como de lo subjetivo, entre los que se establecen múltiples interrelaciones. Una de las definiciones más ampliamente aceptada en el campo de la investigación sobre el estrés laboral, es la que afirma que éste aparecería ante una situación de desequilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad del individuo para hacer frente a esas demandas, siendo la percepción individual de este desequilibrio la que se manifestaría como estresante.

Entre los principales estresores detectados tenemos los siguientes:

1. **Factores organizacionales o ambientales**, dentro los que destacaban la carga de trabajo y las relaciones con otros miembros del equipo.
2. **Los específicos del puesto de trabajo**, entre los que se incluye la presión del tiempo y los factores relacionados con el contacto con los pacientes y sus familiares.

3. **Factores intrapersonales**, principalmente los relacionados con las expectativas personales.[xi]

En cuanto al ámbito médico, la sobrecarga de trabajo y la falta de personal, constituyen la etiología principal para el desarrollo de estrés laboral, así como también el contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes, surge nuevamente como un elemento generador de estrés. En este sentido, indicar que la medicina forma parte de las llamadas profesiones de servicios humanos o de ayuda, trabajos caracterizados por mantener un contacto continuo y directo con la gente, en los que se producen exposiciones frecuentes a situaciones interpersonales cargadas de emotividad y tensión que pueden ser causa de estrés laboral. Es precisamente en estas profesiones de la salud donde se describió inicialmente el llamado síndrome de Burnout-desgaste profesional, considerado en general como el resultado de una situación de estrés crónico y caracterizado por el cansancio o agotamiento emocional, la despersonalización y los sentimientos de inadecuación profesional.

En general, se destaca como factor agravante del proceso, la falta de formación específica en cuanto a mecanismos de afrontamiento de estas situaciones, por otra parte inherentes al desempeño de la profesión. Por el contrario, el apoyo recibido de los compañeros ejercería un efecto amortiguador frente a esas demandas emocionalmente conflictivas, siendo éste uno de los múltiples ejemplos donde es puesto de manifiesto el papel que el apoyo social en el trabajo puede tener como factor modificador del proceso del estrés laboral.[xii]

3.7.1. Carga de trabajo y falta de personal

Como principales estresores laborales destacan la sobrecarga de trabajo y la falta de personal. Esta situación se acentúa en determinados servicios

(urgencias, consultas externas, etc.) o en el caso de producirse episodios de absentismo, ya que si son de corta duración, habitualmente no se cubren. Otro factor que incide sobre este problema es el elevado porcentaje de personal de médico eventual, lo que condiciona una gran rotación de plantilla en los servicios. Para el personal fijo supone una carga extra de trabajo el estar continuamente formando a nuevos compañeros, en los que no confía y sobre los que piensa que no puede delegar ciertas tareas.

La experiencia previa del trabajador eventual, fundamentalmente en cuanto al tipo de pacientes y patología tratada, no es tenida en cuenta a la hora de asignarle un nuevo puesto de trabajo. Esto hace que cada nueva contratación suponga un nuevo período formativo y de adaptación, lo que resulta estresante tanto para el personal fijo como para el eventual.

Las tareas administrativas constituyen una carga más de trabajo pero siempre es relegada a un segundo plano, ya que para el profesional médico la atención al enfermo es prioritaria.

3.7.2. Contacto con el sufrimiento y la muerte

La vivencia del sufrimiento y la muerte de los pacientes como estresor específico del trabajo médico varían en función de diversos factores.

Entre ellos destacan los relacionados con las características de los pacientes tratados en cada servicio, en especial, el que se trate de gente joven, de casos agudos o de pacientes con los que se ha entablado una relación estrecha o mantenida en el tiempo.

La mayoría piensa que el médico no se enfrenta de la misma forma al sufrimiento y a la muerte de sus pacientes. Es el personal que

tiene un contacto más directo y continuo con el enfermo y, por lo tanto, quien verdaderamente vive estas situaciones, estableciéndose en muchos casos una dependencia emocional entre ellos. Por otra parte, refieren no haber recibido ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento y la muerte de los enfermos.

Los conocimientos, actitudes y comportamientos desarrollados sobre el tema son fruto de la experiencia. En este proceso de autoaprendizaje desempeña un papel fundamental la comunicación e los problemas a los compañeros de trabajo y el apoyo recibido por parte de ellos.[xiii]

3.7.3. Relación con el resto del personal sanitario

Destaca en este apartado la existencia de una jerarquía muy marcada entre médico, enfermera/o y auxiliar de enfermería, lo que puede dar lugar a relaciones problemáticas entre ellos. A ello se une una falta de coordinación en la realización de las tareas propias de cada componente del equipo sanitario. En general es responsabilidad de cada médico (horarios de visita en sala, policlínicas, quirófano, etc.). Con respecto a la comunicación existente entre médico y enfermera/o en relación al estado clínico y terapéutica del enfermo, las experiencias son diversas, aunque en general la información es proporcionada frente a una demanda concreta del personal de enfermería. Una situación especialmente estresante para el personal médico que atiende a los pacientes hospitalizados es la no disponibilidad más personal en caso de urgencia.

Hay quien piensa que se trata de un cargo de confianza de la Dirección, sin libertad de actuación y, por lo tanto, sin capacidad para establecer modificaciones en la organización del servicio. En otros casos, el supervisor/a sí que ha sido una fuente de apoyo y estímulo para los miembros del equipo.

En cualquier caso, existe un acuerdo unánime en cuanto a la importancia que una buena o mala supervisión puede tener en el tema del estrés laboral.

3.7.4. Relación con los pacientes y familiares

En lo que respecta al papel que la relación con los pacientes puede tener en el proceso del estrés las posturas son variadas. Situaciones especialmente conflictivas se producen en el caso de pacientes exigentes, poco colaboradores, y sobre todo, cuando se trata de pacientes agresivos.

Frente a estas situaciones el personal se siente totalmente desprotegido y no apoyado por los estamentos superiores.

Las relaciones con los familiares del enfermo constituyen otra fuente de estrés en el trabajo del médico. Esto es debido a diversos factores como el excesivo número de visitantes, el descontrol en los horarios de visita establecidos, las exigencias por parte de algunos de los familiares, etc.; circunstancias todas ellas que interfieren con el desempeño normal del trabajo (interrupciones, retrasos, etc.).

En determinar servicios, como consultas externas, cobra especial importancia el problema de las relaciones con los enfermos y familiares.

En cuanto a la comunicación del médico con los pacientes y familiares consideran que ésta es escasa. Piensan que debería ser el médico el que proporcionase más información sobre la situación clínica del paciente, tanto al propio enfermo como a sus familiares.[xiv]

3.8. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

Conforme a la vulnerabilidad de cada persona, serán las repercusiones directas que ocasione el estrés en las diversas áreas de desenvolvimiento humano, así tenemos:

- **Disminución del rendimiento:** se puede observar en el trabajador con estrés profesional una disminución significativa del rendimiento en su quehacer cotidiano, en comparación con momentos anteriores, que no tienen una causa objetiva para que ocurra: cambios en la política de la empresa, instalación de nuevas tecnologías, etc. No se trata de un dejar de hacer, sino de un no poder hacer.
- **Actitudes negativas hacia el trabajo y falta de motivación**: el trabajador que ha perdido buena parte de su motivación hacia el trabajo, desarrolla constantes sentimientos negativos hacia su desempeño laboral. Es el paso previo a otro tipo de conductas (ausentismo, rotación e, incluso, abandono) que anuncian la imposibilidad de que este trabajador vuelva a tener interés en su desempeño laboral.
- **Actitudes negativas hacia el cliente**: es usual encontrar que los trabajadores con este síndrome desarrollen sentimientos negativos hacia el cliente, al que suelen tratar con cinismo.
- **Incapacidad para realizar adecuadamente el trabajo**: a pesar de su interés por el trabajo comprueba que es incapaz de realizarlo correctamente.
- **Rotación**: las personas con el estrés laboral son las que acumulan, estadísticamente, rotaciones más frecuentes que el resto de los trabajadores. El trabajador siente la necesidad de un cambio continuo de los puestos que desempeña, entre otras cosas, porque así espera encontrar soluciones a su problema.

- **Intención de abandonar el trabajo o abandono real**: como la situación provocada por el síndrome se hace cada vez más difícil de sobrellevar, el trabajador tiende a abandonar el trabajo o lo hace realmente.
- **Ausentismo, retrasos y largas pausas durante el trabajo**: comienzan a aparecer incumplimiento en las obligaciones laborales; aparecen retrasos, largas pausas durante los descansos y/o ausentismo.
- **Insatisfacción en el trabajo**: tanto en relación con lo que hace en el puesto desempeñado, como en relación con lo que el contexto laboral le ofrece.
- **Disminución con el compromiso**: sobre todo cuando presenta la dimensión agotamiento emocional. El compromiso disminuye en torno a objetivos, metas, sentimientos positivos, entre otras características.

Sintomatología ambiental:

- **Actitudes negativas hacia la vida en general:** la persona con estrés profesional desarrolla sentimientos negativos hacia los diversos contextos vitales: familia, amistades, estando esta variable claramente relacionada con la presencia de depresión u otros síndromes que van oscureciendo el proceso génesis- desarrollo-consecuencias del mismo. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales.
- **Disminución de la calidad de vida personal**: se ha comprobado que las personas con este síndrome muestran un empeoramiento de su calidad de vida, que se refleja en una disminución de su bienestar personal y social, resultándoles casi imposible establecer o retomar aquellas actividades que daban ese carácter de calidad a su existencia.

Peiró y Salvador (1993) resaltan que muchas veces estas consecuencias son propias del sistema cultural de la organización que potencia la existencia de estresores dando como consecuencia un estrés generalizado y, en definitiva, una salud organizacional e individual de tipo laboral muy deteriorada.

3.8.1. Síndrome de Burnout. Efectos del estrés Laboral sobre la Salud del Médico

En 1930 la Organización Interterritorial de Trabajo concluye que los médicos constituyen uno de los grupos profesionales en los que el estrés y el agotamiento se presenta con mayor frecuencia, produciendo efectos psíquicos: ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos, motivados por la gravedad de los pacientes. A partir de los años 50, los profesionales sanitarios muestran su interés en la interrelación existente entre el trabajo y la salud. La OMS, auspicia un grupo de trabajo sobre los riesgos profesionales en el ámbito hospitalario observándose que la sobrecarga asistencial, las urgencias, los turnos rotatorios y la situación crítica de los pacientes, genera intensa ansiedad y estrés.

El trabajo del médico implica fuertes tensiones emocionales y mucha responsabilidad, ya que el apoyo de otras vidas resulta una tarea muy dura y con riesgos psíquicos para el que la realiza. Se constatan trastornos asociados a estrés ocupacional crónico y una tasa de prevalencia psiquiátrica, depresión y drogadicción, más alta que en la población general.

Así mismo, existe depresión importante en un 4%. Se han hallado niveles de ansiedad entre moderada y grave en un 10 a 20%. El 30%, en los trabajos de las De las Cuevas y González de Rivera en Atención Primaria.

Mingote Adán, señala que los médicos van diez veces más al psiquiatra para tratamientos de depresión que la población general.

Se ha constatado mayores porcentajes de enfermedades cardiovasculares y accidentes. Los porcentajes de infartos, suicidios y muerte son más elevados. El doble de suicidios que en población general para Charlton J. et al, y dos o tres veces más para Mc Cue. La explicación que se da a este hecho es la conjunción entre factores estresantes y personalidad del profesional. La tasa de suicidio es más alta entre los médicos que tienen la especialidad de psiquiatra.

Los médicos en ejercicio presentan tasas más altas de cirrosis hepáticas que la población general. Ésta es una de las causas más frecuentes de incapacidad del médico para el ejercicio profesional. Un 12% de consumo excesivo o abuso de alcohol. También la tendencia al consumo de analgésicos, estimulantes, tranquilizantes e inductores del sueño es más alta en los médicos que en otros profesionales de edad y sexo similar. Así mismo, el Síndrome de Burnout se asocia a mayor consumo de cigarrillos (más de 20 al día).

Reig Ferrer y Caruana Bañó, plantean que la insatisfacción laboral es la que actúa sobre el estado de salud de los médicos. Algunos de los factores que influyen en la satisfacción laboral, para estos autores. Algunos de los factores que influyen en la satisfacción laboral, para estos, son: número de horas de trabajo, guardias, falta de ocio, escasez de tiempo en la consulta, dificultad de los diagnósticos, relación con pacientes disfuncionales, ansiedad sobre el futuro, relaciones con los compañeros, urgencias inesperadas y excesivo trabajo administrativo. Estos autores concluyen con la interesante idea de que buena parte de la insatisfacción se produce cuando el médico tiene expectativas irreales en

relación con su trabajo y cuando se compromete excesivamente a nivel emocional.

3.9. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

El afrontamiento es la estrategia utilizada para regular o mediatizar las consecuencias negativas del estrés.

Es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés (Halstead, 1993).

Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales utilizadas para responder ante diversas situaciones y las estrategias de afrontamiento son procesos concretos y específicos que se utilizan en los distintos contextos y que serán cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. (Carver, 1994).[xv]

Lazarus y Kolfman, (1986), plantean dos estilos de afrontamiento:

- Centradas en el problema: búsqueda deliberada de la solución, de recomposición del equilibrio.
- Centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante.

Carver, Scheler & Weintraub, (1989), presentan 15 estrategias:

Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas, postergación del afrontamiento, soporte social instrumental y emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, acudir a la religión,

expresión de emociones, uso de alcohol y drogas, compromiso conductual y cognitivo.

Si bien existen numerosas clasificaciones del afrontamiento, la mayoría de los autores (Aldwin & Revenson, 1987; Carver et al., 1989; Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 1988) distinguen tres dominios des afrontamiento: cognitivo, conductual y emocional, según se oriente a la reasignación se la situación crítica, al intento de resolución del problema, y/o a la regulación entre los factores que establecen el uso de estrategias de afrontamiento, se destacan las características de personalidad, las disposiciones personales pueden explicar por qué algunas son más vulnerables a sufrir crisis o desajuste psicológico en tanto tienden a usar estrategias de afrontamiento desadaptativas. La mayoría de estudios se han centrado en el papel de determinados rasgos tradicionales de personalidad (neuroticismo, extraversión, optimismo, pesimismo) como predictores del afrontamiento eficaz o ineficaz Carver et al. (1989) hallaron que ciertos rasgos de personalidad disfuncional se asociaron positivamente con estrategias pasivas y desadaptativas, y negativamente con estrategias activas y adaptativas; por otro lado, en el caso de los rasgos de personalidad considerados funcionales o deseables, las correlaciones halladas fueron en sentido inverso.

Aldwin & Revenson, (1987); Lazarus y Folkman, (1986), asigna mayor papel a la naturaleza de la situación y a los recursos externos en la selección y uso de estrategias de afrontamiento.[xvi]

4. CAPITULO II: ESTADO EMOCIONAL

4.1. INTRODUCCIÓN

Todos conocemos el concepto de emoción, y nos referimos a él cuando hablamos de cólera, miedo, alegría, tristeza, etc. Pero debido probablemente a la amplitud del término, nos sería sumamente complicado dar una definición clara de los que es una emoción.

Si consultamos un diccionario, hallaremos definida la emoción como <<agitación de ánimo, violenta o apacible, que nace de alguna causa pasajera>>, o también como << estado de ánimo que oscila entre el placer y el displacer y reacción relativa al objeto que la provoca, que puede oscilar entre la atracción y la huida>>. Paradójicamente, lo que más claro queda de estas dos definiciones es precisamente la dificultad de concretar con claridad el significado de la palabra emoción.

De lo que no quedad dudas es de la importancia e influencia que las emociones ejercen sobre nuestro comportamiento. En todos los momentos de la vida, experimentamos un estado emocional u otro (tristeza, alegría, enfado, susto, etc.), de tal manera que se hace prácticamente imposible recordar algún suceso importante de nuestra historia personal en el que no estuviéramos sintiendo alguna emoción.[xvii]

4.2. DEFINICIÓN DE LA EMOCIÓN

Cualquier conceptuación de la emoción debe empezar preguntándose qué es una emoción. Después cualquier otra postura teórica debe tratar por lo menos con algo de lo siguiente: ¿Cuándo aparecen las emociones? ¿Cómo se presentan? ¿Por qué ocurren? Algunas posturas han abordado principalmente una u otra de estas preguntas, y aun así han hecho

valiosas contribuciones a la bibliografía. Una postura de desarrollo idónea debe, sin embargo, abordarlas todas. Por añadidura debe reflejar el lugar central en la vida humana. La emoción es parte de todas las transacciones decisivas con el ambiente. Guía y dirige y a veces desorganiza la acción (Campos et a;., 1989; Izard, 1991; Schore, 1994; Thompson, 1990). Y es la moneda de las relaciones personales. Tal como Magda Arnold escribió: “Gracias a la experiencia cotidiana, sabemos que la emoción nos mueve, que llena nuestros días de luz y sombra, y que nos hace actores más que espectadores en el drama de la vida” (1969, p.91)

4.2.1. El Complejo Emocional

Independientemente del enfoque o la orientación teórica, prácticamente todos los investigadores de la emoción destacan el hecho de que las emociones deben verse como complejas transacciones con el medio (Frida, 1988 y Schore, 1994). La mayoría de los teóricos reconocen que los procesos cognitivos desempeñan un papel (valoración, análisis de significado, etc.) y todos ellos señalan cambios fisiológicos asociados. Casi todos describen la conducta emocional en función de una cadena de sucesos, como la siguiente:[xviii]

ESTÍMULO EN CONTEXTO ==> PROCESO COGNITIVO ==> SENTIMIENTO EXPERIMENTADO ==> CONDUCTA.

Muchos teóricos hablan de una sintonización o modulación continua de las emociones, más que de una respuesta distinta y simple (Fogel 1993). No obstante, existe acuerdo en que la emoción puede conceptuarse sólo como cierto tipo de proceso complejo. Pocos son los que definen la emoción simplemente como los sentimientos experimentados, y pocos excluyen los factores cognitivos. Mecanismos tales como percepción,

reconocimiento, valoración, juicio o análisis de significado forman parte de casi todas las teorías.

Haciendo a un lado el éxtasis, todos los observadores coinciden en que las emociones implican por lo general cambios fisiológicos, además de modificaciones faciales, posturales o conductuales. La mayoría de los investigadores incluyen también un componente experiencial. En concordancia con estas consideraciones, el Webster's International Dictionary define la emoción como "una desviación fisiológica de la homeostasis, que se experimenta subjetivamente con sentimientos intensos y se manifiesta en cambios neuromusculares, respiratorios, cardiovasculares, hormonales y otros cambios corporales, preparatorios de actos patentes que pueden llevarse o no a cabo". De este modo tal definición comprende el cambio fisiológico y la experiencia, pero, a la manera de la teoría de James-Lange, concibe la experiencia como respuesta al cambio fisiológico.

4.3. REGULACIÓN EMOCIONAL

La regulación emocional es un proceso dinámico que se desarrolla en el tiempo e involucra múltiples e interactivos intentos para influir en las emociones que se experimentan y como se desarrollan (Fariholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich y Barlow, 2010), comprende desde la selección de las situaciones a las que las personas se exponen, acciones dirigidas para modificar los eventos, la manipulación de la atención, la reevaluación sobre la relevancia personal de las circunstancias y la forma de expresar la emoción (Gross y Thompson, 2007).[xix]

La regulación emocional se considera efectiva cuando es adecuada a las demandas de la situación, el grado de control que se tiene sobre ella, y los objetivos personales a largo plazo (Berenbaum, Raghava, Le Vernon y

Gómez, 2003; Jhon y Gross, 2004; Kring y Werrner, 2004; Mennín y Farach, 2007). Este proceso es imposible cuando las personas carecen de las destrezas necesarias, las habilidades se encuentran impedidas o determinadas, impiden el logro de objetivos, y/o se dirigen a inhibir la experiencia emocional (Cicchetti, Ackerman y Izard, 1995; Farach y Mennín, 2007, Kring y Werner, 2004; Menning Heimberg, Fresco y Turk, 2005). Estas deficiencias traen como consecuencia la desregulación emocional, caracterizada por la presencia de emociones de fácil activación, alta intensidad y duración prolongada (Linehan, 1993).[xx]

Diferentes meta análisis (Werner y Gross, 2010, Mansell, Watkins y Shafran, 2004; Wells, 2000) indican que la evitación situacional conductas de seguridad y control, el monitoreo de estímulos negativos, la distracción y la evitación cognitiva, el pensamiento repetitivo como la rumiación y preocupación, y la acción impulsiva congruente con emoción son estrategias de regulación emocional inefectivas de estatus causal y de mantenimiento en variedad de síndromes clínicos y subclínicos.[xxi]

4.4. NEUROFISIOLOGÍA DE LA EMOCIÓN

Los aspectos fisiológicos de la emoción son importantes, en parte porque alguno de los cambios de desarrollo más profundos se presentan en el moldeado de respuestas emocionales; es decir, en la organización de componentes cognitivos, fisiológicos y expresivos. Por ejemplo, los cambios en la frecuencia cardiaca pueden anteceder o suceder a otros componentes de la reacción, y esto cambia con la edad. Así mismo, con el desarrollo, las expresiones faciales universales de las emociones, un aspecto profundamente neurofisiológico de la respuesta (Izard y Malatesta, 1987; Tucker, 1992), llegan a coordinarse más con otros aspectos de la reacción.

Concomitantes fisiológicos de la emoción: Nunca se ha puesto en duda la intervención de procesos fisiológicos en las reacciones emocionales. Las palpitaciones cardiacas, el rubor y las expresiones faciales estereotipadas han sido parte de las definiciones propuestas por los investigadores. Se han suscitado controversias acerca de cómo definir el papel de tales cambios en el complejo emocional. Entre las primeras concepciones, dos afirman:

1. Que los cambios fisiológicos dan inicio a una respuesta emocional encadenada (James, 1980), y 2. Que tales cambios forman parte de una reacción total, con todos los componentes iniciados esencialmente iniciados de modo concurrente (Cannon, 1927).[xxii]

Nuestra comprensión actual de la organización y el funcionamiento cerebral, ofrece una forma de armonizar un papel clave de las estructuras subcorticolímbicas, junto con reacciones autonómicas asociadas, con el hecho de que las emociones pueden presentarse con rapidez en cuanto hay reconocimiento de algún suceso (Gellhorn, 1968; Kelley y Stinus, 1984; Mc Lean, 1973, 1993; Schore, 1994). Primero, se sabe que el hipotálamo y las estructuras límbicas, tales como la amígdala y el hipocampo, están implicados en las reacciones emocionales con base en la estimulación cerebral, registros de microelectrodos y estudios de imagen cerebral (Collins y DePue, 1992; Isaacson, 1982; MacLean, 1993; Nelson, en prensa). Segundo, el sistema límbico está profusamente conectado a través de grandes rutas con la corteza frontal y el sensorio, así como con rutas motoras mayores. Todos los modos sensoriales se procesan a través del sistema límbico (Kelley y Stinus, 1984, Schore, 1994).

De esta forma, como lo han señalado Gelhorn (1968) y muchos otros (Nelson; Schore, 1994; Thompson, 1990; Tucker, 1992) más

recientemente, las conexiones de doble vía entre la corteza frontal y el sistema límbico parecen encerrar la clave de la rápida experiencia de la emoción en muchos casos. Los impulsos corticales pueden “entonarse” con las estructuras límbicas, y al mismo tiempo ciertos impulsos provenientes del hipotálamo y el sistema límbico pueden retroalimentar a la corteza, mientras que algunas señales concomitantes avanzan hacia las vísceras. La función enfocadora del tálamo puede así mismo desempeñar un papel, y el resultado es que conforme continúa la estimulación, ésta puede ser cada vez más excitadora, o bien la excitación puede continuar incluso cuando la estimulación externa haya cesado. Ésta es una elaboración considerable de la idea de Cannon: que la experiencia psicológica y la iniciación de la reacción autonómica pueden presentarse simultáneamente. Y, por supuesto, la corteza puede analizar además los cambios autonómicos de una manera interactiva.

No todas las sensaciones suscitan emoción, porque no todas las sensaciones provocan la misma estimulación cortical de estructuras límbicas previamente entonadas para responderles. Las reacciones emocionales plenamente desarrolladas pueden ser inmediatas a veces porque resuenan con rutas o curvas corticolímbicas ya usadas. Esto suele ser especialmente cierto *cuando se da el surgimiento de la percepción y la memoria categóricas.* Tal vez las emociones se susciten en ocasiones con una participación cortical mínima, en la que ciertos tipos de estimulación sean prepotentes para la emoción a causa de la historia evolutiva. Éste es el caso, por ejemplo, de la reacción de asco ante un sabor amargo (Izard y Malatesta, 1987), que puede tener su base en el antiguo cerebro olfativo (Schore, 1994).

La conclusión principal que surge de la consideración de la fisiología de la emoción es, de nuevo, la idea de la emoción como un proceso complejo. La experiencia emocional es el resultado de una intrincada

acción recíproca entre las estructuras cerebrales que se influyen mutuamente de un modo continuo. (Lazarus, 1991) sostiene que este debe ser siempre el caso.

El contexto neurofisiológico del desarrollo emocional*:* La inquietud primordial de esta sección se relaciona con los cambios de desarrollo en la anatomía-neurofisiología cerebrales y los cambios concurrentes en la emoción y la regulación emocional. Tanto la naturaleza general del desarrollo general posnatal como los detalles emergentes relacionados con la maduración e integración de diversas estructuras y rutas tienen implicación notables para el desarrollo emocional.

El crecimiento posnatal del cerebro humano revela principios importantes de desarrollo. El primero de ellos es la distinción entre *epigénesis* y expansión lineal simple. El crecimiento del cerebro se ha descrito en función de procesos parecidos a etapas y cambio cualitativo (Edelman, 1987; Schore, 1994; Tucker, 1992). No se desarrolla a través del simple añadido de nuevas estructuras, sino primordialmente en función de cambios en la complejidad de la organización, con una organización cada vez mayor entre los componentes. (De hecho, buena parte del cambio funcional durante la maduración del cerebro es el resultado de “dividir en parcelas” o de “podar” una sobreproducción de conexiones sinápticas, proceso que Tucker denominó *esculpir)*. Lo que caracteriza gran parte del desarrollo cerebral posnatal es el surgimiento de rutas nuevas, más elaboradas y diferenciadas, y no la formación de nuevas estructuras. Los modelos de computadora del cerebro están cediendo lugar a modelos de sistemas (Edelman, 1992) y valoran cada vez más las interacciones mutuas de los componentes corticales y subcorticales, así como el complejo equilibrio de sistemas, como el simpático y el parasimpático. La organización es no sólo de “arriba abajo”, sino también de “abajo arriba” (Tucker, 1992).

Los cambios cualitativos en la maduración cerebral tienen implicaciones tanto en el surgimiento de emociones específicas (por ejemplo, las que requieren memoria de recordación y la rápida categorización de los sucesos) como en los procesos que rigen la vida emocional.[xxiii]

4.5. CLASIFICACIÓN DE LAS EMOCIONES

Las emociones que un individuo puede presentar en algún momento dado de su vida, son muy variadas, haciendo referencia a su tipo, intensidad, duración, origen, vulnerabilidad.

Entre la amalgama de emociones que podemos experimentar, anunciaremos las siguientes:

4.5.1. Irritabilidad

La ira es una reacción de estrés afectiva a eventos provocadores, involucrando determinantes fisiológicos y cognoscitivos, que son mediados por las expectativas individuales con respecto a estos eventos y la apreciación de su significado. Aunque las reacciones de ira no necesariamente van a acompañadas de comportamientos agresivos, estos si se presentan a menudo en poblaciones de adolescentes impulsivos (Novaco, 1979).[xxiv]

Muchos autores mediacionales reconocen el hecho de que la interpretación de un individuo frente a un evento es esencial para este tipo de conducta. Antes de la acción hostil, el proceso cognitivo es definitivo y parte de dicha interpretación (Varley, 1984; Beck, 1999).[xxv]

4.5.2. Melancolía

La melancolía puede ser descrita como un estado de ánimo a partir del cual la persona suele sentir tristeza por sobre otras emociones. Si bien en algunos casos la melancolía es entendida como un estado de ánimo de alteración (es decir, de no normalidad), puede ser también una sensación que se presenta en diferentes momentos y situaciones sin volverse un fenómeno permanentemente, en suyo caso estaríamos más próximos a hablar de depresión.

La melancolía es una de las características del ser humano entendida como ser que siente y que vive sus experiencias cotidianas a través de la emoción. La palabra melancolía proviene del griego <<melancholiá>> significando este término tristeza o abatimiento. Así, el estado de melancolía se representa en el individuo a través de cierta pesadumbre, tristeza, falta de energía, aburrimiento, angustia y también fenómenos físicos como el llanto, dolores específicos, sensación de incomodidad, etc. En términos orgánicos se cree que la melancolía puede ser causada por el exceso de bilis, la sustancia que se produce en el hígado y que tiene que ver con la digestión.

La melancolía es muchas veces asociada con determinadas actividades, principalmente con personajes sociales como los artistas, quizás los que están más en contacto con sus emociones y sensaciones a la hora de realizar sus trabajos. Se considera que muchos de los grandes artistas de la humanidad han logrado sus mejores producciones bajo el efecto de estados anímicos tales como la melancolía, la tristeza, la desesperación o la ira.

4.5.3. Enojo

El enojo es una sensación que los animales, principalmente el ser humano, expresan de manera física y emocional. Esta sensación tiene que ver con el desagrado, la ira y la frustración ante determinadas situaciones. En el caso de los animales, en los que el enojo se encuentra relacionado con formas más instintivas de sentir, el enojo también puede surgir a partir de la presencia de amenazas a la supervivencia.

Para el ser humano, la cosa es sin embargo muy diferente. Esto es así porque el hombre tiene la capacidad de relacionar la vida que lo rodea, comprenderla e interpretarla de manera subjetiva. De este modo el enojo es más que una de las miles sensaciones que una persona puede sentir a lo largo de su vida a partir de la sucesión de eventos, situaciones, fenómenos o hechos que modifican su estado de ánimo.

El enojo es provocado generalmente por una combinación de situaciones o hechos que perturban la calma anímica de un individuo de manera negativa. Cuestiones como la frustración, la desesperanza, el cansancio, el estrés, los nervios, la ansiedad y la inseguridad son algunas de las que pueden ser causantes de estados de enojo en los que la persona en cuestión siente ira y desagrado. El enojo puede variar dependiendo de la situación, siendo en algunos casos un enojo pasajero y en otros casos un enojo grave que puede generar serios problemas. Esta variedad de matices es una sensación tal como es el enojo habla también, de la capacidad de comprender e interpretar la realidad que tiene el hombre.

Normalmente, el enojo se hace visible a través de ciertos síntomas como pueden ser la violencia física o verbal hacia otros, la ansiedad, el enrojecimiento de la piel, la sudoración, las palpitaciones, la sensación de

impotencia, dolor de cabeza o de estómago, tensión muscular y, en algunos casos, la necesidad de moverse continuamente.

4.5.4. Ansiedad y Miedo

Ansiedad y miedo son respuestas normales a una amenaza percibida. Ambos son considerados como los extremos opuestos de un espectro. En general, la ansiedad es activada, por una amenaza vaga o poco clara, mientras que el miedo normalmente es activado por una amenaza bien definida, tal como un coche que patina sobre un pavimento húmedo. Esta relación entre ansiedad y miedo puede representarse mediante el siguiente diagrama:

Ansiedad ---------- Miedo
(Amenaza vaga o poco clara) (Amenaza bien definida)

Tanto la ansiedad como el miedo activan síntomas mentales y desagradables, tales como una sensación de indefensión, confusión, aprensión, inquietud y pensamientos negativos reiterados. Ambos también activan síntomas físicos que van desde la simple tensión muscular hasta la taquicardia.

4.5.5. Optimismo

El Diccionario de la Real Audiencia Española reconoce dos acepciones para el concepto de optimismo. Por un lado lo presenta como la disposición a entender y analizar la realidad desde su aspecto más positivo. Por el otro lado, hace hincapié en la doctrina de carácter filosófico que le otorga al universo el mayor grado de perfección posible.

Resulta interesante mencionar que este vocablo halla su origen en el latín *optimum* ("lo mejor"). El escritor y filósofo Galo Voltaire fue quien popularizó esta palabra, al agregarla como subtítulo en el cuento "Cándido", de 1759.

Como doctrina filosófica el optimismo se opone al pesimismo (del latín pessimum, que se traduce como "lo peor"), una postura centrada en la idea de que estamos en el peor de los universos posibles.

El optimismo siendo un objeto de estudio de la psicología, puede definirse como un rasgo disposicional de la personalidad que oscila entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos. Así, el optimismo se caracteriza por una tendencia a confiar en que el futuro sea favorable, por lo que contribuye a afrontar las posibles dificultades con buen ánimo y perseverancia. Una persona optimista logra identificar y valorar lo positivo de cada circunstancia e individuo.[xxvi]

e. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo es de tipo Descriptivo-Transversal, ya que se describen datos estadísticos y demográficos del estrés laboral y el impacto que tiene sobre el estado emocional de los médicos tratantes de los servicios de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja, con un enfoque mixto describiendo, midiendo y recopilando información sobre hechos que suceden en un periodo de tiempo determinado y con una población fija.

Para el mismo trabajo investigativo se utilizaron métodos para la recolección de información como el Cuestionario Maslach Burnout Inventory y la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA).

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Espacio: Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja.

Población en estudio: Médicos Tratantes que laboran en el servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos.

UNIVERSO

El universo estuvo constituido por el total del personal médico que labora en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja.

MUESTRA

Para el presente trabajo investigativo se utilizó la muestra No Probabilística (Muestra intencional).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Profesionales médicos que firmen el consentimiento informado.
2. Médicos que laboren en la Unidad de Cuidados Intensivos y en el Área de Emergencia del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso de la Ciudad de Loja.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Profesionales médicos que no firmen el consentimiento informado.
2. Profesionales médicos que no laboren en la Unidad de Cuidados Intensivos ni en el Área de Emergencia del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

1) **Test psicométricos:** son instrumentos de evaluación y exploración del psiquismo humano, que arrojan resultados cuantificables, que pueden compararse en un baremo, es decir, un gráfico estadístico que permite ubicar todos los resultados y compararlos con la norma, los mismos que sirven para indagar la problemática planteada en la investigación.

   - **Cuestionario Maslach Burnout Inventory:**

Fueron Maslach y Jackson en 1981 quienes, desde un enfoque psicosocial comenzaron a sentar las bases conceptuales y empíricas del desgaste profesional, desarrollando el primer instrumento de evaluación sistemático: el Maslach Burnout Inventory.

Es el cuestionario más utilizado para la evaluación del desgaste profesional y ha sido el instrumento que ha facilitado la investigación sistemática sobre la teoría. La primera publicación del cuestionario, ligeramente anterior a su comercialización, aparece en 1981 (Maslach y Jackson, 1981). Este trabajo, era el resultado de una serie de entrevistas de casos anteriormente mantenidas. Para entender el impacto de este instrumento sobre la investigación en desgaste profesional, hay que mencionar que la aparición del MBI como técnica e instrumento de evaluación, probablemente constituye el hecho diferencial que marca el paso de un periodo inicial de formulación a otro riguroso y sistemático. En el MBI, el desgaste profesional aparecía como *"un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal"* (Maslach y Jackson, 1981).

La definición del síndrome por el MBI se centra inicialmente en el estudio de profesiones asistenciales, especialmente las sanitarias (Freudenberger, 1974, Maslach y Jackson, 1981). Visto desde esta perspectiva, el síndrome era conceptualizado como efecto de la interacción con los usuarios de servicios, suyas demandas emocionales sobrepasan los recurdod de los trabajadores. En sus primeras formulaciones, Maslach (1976) definía inicialmente el desgaste profesional como *"un estrés crónico produciso por el contacto con los clientes que lleva a la externación y al distanciamiento con los clientes en su trabajo"*.

Como se ha mencionado, la importancia del MBI en la investigación queda patente cuando se advierte que la triple estructura y la definición operativa del Burnout no fue teóricamente elaborada hasta la construcción del mismo, en otras palabras, su aparición fijó de forma clara que se entendía por desgaste profesional. El cuestionario proponía tres factores o dimensiones a evaluar: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

En 1986, el MBI, es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno, sin embargo, Cabello y D' Anello, en estudios realizados por la Universidad de los Andes, señalan que la presencia de las dos subescalas hacen referencia a la patología misma, precisando que puntuaciones de cansancio emocional (primera escala), es evidencia de estrés laboral.

1. **Subescala de agotamiento emocional**. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

2. **Subescala de despersonalización**. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.
Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

De este modo, el síndrome de “estar quemado” comienza cuando el trabajador se siente emocionalmente incapaz de seguir encontrando satisfacción en su trabajo. Su reacción es distanciarse de las fuentes que le generan tal malestar, desarrollando paralelamente actitudes negativas hacia las personas con quienes tiene contacto. Por último, experimentan sentimientos de baja realización profesional y personal

- **Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)**:

IDENTIFICACIÓN

Nombre: Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)

Nombre en Inglés: Scale for Mood Assessment (Sanz, 2001) o Mood Evaluation Scale (Pacheco-Unguetti, Acosta, Callejas y Lupiáñez, 2010).

Autor: Jesús Sanz.

Año: 2001 [aunque se desarrolló como instrumento para una tesis doctoral defendida en 1993 y en cuyos anexos apareció por primera vez (Sanz, 1993)].

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Inventario de autoinforme de lápiz y papel.

Objetivos: Evaluar el estado de ánimo actual, fundamentalmente en el contexto de la administración de un procedimiento de inducción del

estado de ánimo (PIEA), pero también en cualquier otra circunstancia en la que se requiera medir el estado de ánimo transitorio de una persona en un momento dado.

Población: Inicialmente desarrollado con estudiantes universitarios, pero ha sido aplicado y validado con otros tipos de poblaciones tanto no clínicas (p. ej., adultos de la población general) como clínicas (p. ej., pacientes adultos con trastorno depresivo mayor, pacientes adultos con delirio de persecución, pacientes con trastornos de ansiedad).

Número de ítems: 16.

Descripción: La EVEA se construyó como un instrumento "para medir estados de ánimo transitorios en los estudios que utilizan procedimientos de inducción estado de ánimo" (Sanz, 2001, p. 71). La EVEA consiste de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala gráfica de tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10), flanqueadas por las palabras "nada" (0) y "mucho" (10), que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las 16 frases tienen la misma construcción; todas empiezan con las palabras "me siento" y continúan con un adjetivo que representa un estado de ánimo (p. ej., "me siento triste", "me siento alegre").

La EVEA pretende evaluar cuatro estados de ánimo: ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión y alegría. Cada estado de ánimo viene representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos los cuales definen una subescala, y todos los ítems dentro de cada subescala están formulados en la misma dirección.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Existen varios estudios que avalan la fiabilidad de la EVEA en diferentes muestras. Una revisión de tales estudios ha encontrado, a partir de muestras que totalizaban entre 542 y 1269 participantes, coeficientes de fiabilidad de consistencia interna que variaban entre 0,86 y 0,92, con una media de 0,88, para la subescala de tristeza-depresión, entre 0,92 y 0,94, con una media de 0,92, para la subescala de ansiedad, entre 0,93 y 0,95, con una media de 0,93, para la subescala de ira-hostilidad, y entre 0,88 y 0,96, con una media de 0,92, para la subescala de alegría (Sanz, Gutiérrez y García-Vera, 2013).

En cuanto a la fiabilidad test-retest, Sanz (2001) informó que, tras la inducción de un estado de ánimo neutro mediante música, los coeficientes test-retest a los siete minutos para dos muestras de 88 y 20 estudiantes universitarios eran, respectivamente, 0,64 y 0,62 para la subescala de tristeza-depresión, 0,63 y 0,50 para la subescala de ansiedad, 0,73 y 0,55 para la subescala de ira-hostilidad, y 0,81 y 0,72 para la subescala de alegría, mientras que el coeficiente test-retest a los 25 minutos para una muestra de 29 estudiantes universitarios era 0,76 para la subescala de tristeza-depresión, 0,28 para la subescala de ansiedad, 0,67 para la subescala de ira-hostilidad y 0,88 para la subescala de alegría. A pesar del poco tiempo transcurrido entre las aplicaciones de la EVEA, esos coeficientes (salvo el coeficiente test-retest a los 25 minutos de la escala de ansiedad) pueden considerarse adecuados, ya que las instrucciones del instrumento hacen hincapié en la medición de estados de ánimo transitorios. Por otro lado, el coeficiente bajo y no significativo estadísticamente de 0,28 para la subescala de ansiedad podría explicarse por el hecho de que las puntuaciones en esta subescala suelen experimentar un descenso notable a medida que los participantes se familiarizan con el laboratorio y con la sesión experimental, proceso que pudo verse incrementado en el estudio correspondiente ya que en el

mismo se aplicó una música que, aunque supuestamente neutra, pudo tener efectos relajantes para las personas en dicho contexto (Sanz, 2001).

Validez: Existen varios estudios que han obtenido buenos índices de validez convergente de la EVEA, en especial de las subescalas de tristeza-depresión y ansiedad, al mostrar que sus subescalas correlacionan de forma moderada o alta en distintos tipos de población (estudiantes universitarios, pacientes con trastornos psicológicos, adultos de la población general, etc.) con otras medidas de autoinforme del estado de ánimo tales como las subescalas de afecto negativo y afecto positivo de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), con otras medidas de ansiedad tales como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) o las subescalas de ansiedad estado y rasgo del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), o con otras medidas de depresión tales como el Inventario de Depresión de Beck de 1978 (BDI-IA), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) o la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (SDS) (p. ej., Pacheco-Unguetti et al., 2010; Pino-Sedeño et al., 2010; Provencio Ortega, 2012; Romero Martín, 2012; Sanz, 2001). Por ejemplo, en una muestra de 350 estudiantes univeristarios, Pacheco-Unguetti et al. (2010) encontraron una correlación muy alta de 0,81 entre la subescala de ansiedad de la EVEA y la subescala de ansiedad estado del STAI. Sanz et al. (2013), tras revisar siete estudios que habían analizado la relación de la subescala de depresión de la EVEA con el BDI-IA, el BDI-II o la SDS, y que totalizaban una muestra de 857 participantes, encontraron un coeficiente de correlación medio de 0,52 entre ambos instrumentos. Finalmente, Pino-Sedeño et al. (2010), con una muestra de 140 estudiantes universitarios, encontraron que las subescalas de ansiedad y tristeza-depresión de la EVEA correlacionaban 0,64 y 0,74, respectivamente, con la subescala de afecto negativo de la PANAS, mientras que la subescala de alegría de la EVEA correlacionaba 0,67 con la subescala de afecto positivo de la PANAS.

En cuanto a la validez discriminante, aunque la literatura científica muestra que los instrumentos que evalúan diferentes estados de ánimo correlacionan entre sí de forma moderada o grande, las correlaciones entre las subescalas de estado de ánimo de la EVEA son menores que las que han obtenido otros instrumentos entre sus subescalas. Por ejemplo, Sanz et al. (2013), tras revisar tres estudios que habían analizado la relación entre las subescalas de la EVEA que miden estados de ánimo negativos (tristeza-depresión, ansiedad e ira-hostilidad), encontraron que dichas correlaciones oscilaron entre 0,34 y 0,78, con una media de 0,47, coeficiente de validez discriminante sensiblemente más bajo que los hallados en la literatura científica con otros autoinformes de estado de ánimo. Por ejemplo, las subescalas de ansiedad, depresión y hostilidad de la MAACL y de su versión revisada (MAACL-R) presentan intercorrelaciones que oscilan entre 0,70 y 0,90 para la MAACL y entre 0,61 y 0,62 para la MAACL-R (Watson y Clark, 1997), mientras que las intercorrelaciones entre dichas escalas de la versión ampliada de la PANAS (PANAS-X) oscilan entre 0,49 y 0,61, con una media de 0,56, y las correlaciones de esas mismas escalas del Perfil de Estados de Ánimos (POMS) fluctúan entre 0,63 y 0,69, con una media de 0,66 (Watson y Clark, 1997).

La validez de criterio de la EVEA evaluada mediante el procedimiento de comparar grupos contrastados ha sido examinada en cuatro estudios (Pacheco-Unguetti et al., 2011; Provencio Ortega, 2012, estudios 2 y 3; Romero Martín, 2012, estudio 2; véase Sanz et al., 2013), los cuales revelan, por ejemplo, que, como cabría esperar y en comparación a personas normales o sin trastornos, los pacientes con trastorno depresivo mayor puntúan significativamente más alto en la subescala de depresión (d de Cohen = entre 1,59 y 1,73) y significativamente más bajo en la subescala de alegría (d de Cohen = entre -1,36 y -1,52) (Romero Martín, 2012, estudio 2), mientras que los pacientes con trastornos de ansiedad

puntúan significativamente más alto en la subescala de ansiedad (d de Cohen = 1,49) (Pacheco-Unguetti et al., 2011). También Sánchez López (2011, estudio 3) ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre participantes con trastorno depresivo mayor y sin ningún trastorno psicológico en las subescalas de ansiedad, tristeza-depresión y alegría de la versión abreviada inglesa de la EVEA.

La validez factorial de la EVEA también es buena, habiéndose encontrado de forma coincidente en dos estudios con estudiantes universitarios cuatro factores definidos perfectamente por los ítems que componen las cuatro subescalas del instrumento (Pino- Sedeño et al., 2010; Sanz, 2001).

APLICACIÓN

Tiempo de administración estimado: 2-5 minutos.

Normas de aplicación: Las instrucciones de la EVEA hacen hincapié en la evaluación de estados de ánimo actuales y transitorios al requerir a las personas evaluadas que rodeen con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo se "siente ahora mismo", en el mismo momento de completar el instrumento. El orden de presentación de los ítems en la EVEA fue establecido de manera aleatoria, aunque evitando la posibilidad de que dos ítems que midieran el mismo estado de ánimo aparecieran de forma consecutiva.

Corrección e interpretación: Cada ítem se valora de 0 a 10 puntos en función del valor escogido por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de los cuatro adjetivos correspondientes a cada subescala y dividir la suma por 4, se obtienen cuatro puntuaciones entre 0 y 10 que cuantifican los estados de ánimo triste-depresivo, ansioso, alegre e iracundo-hostil de la persona evaluada en el momento

en que se administró el instrumento. En concreto, para la obtención de la puntuación de la subescala de tristeza-depresión habría que sumar las puntuaciones de los ítems “melancólico”, “alicaído”, “apagado” y “triste” (ítems 4, 7, 10 y 16); para la obtención de la puntuación de la subescala de ansiedad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “nervioso”, “tenso”, “ansioso” e “intranquilo” (ítems 1, 5, 9 y 13); para la obtención de la puntuación de la subescala de ira-hostilidad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “irritado”, “enojado”, “molesto” y “enfadado” (ítems 2, 8, 11 y 14), y, finalmente, para la obtención de la puntuación de la subescala de alegría habría que sumar las puntuaciones de los ítems “alegre”, “optimista”, “jovial” y “contento” (ítems 3, 6, 12 y 15). Algunos investigadores prefieren no dividir la suma de las puntuaciones de los ítems de cada subescala por el número de ítems, y, en lugar de puntuaciones entre 0 y 10, obtienen puntuaciones en cada subescala que oscilan entre 0 y 40 (p. ej., Arjona Arcas, 2002; Hervas y Vazquez, 2013; Romero Martín, 2012). En cualquier caso, una puntuación más alta en las subescalas de la EVEA indica, respectivamente, un mayor nivel de tristeza-depresión, ansiedad, ira-hostilidad o alegría. Para interpretar las puntuaciones de las subescalas de la EVEA, también se pueden emplear los valores normativos (medias y desviaciones típicas) proporcionados por Sanz (2001, tabla 1) y obtenidos con una muestra de 402 estudiantes universitarios españoles evaluados de forma individual en una cabina de un laboratorio universitario. Dado que las puntuaciones de la EVEA se distribuyen aproximadamente de forma normal (salvo en el caso de la subescala de ira-hostilidad; Sanz, 2001), una puntuación que supere dos desviaciones típicas por encima de la media de la subescala correspondiente dejaría por debajo al 98% de la población de estudiantes universitarios españoles (se corresponde con el percentil 98 o puntuación T igual a 70).

Momento de aplicación: Tanto antes como durante o después de un procedimiento de inducción de estado de ánimo, y en cualquier momento en el que se desee conocer el estado de ánimo actual de una persona.

PROCEDIMIENTO

La investigación transitó por tres momentos: el primero fue de carácter descriptivo, dedicado principalmente a la recopilación de información confiable y científica recurriendo a fuentes físicas y electrónicas en cuanto al estrés laboral y el estado emocional.

El segundo momento tuvo que ver con la aplicación de los reactivos psicológicos seleccionados (Cuestionario de Maslach Burnout Inventory y la Escala de Valoración del Estado de Ánimo), a los médicos tratantes del Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja, con la finalidad de evaluar y determinar el estrés laboral y el estado emocional actual, para en lo posterior tabular estadísticamente los datos cualitativos y cuantitativos, plasmándolos en tablas y pasteles gráficos para su mejor agudeza comprensiva.

Y el tercer momento estuvo enfocado en el desarrollo de un plan de intervención psicoterapéutico, fundamentado en corrientes psicológicas principalmente Cognitivo-Conductual, el mismo que se focalizó en reducir los niveles de estrés en los médicos tratantes del Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja.

f. RESULTADOS

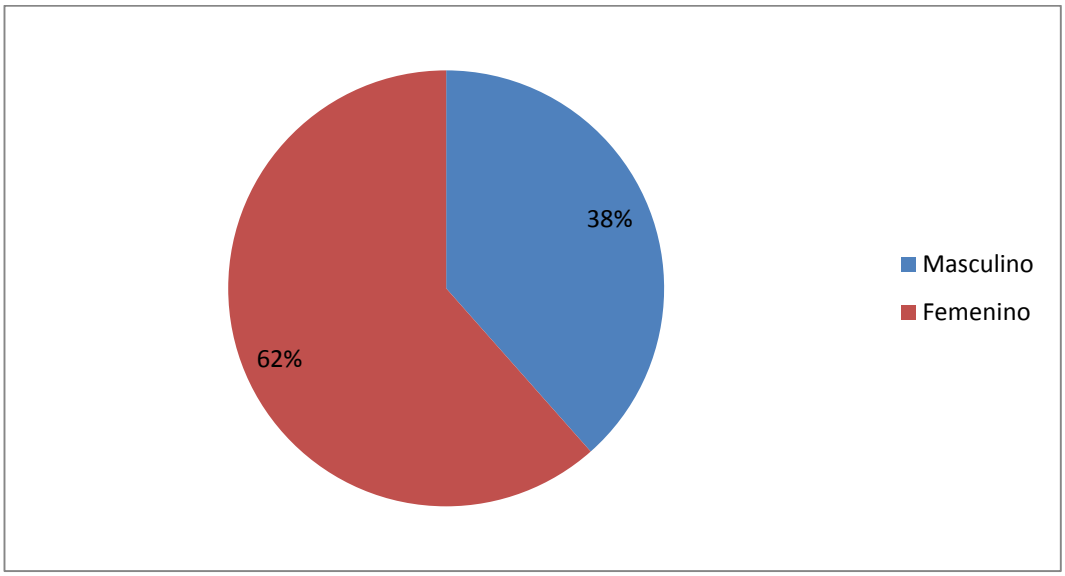
A. DATOS GENERALES

GENERO

GENERO	NÚMERO	PORCENTAJES
Masculino	10	38%
Femenino	16	62%

Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Gráfico No. 1



Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Interpretación:

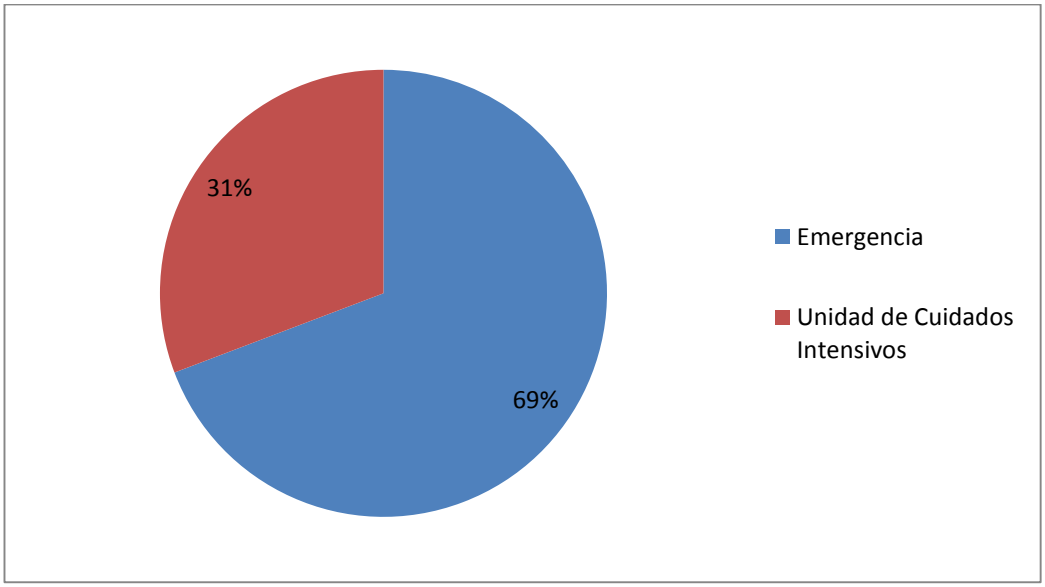
En la presente investigación participaron 26 médicos, de los cuales 10 son de sexo masculino representando al 38%, y 16 médicos de sexo femenino que representan el 62 %. Contando con la participación de la mayoría de médicos del sexo femenino.

MÉDICOS SEGÚN EL SERVICIO HOSPITALARIO

SERVICIOS QUE OFRECE EL HOSPITAL	NÚMERO	PORCENTAJE
Emergencia	18	69%
Unidad de Cuidados intensivos	8	31%

Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Gráfico No. 2



Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Interpretación:

Tal como se puede apreciar en la tabla de resultados, los médicos participantes del Servicio de Emergencia fueron 18, representando el 69%, mientras que de la Unidad de Cuidados Intensivos participaron 8 médicos que representan el 31%.

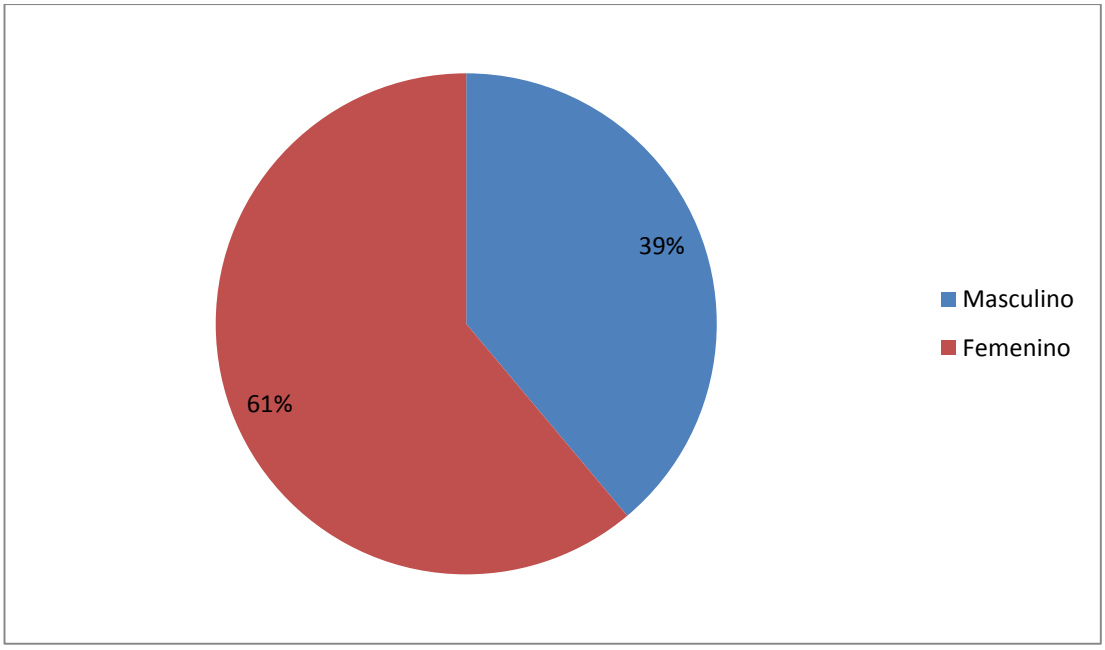
Indicando que el la población médica total de la Unidad de Cuidados Intensivos es de 9, y del Servicio de Emergencia es de 23.

GÉNERO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

GÉNERO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
Masculino	7	39%
Femenino	11	61%

Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Gráfico No. 3



Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Interpretación:

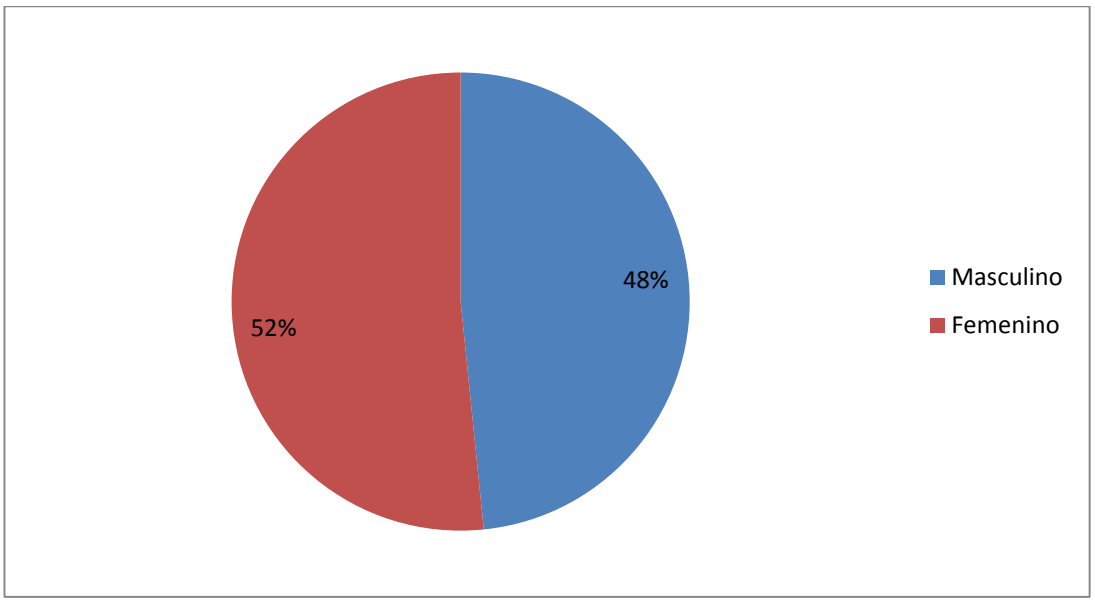
En cuanto al Servicio de Emergencia, participaron 7 médicos de género masculino representando al 39%, y 11 médicos de género femenino que representan el 61%. Dando un total de 18 médicos participantes. Lo que indica que la mayor población en éste servicio hospitalario en cuanto a médicos tratantes es de género femenino.

GENERO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GÉNERO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Masculino	3	48%
Femenino	5	52%

Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Gráfico No. 4



Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Interpretación:

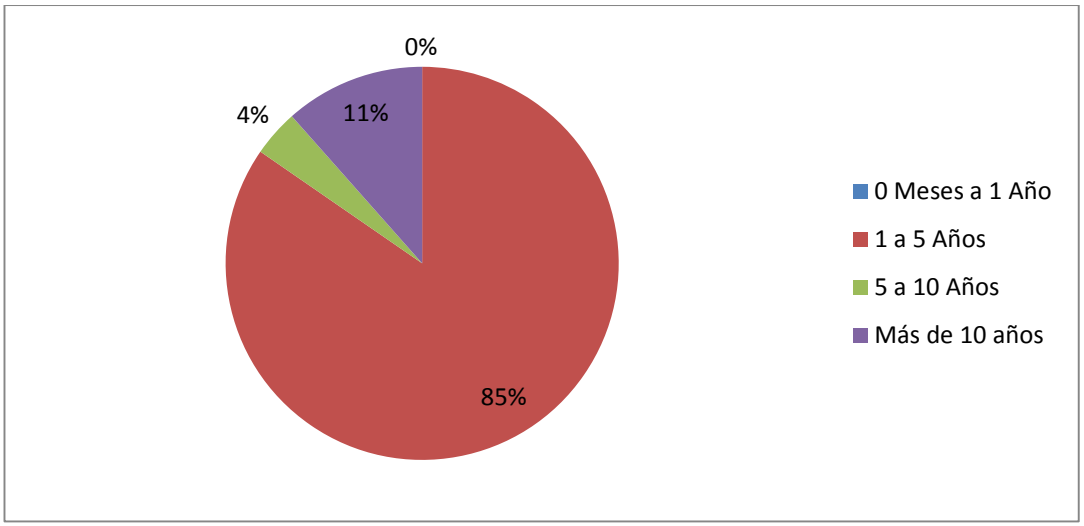
En cuanto a la Unidad de Cuidados Intensivos, participaron 3 médicos de género masculino representando al 48%, y 5 médicos de género femenino que representan el 52%. Dando un total de 8 médicos participantes. Datos que permiten conocer que en éste servicio hospitalario la mayoría de la población de médicos tratantes es de género femenino.

TIEMPO DE SERVICIO

TIEMPO DE SERVICIO	NÚMERO	PORCENTAJE
0 Meses a 1 Año	0	0%
1 a 5 Años	22	85%
5 a 10 Años	1	4%
Más de 10 años	3	11%

Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Gráfico No. 5



Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Interpretación:

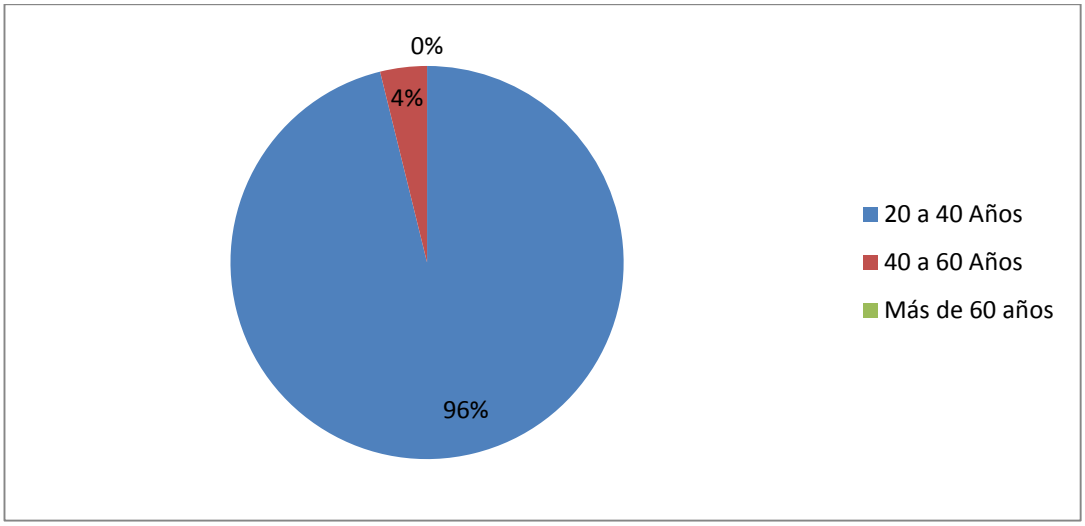
En cuanto al tiempo de servicio que llevan los médicos que laboran en el servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos tenemos que: de 0 meses a 1 año no se encontraron resultados, interpretándose 0%, mientras que de 1 a 5 años participaron 22 médicos que representan el 85%, por otra parte, médicos con 5 a 10 años de servicio participó 1, que representa el 4%, y médicos con más de 10 años de labor profesional participaron 3, representando el 85%. Gracias a los resultados obtenidos puedo establecer que el tiempo de servicio promedio de la mayoría de médicos tratantes en ambos servicios hospitalarios, varía de 1 a 5 años.

EDAD

ESCALAS DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
20 a 40 Años	25	96%
40 a 60 Años	1	4%
Más de 60 Años	0	0%

Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Gráfico No. 6



Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Interpretación:

Tal como podemos observar en la tabla de resultados, la edad promedio de los médicos que participaron en la presente investigación es de: 20 a 40 años, representan el 96%, mientras que de 40 a 60 años participó un médico que representa el 4%, no encontrándose profesionales con más de 60 años de edad. Lo que me permite establecer que la mayoría de la población médica tanto en el servicio de Emergencia, así como en la Unidad de Cuidados Intensivos en cuanto a la edad que poseen es de 20 a 40 años de edad.

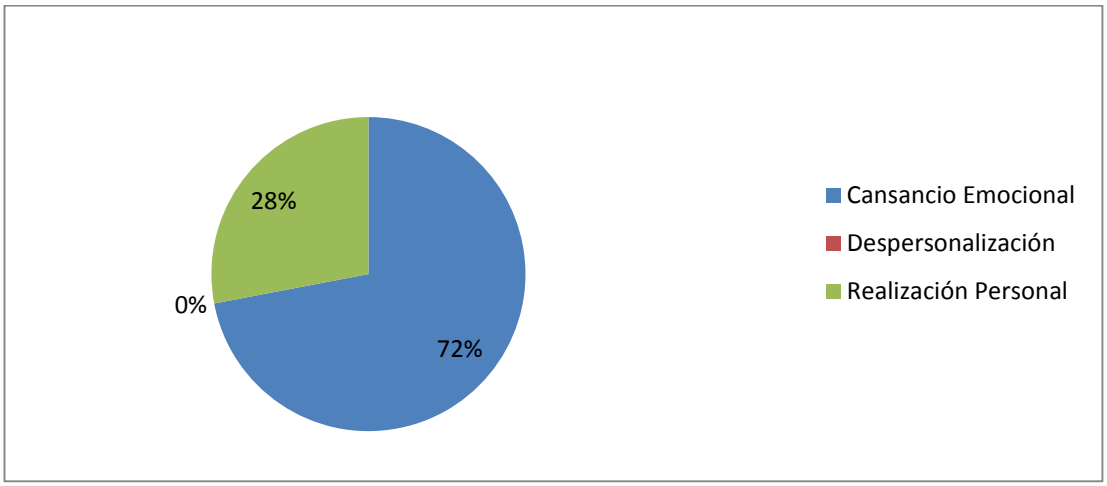
B. RESULTADOS DE REACTIVOS PSICOLÓGICOS EMPLEADOS

ESTRÉS LABORAL EN LOS MÉDICOS TRATANTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA

PARÁMETROS	NÚMERO	PORCENTAJE
Cansancio Emocional	16	72%
Despersonalización	0	0%
Realización Personal	10	28%

Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Gráfico No. 7



Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Interpretación:

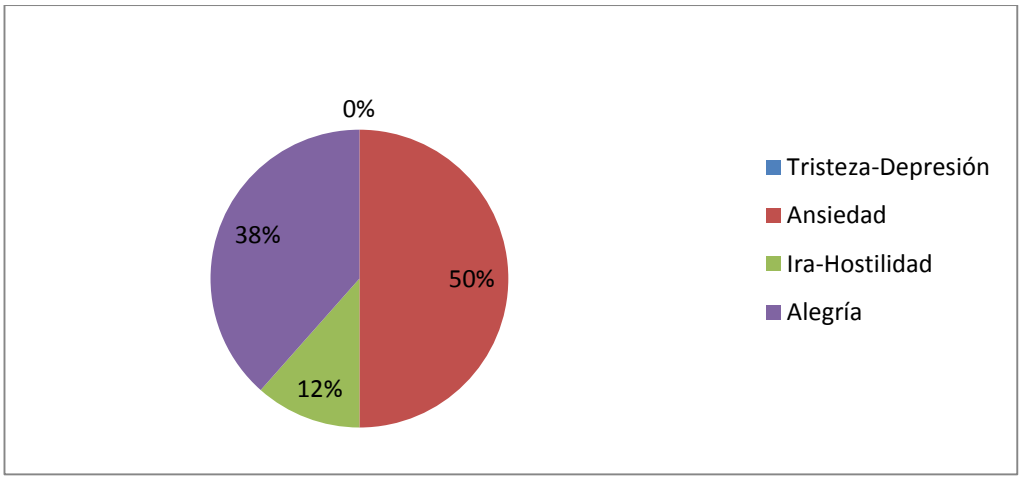
Haciendo referencia al Cuestionario *Maslach Burnout Inventory*, se encontraron los siguientes resultados: 10 de los médicos participantes poseen realización personal representando el 28%, mientras que 16 de mismos aseguran tener cansancio emocional quienes representan el 72%, no encontrándose médicos con despersonalización. Lo que me permite concluir que la mayoría de la población médica (72%), posee estrés laboral.

ESTADO EMOCIONAL EN LOS MÉDICOS TRATANTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA

ESCALAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Tristeza-Depresión	0	0%
Ansiedad	13	50%
Ira-Hostilidad	3	12%
Alegría	10	38%

Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Gráfico No.8



Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Interpretación:

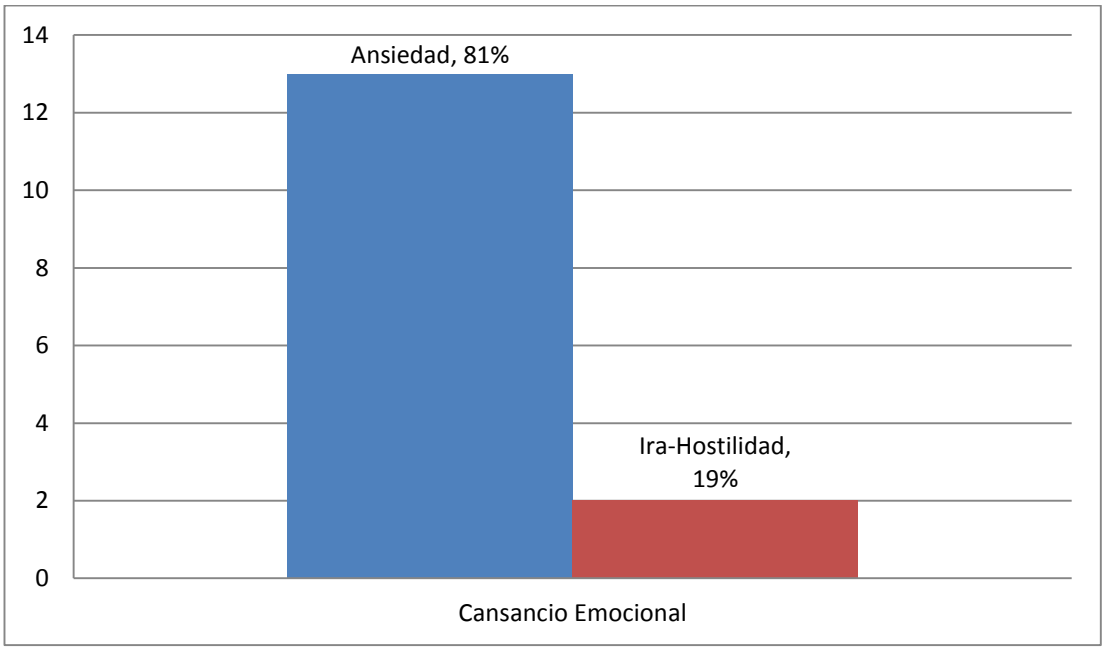
En lo que respecta a los resultados de la EVEA tenemos: que 13 de los médicos participantes refieren tener ansiedad, representando el 50%, así también 10 de los mismos señalan sentir alegría lo que representa el 38%, y 3 médicos sentir Ira-Hostilidad representando el 12%, no encontrándose datos de médicos que sientan Tristeza-Depresión. Gracias a lo cual puedo establecer que la mayoría de los médicos tratantes en los servicios de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos, tiene como emoción principal la Ansiedad.

RELACIÓN DEL IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS MÉDICOS TRATANTES DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA

ESCALAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Ansiedad	13	81%
Ira-Hostilidad	3	19%

Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Gráfico No. 9



Fuente: Reactivo Psicológico Aplicado
Elaboración: Francis David Sarango Ribera

Interpretación:

La gráfica está basada en los 16 médicos tratantes que poseen estrés laboral (Cansancio Emocional), de los cuáles 13 sienten tener en la actualidad ansiedad representando el 81%, y 3 de los mismos refieren tener Ira-Hostilidad que representa el 19%.

Concluyendo que el estrés laboral tiene íntima relación con el estado emocional, sobresaliendo la Ansiedad como emoción principal entre los médicos tratantes del Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja.

g. DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja, con los médicos tratantes que laboran en el Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos.

Se estudiaron características sociodemográficas:

Se encontró en relación al sexo de la población total que 62% de los médicos son del sexo femenino, y el 38% corresponden al sexo masculino, lo que revela un predominio de las mujeres con respecto a los hombres. Resultados similares fueron encontrados en un estudio realizado en el año 2001 en médicos residentes de la Universidad de los Andes, por Cabello y D' Anello, quienes estudiaron el Síndrome de desgaste profesional y apoyo familiar, donde concluyeron que la distribución por sexos, 56% eran de sexo femenino y 44% de sexo masculino. Grau, Flintentrei y Cols, realizan investigación sobre el síndrome de Burnout en personal médico hispanoamericano y concluyen que el 51% son hombres y el 49% son mujeres, dicha investigación difiere de la nuestra en esta característica sociodemográfica.

Con estos resultados puedo presumir la tendencia al predominio de las mujeres sobre hombres en los servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja.

Se observó con respecto a la edad que los médicos tratantes de Emergencia y Cuidados Intensivos, tienen edades comprendidas entre 20 a 40 años. Cabello y D'Anello encontraron en su muestra final, que las edades estaban comprendidas entre los 28 y 42 años con un promedio de 32,6 años, resultando similares al presente estudio realizado. Además se

evidencia en el presente estudio que de la población estudiada, 96% oscilan entre 20 y 40 años de edad, estudios como es de Gils y Cols realizados en Madrid-España, revelan que el Síndrome se da con mayor frecuencia en médicos más jóvenes y que la satisfacción laboral aumenta con la edad.

En cuanto a los antecedentes del ejercicio profesional se investigó sobre el tiempo que los médicos tienen de graduados y ejercicio profesional, en donde se evidencia que un 85% tiene entre 1 y 5 años de graduados, luego le sigue con 11% más de 10 años, 4% entre 5 y 10 años y no se registran médicos con menos de 1 año de servicio profesional.

Es así que se evidencia la prevalencia de una población con pocos años de graduados, lo que según algunos autores como Gils y Cols es un factor de riesgo para padecer el estrés laboral ya que la satisfacción laboral aumenta con los años.

En lo que respecta al desgaste profesional, Parra Patricia (2012), en un estudio realizado en médicos cursantes de postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, Mérida, señala que el 58,14% presentan algunos síntomas de agotamiento emocional, en lo que respecta a la escala de despersonalización, se muestra que el 51,16% no presentan síntomas de despersonalización, y en cuanto a la realización profesional como síntoma, 56,28% no presentan este síntoma; lo que guarda similitud con mi estudio, en donde refiero que el 72% de los médicos de los Servicios de Emergencia y Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ygancio Monteros Valdivieso de la Ciudad de Loja, según el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, presentan cansancio emocional, no encontrándose reportes de médicos que presenten despersonalización y en lo que respecta a la realización personal, el 28% de los médicos refiere identificarse con el mismo.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO

PRESENTACIÓN

El estrés es quizás considerado uno de los principales factores psicológicos que afectan hoy en día a la mayoría de las personas. Hay quienes piensan que solo se trata de una moda; o bien, una excusa para disminuir y/o evadir su carga de trabajo. Sin embargo, al final, se trata de una realidad percibida por muchos e invisible por otros.

En cuanto a la población médica, el estrés laboral, tiene significativa connotación psicosocial generando un impacto emocional en quienes lo padecen, lo cual da lugar a que se cree un campo propicio para la aplicación práctica de la Psicología de la Salud. La íntima relación que existe entre las actitudes y el comportamiento de las personas frente a las exigencias de su actividad laboral, pone de manifiesto que hay mucho que hacer desde el punto de vista psicológico.

La teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) explica como existen tres elementos responsables del estrés en una persona. Uno de ellos es el ambiente, el otro es la susceptibilidad interna o fisiológica del individuo, y por último la valoración cognitiva (percepción) de los acontecimientos. Los tres elementos se consideran como responsables, sin embrago la valoración cognitiva funge como el responsable mayoritario, puesto que de este depende la interacción de los otros dos elementos,

MODALIDAD TERAPÉUTICA:

PSICOTERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual es el enfoque terapéutico más congruente para el manejo del estrés. Algunos de sus principales autores son A. Beck, A. Ellis y D. Meichenbaum. Estos tres autores se distinguieron por ser quienes realizaron importantes aportaciones a la terapia. Sin embargo, existen muchos otros terapeutas e investigadores que se han encargado de complementarla y así transformarla en una de la principales ramas de la psicología aplicada alrededor del mundo.

Existen meta-análisis, por ejemplo el publicado en el 2008 por Richardson y Rothstein, en el que se analizaron 36 estudios sobre manejo del estrés ocupacional y que llevó a la conclusión que los programas cognitivo-conductuales produjeron consistentemente mayores efectos que otro tipo de intervenciones. Además, está el caso muy particular del estrés postraumático, para lo que se realizó un análisis 38 estudios controlados se encontró que es equivalente la eficacia entre los tratamientos cognitivo-conductuales enfocados en el trauma y la terapia conocida como EMDR (eye movement desensitisation and reprocessing) (Bisson et al., 2007)

Estos ejemplos de meta-análisis nos llevan a considerar las intervenciones cognitivo-conductuales como una buena alternativa para el manejo del estrés. Una de las opciones en este enfoque terapéutico es el Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE), descrito por primera vez por Meichenbaum y Cameron en 1972, en un escrito no publicado de la Universidad de Waterloo (Muñoz y Pérez, 1997). La intervención se lleva a cabo principalmente en dos niveles: cognitivo (lo que piensa la persona de la situación estresante, cómo la interpreta, sus experiencias anteriores) y conductual (comportamiento en la situación estresante). El control de

estrés con el AIE se caracteriza por la enseñanza de habilidades específicas (relajación y asertividad, entre otras) y el análisis de la situación estresante para adecuar las técnicas a la situación particular; además, considera la adquisición de habilidades para enfrentar situaciones futuras de estrés (Meichenbaum, 1988). Es decir, es una inoculación al estrés, inocular es un sinónimo de vacunar, con el AIE se busca inocular a la persona a través de ensayos para que cuando se enfrente a las situaciones estresantes sepa que hacer, tal como lo hace nuestro organismo al ser vacunado (González, 2009).

FASES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

FASE I

Se realiza una nueva evaluación investigación psicológica (re-test) con el objetivo de detectar en primera instancia la presencia de estrés laboral en los médicos a través de la aplicación del Maslach Bornout Inventory, así como también una evaluación del estado emocional actual, utilizando la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), así como también la apertura de una historia clínica psicológica, en donde se anexa la observación clínica.

FASE II

Propuesta de un plan de intervención psicológico esquematizado, de acuerdo a la investigación psicoterapéutica que se realizó en la primera fase del proceso , se puede establecer ya una condición de los pacientes, en los mismos que se evidencia:

- Estrés Laboral
- Ansiedad

- Ira-Hostilidad

Conforme a esto se plantean los siguientes objetivos.

OBJETIVOS

General

Estabilizar el estado de ánimo de los médicos tratantes de la Unidad de Cuidados Intensivos y Servicio de Emergencia del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja, producto del estrés laboral.

Específicos

- Manejo y extinción de los desajustes emocionales que experimentan los médicos tratantes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso de la ciudad de Loja, producto del estrés laboral que experimentan, utilizando como herramienta principal la Psicoterapia Cognitiva Conductual, que se ajusta de mejor manera a las condiciones en las cuales se desenvuelven los mismos.
- Proporcionar herramientas psicológicas al médico para un mejor afrontamiento y control el estrés.

FASE III

Evaluación en cuanto al cumplimiento de los objetivos planteados en el plan de intervención psicoterapéutico propuesto. Analizar viabilidad de seguimiento y control de los pacientes.

TÉCNICAS A UTILIZARSE

- En primera instancia se utilizará Psicoterapia Individual: (terapia explicativa, psicoterapia de apoyo, psicoterapia racional o Emotiva). Utilizando las siguientes técnicas:

    - Técnicas de relajación muscular progresiva y sistémica de Jacobson.
    - Técnica de relajación pasiva.
    - Respiración Diafragmática.

- Posteriormente se intervendrá a través de Técnicas Cognitivo Conductuales como son:

    - Psicoeducación
    - Técnica de autocontrol.
    - Técnica de reestructuración cognitiva (interrogatorio socrático)
    - Técnica del control atencional o distracción cognitiva.
    - Técnica de solución de problemas
    - Técnica de connotación positiva

BENEFICIARIOS

Médicos tratantes del Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso de la Ciudad de Loja, que refieren sintomatología emocional, desencadenante del estrés laboral.

BENEFICIOS DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS:

1. Efectiva en la reducción de sintomatología ansiosa que experimentan los médicos tratantes frente a las exigencias de su actividad laboral.
2. Puede ser administrada en un breve periodo de tiempo, factor muy importante debido al escaso espacio y tiempo que poseen los médicos.
3. Mejora la adherencia a la actividad laboral..
4. Ayuda a aumentarla la efectividad de los mismos.
5. Disminuye los efectos colaterales.
6. Ayuda a una mejor regulación anímica

INTERVENCIÓN POR SESIONES

SESIÓN: No. 1

TEMA: Explicación de metodología y objetivos terapéuticos

TÉCNICA: Terapia Explicativa

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: Grupal

OBJETIVOS:

- Motivar a los pacientes a la participación y compromiso de la terapia.
- Exponer la propuesta metodológica y pautas de funcionamiento terapéutico.
- Establecer fenómenos de raport.

PROCEDIMIENTO:

Una vez abierto el espacio para la intervención psicoterapéutica, se realiza un diálogo explicativo acerca de las técnicas y modelo de intervención psicológica a emplear y la duración aproximada por sesiones. Así como también se pretende establecer el fenómeno de raport con la finalidad de crear un ambiente propicio de respeto, confidencialidad y ética profesional.

RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Psicólogo Clínico
- ✓ Médicos

DURACIÓN:

45 minutos aproximadamente

SESIÓN: No. 2

TEMA: Terapia Explicativa

TÉCNICA: Psicoeducación

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: Grupal

OBJETIVOS:

- Ψ Proporcionar información al paciente acerca de su cuadro clínico (estrés laboral), su multicausalidad, proceso, duración y posibles consecuencias que conlleva el mismo.

PROCEDIMIENTO:

En un espacio físico que brinde las facilidades necesarias para la utilización de herramientas informáticas (computador, proyector), ee brinda la psicoeducación de manera adecuada y viable, utilizando para lo consiguiente materiales tales como diapostivas, videos, gráficos y textos que permitan al paciente recopilar información necesaria y concreta para el manejo y control del estrés.

RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Psicólogo Clínico
- ✓ Médicos

DURACIÓN:

45 minutos aproximadamente.

SESIÓN: No. 3

TEMA: Ejercicios de Respiración

TÉCNICA: Respiración Diafragmática

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: Grupal

OBJETIVO:

Ψ Educar al paciente en la manera adecuada de respirar, controlando el aire que inhala y exhala logrando tener conciencia en la realización de éste ejercicio.

PROCEDIMIENTO:

Para la práctica del presente ejercicio se dará la consigna siguiente:

Es muy importante no forzar. Es verdad que para trabajar la respiración diafragmática vamos a dirigir el movimiento del diafragma, pero hagámoslo amablemente. No se trata de llenar los pulmones como un globo (esto produce estrés), ni "aguantar la respiración", no se trata de competir con nosotros mismos. La respiración adecuada produce placer.

- Acostarse boca arriba cómodamente, y más adelante practicarla sentados, de pie, caminando, con la práctica se podrá incorporar a las actividades de la vida cotidiana. Para empezar, osa tus manos en el abdomen.

- Antes de empezar expulsa a fondo el aire de tus pulmones varias veces, puedes hacer algunos suspiros o exhalar por la boca. El objetivo es vaciar bien los pulmones de aire residual, lo cual automáticamente provocará la necesidad de inspirar más profundamente.

- Una vez provocado este impulso de respiración profunda, inicia la respiración diafragmática dirigiendo el aire al inspirar "hacia tu

abdomen” como si quisieras empujar hacia arriba tas manos que están sobre él.

- Retén unos instantes el aire en tus pulmones, brevemente, sin que haya presión.
- Cuando sientas la necesidad de expulsar el aire, hazlo relajando tu vientre (este se “desinflará” y las manos bajarán con él).
- Quédate un instante con los pulmones vacíos, sintiendo cómo te vas relajando, y en cuanto sientas nuevamente el impulso de inspirar, hazlo profunda y lentamente volviendo a llenar tus pulmones mientras tu abdomen sube.

RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Psicólogo Clínico
- ✓ Médicos

DURACIÓN:

50 minutos aproximadamente.

SESIÓN: No. 4

TEMA: Modelo A-B-C del Funcionamiento Psicológico

TÉCNICA: Terapia Explicativa

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: Grupal

OBJETIVO:

- Ψ Poner de manifiesto las creencias irracionales presentes en el paciente.

PROCEDIMIENTO:

El Modelo A-B-C es una herramienta heurística desarrollada inicialmente por Albert Ellis, teórico cognitivo-conductual, y ampliamente usado en la TRE. Se esquematiza de la siguiente forma: **A** → **B** → **C**, donde **A** representa los acontecimientos observados por el sujeto, **B** representa "Belief" (creencia) o interpretación del evento observado, y **C** representa las consecuencias emocionales de las interpretaciones (**B**).

En la presente sesión se conseguirá aclarar que no son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: (p.e "terremoto", "dolor extremo") los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos.

RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Psicólogo Clínico
- ✓ Médicos

DURACIÓN: 45 minutos aproximadamente.

SESIÓN: No. 5 y 6

TEMA: Relajación Muscular

TÉCNICA: Relajación Muscular y Progresiva de Jacobson

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: Grupal

OBJETIVOS:

- Ψ A través de esta técnica se pretende alcanzar relajamiento y la tranquilidad de los pacientes mediante entrenamiento de ejercicios fisiológicos y racionales que inducen a modificaciones globales de su persona. Reducción de niveles de ansiedad.
- Ψ Se pretender lograr autorrelajación de las funciones orgánicas y aumento de rendimiento en algunas funciones como el estado de ánimo, representados en sus estados de visualización y en el grado de concentración que mantenga.

PROCEDIMIENTO:

Se inicia haciendo sentar al paciente en una silla confortable o puede hacerse también acostándose en una colchoneta. Ponerse tan cómodo como sea posible (no utilizar zapatos o ropa apretada) y no cruzar las piernas. Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Otra vez. Después alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrara más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación.

No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3 ."

Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos. Hay que ser cuidadoso si se tienen agarrotamientos musculares, huesos rotos, etc que hacen aconsejable consultar previamente con el médico.

- **Manos**. Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.
- **Bíceps y tríceps**. Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos para ello agitamos las manos antes después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.
- **Hombros**. Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos.
- **Cuello (lateral)**. Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.
- **Cuello (hacia adelante)**. Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).
- **Boca (extender y retraer)**. Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.
- **Boca (apertura)**. Abre la boca cuanto sea posible; cuidado en este punto para no bloquear la mandíbula y relajar.
- **Lengua (paladar y base)**. Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.

- **Ojos**. Abrirlos tanto como sea posible y relajar.Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
- **Respiración**. Respira tan profundamente como sea posible; y entonces toma un poquito más; espira y respira mormalmente durante 15 segundos. Después espira echando todo el aire que sea posible; entonces espira un poco más; respira y espira normalmente durante 15 segundos.
- **Espalda**. Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.
- **Glúteos**. Tensa y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.
- **Estómago**. Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.
- **Pies**. Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible ; relajar.
- **Dedos**. Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

.**RECURSOS HUMANOS:**

- ✓ Psicólogo Clínico
- ✓ Médicos

DURACIÓN:

60 minutos aproximadamente.

SESIÓN: No. 7

TEMA: Validación diagnóstica.

TÉCNICA:

- Aplicación de Reactivos Psicológicos. (Re-test).
- Entrevista
- Observación

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: Individual

OBJETIVO:

Ψ Corroborar los diagnósticos previamente establecidos.

PROCEDIMIENTO:

Se aplica el re-test de: Maslach Burnout Inventory y la Escala de Evaluación del Estado de Ánimo, validando el diagnóstico formulado, sumando a esta sesión la entrevista individual y la observación extrínseca, con la finalidad de llegar a un diagnóstico de mayor confiabilidad y certeza.

RECURSOS HUMANOS:

✓ Psicólogo Clínico
✓ Médico

DURACIÓN:

60 minutos aproximadamente.

SESIÓN: No. 8

TEMA: Distorsiones Cognitivas

TÉCNICA: Interrogatorio Socrático

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: Individual

OBJETIVOS:

- Erradicar los pensamientos automáticos distorsionados que se encuentran latentes en los médicos acerca de sus actividades laborales, la presión y exigencias que amerita su trabajo.

PROCEDIMIENTO:

Se empieza haciendo todo tipo de preguntas hasta que los detalles del ejemplo son evidenciados para ser luego usados como plataforma para alcanzar valoraciones más generales.

Implica efectuar una serie de preguntas alrededor de un tema o idea central, y responder las otras preguntas que aparezcan. Normalmente, este método se usa para defender un punto de vista en contra de otra posición. La mejor forma de evidenciar el acierto de un "punto de vista" es hacer que el oponente se contradiga a sí mismo y de alguna forma apruebe el "punto de vista" en cuestión.

El término preguntas socráticas, es usado para describir este tipo de interrogatorio, en el cual una pregunta se responde como si esta hubiera sido una pregunta retórica. Ej.: *¿Puedo comer champiñones?*. A lo que se contesta con otra pregunta como si la primera no lo fuera o fuera retórica: *¿Acaso no son los champiñones comestibles?*. Así se fuerza a realizar al preguntador una nueva pregunta que aporte más luz a su discurso.

Las distorsiones cognitivas que se pretende erradicar con esta técnica son: maximización, catastrofización, pensamiento dicotómico y generalización,

RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Psicólogo Clínico
- ✓ Médicos

DURACIÓN:

50 minutos aproximadamente.

SESIÓN: No. 9

TEMA: Relajación Muscular

TÉCNICA: Relajación Muscular Pasiva

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: Grupal

OBJETIVO:

- Brindar técnicas al paciente que se enfatizan en la relajación muscular, reduciendo los niveles de estrés, esta vez sin recurrir a la tensión.

PROCEDIMIENTO:

Con una voz suave, y pausada, se va indicando al paciente que centre su atención en diferentes zonas de su cuerpo, para ir relajándolas poco a poco, se darán las siguientes consignas:

Estás tranquilamente sentado (o tumbado) con los ojos cerrados, todo tu cuerpo se adapta perfectamente al sillón, de modo que no hay necesidad de tensar ningún músculo. Ahora concéntrate en tu mano derecha, deja que desaparezca cualquier tipo de tensión. Nota cómo estos músculos se van volviendo cada vez más relajados, más tranquilos, más calmados. Ahora focaliza la atención más arriba, en tu antebrazo derecho. Nota cómo desaparece cualquier tensión, deja que se relajen más y más. Mientras que continúas con todo tu brazo, antebrazo, y mano derecha relajados, concéntrate ahora en tu mano izquierda…

El proceso va continuando siguiendo todos los grupos musculares como se hizo en la relajación progresiva, pero cada vez que se termina de relajar uno, vuelve a mencionar los anteriores, por ejemplo:

La relajación se extiende ahora por tus brazos… toda tu cara…tu cuerpo… y baja por los hombros…

Es en este punto es donde se propone la inclusión de instrucciones autógenas para consolidar el proceso de relajación:

Estás muy relajado, sientes que tus músculos se han vuelto pesados y notas un agradable calor en ellos. Siente lo agradable que es ese calor y como tus músculos se relajan todavía más.

La técnica finaliza con instrucciones para relajar todo el cuerpo y además se incluye el control sobre la respiración:

Nota todo tu cuerpo relajado, muy, muy tranquilo. Deja tus pies, tus piernas, tu estómago, tu pecho, tu espalda, tus hombros, tus brazos, tu cuello, tu cara, muy, muy relajados. Deja que tu respiración lleve su propio ritmo monótono, tranquilo. Déjate llevar por este estado de tranquilidad. Todas las partes de tu cuerpo están muy relajadas, muy cálidas, muy pesadas.

Finalmente se aplica un tono de voz más lento y pausado que el de la relajación progresiva pero sin llegar a adquirir tonos hipnóticos.

RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Psicólogo Clínico
- ✓ Médicos

DURACIÓN:

50 minutos aproximadamente.

SESIÓN: No. 10

TEMA: Seguridad y Autoestima

TÉCNICA: Connotación Positiva

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: Individual

OBJETIVOS:

- Ψ Dar un significado positivo a una información negativa dada por el paciente.
- Ψ Reducir actitudes y sentimientos negativos que afectarían a la marcha del proceso de mediación, transformando esas actitudes y sentimientos negativos por claridad, confianza y control de la situación.

PROCEDIMIENTO:

Se atribuye un significado positivo a la conducta problema síntoma, así como al contexto relacional donde adquiere su funcionalidad, especificando la contribución de cada uno de sus miembros a la pauta circular.

Connotar positivamente lo que todos ven positivo, es un asunto fácil: pero connotar positivamente lo que todos ven negativo (paradojal) requiere tener en consideración varios aspectos que incluyen al mismo sujeto y a su sistema.

RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Psicólogo Clínico
- ✓ Médicos

DURACIÓN:

45 minutos aproximadamente.

SESIÓN: No. 11

TEMA: Cierre

TÉCNICA: Feedback

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN: Individual

OBJETIVOS:

- Ψ Evaluar el cumplimiento de los objetivos planteados.
- Ψ Conclusiones.
- Ψ Recomendaciones.
- Ψ Estrategias de seguimiento

PROCEDIMIENTO:

En esta última sesión de cierre, se analiza y evalúa lo aprendido a través de preguntas verbales y técnicas de imaginación/exposición. Así como también se establecen compromisos de seguimiento y mantenimiento en la utilización de las técnicas brindadas, y la posibilidad de un seguimiento periódico.

RECURSOS HUMANOS:

- ✓ Psicólogo Clínico
- ✓ Médicos

DURACIÓN:

40 minutos aproximadamente.

h. CONCLUSIONES

En la presente investigación puedo concluir:

.

- En cuanto al síndrome de desgaste profesional el 72% refiere tener cansancio emocional, 28% realización personal, no encontrándose casos de despersonalización.

- En lo que respecta a la Escala de Valoración del Estado de Ánimo, los médicos tratantes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, el 50% indica sentir ansiedad, frente al 38% con alegría, 12% con Ira-Hostilidad, y no reportándose casos de Tristeza-Depresión.

- De los 16 médicos que presentan estrés laboral en el presente estudio, 13 señalan tener ansiedad y 3 Ira-Hostilidad, lo que indica que el estrés laboral guarda estrecha relación con el estado emocional de los médicos tratantes de los Servicios de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja.

i. RECOMENDACIONES

- Promover la salud mental de los médicos tratantes del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja, a través de charlas sobre el afrontamiento al estrés, talleres sobre técnicas de relajación, y el buen uso del tiempo libre.

- Promover en el Hospital, la formación y apertura de un espacio físico para realizar actividades de recreación-oxigenación, que les permita a los médicos liberar la tensión acumulada producto de su esfuerzo laboral.

- Informar los resultados obtenidos de la presente investigación, a los Directores, administrativos del Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la Ciudad de Loja, con la finalidad de implementar medidas profilácticas y así evitar la aparición del Síndrome de Burnout.

- Continuidad por parte de los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, en ésta línea de Investigación con la finalidad de desarrollar estrategias para la prevención del estrés laboral.

j. BIBLIOGRAFÍA

Documentos Físicos.

1. TRUCCO, M. 2004 El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo; Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad Cienc Trab. Oct-Dic; 6(14): 185-188.

2. Chamberlain, K .; S. ZIKA 1990. Los eventos menores acercarse al estrés: el apoyo a la utilizar de problemas cotidianos. Br J Psychol; 81: 469-481. (Citado por: S. Bell y C. Lee Routledge, Psicología Taylor & Francis Group, 2002 Desarrollo de la percepción de estrés cuestionario para las mujeres jóvenes. Salud y Medicina Vol.7, (2): 189-201).

3. Valdéz, M. Flores T., (2001). *Psicobiología del estrés*. Ediciones Martínez Roca. Madrid. España.

4. Sandi, C. Venero, C. Cordeo, M. (2001). Estrés, memoria y trastornos asociados.

5. García, C., (2006). *Estrés Laboral en Personal de la Unidad de Emergencia Gineco-Obstetrica. Hospital Clínico Regional Valdivia*. Valdivia, Chile.

6. Ridrujo, A., (1996), *Psicología Médica*, España, Mc Graw-Hill-Interamericana.

7. Stavroula, A. & Tom., (2004), *La Organización del Trabajo y el Estrés, Estrategias Sistemáticas de Solución de Problemas para*

Empleadores, Personal directivo y Representantes Sindicales. Francia, Serie Protección de la Salud de los Trabajadores No. 3.

8. Mc. Ewen, (2000). La neurobiología del estrés. Universidad de Rockefeller New York. Estados Unidos.

9. Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y psicoterapia Integrativa, (2012)., *Pser Integrativo. Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa SEAPSI*. Vol. 5. Pág. 99. Quito-Ecuador.

10. Dubourdieu, M, (2014) *Psiconeuroinmunoendocrinología*. *Psicoterapia Integrativa, Integración Cuerpo-Mente-Entorno*. Montevideo-Uruguay, Editorial Psicolibros/Waslala. 3ra Edición.

11. Bittar, M. C., (2008), *Investigación sobre Burnout y Estilos de Personalidad en Estudiantes Universitarios*. Área de Psicología. Mendoza-Argentina.

12. Más, R; Escribá, V; Cárdenas, M. (2004) *Estresores Laborales percibidos por el Personal de Enfermería Hospitalario: Un Estudio Cualitativo*. Valencia-España.

13. Cordero. S., (2005). *Estrés Laboral en Médicos Residentes del Postgrado de Puericultura y Pediatría del Hospital Universitario Pediátrico "DR AGUSTIN ZUBILLA".* Barquisimeto Estado Lara.

14. Ramón, B. & José E., *Estrés en Estudiantes de Medicina de 5ª a 10ª Semestre de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía*. 7mo Congreso Virtual de Psiquiatría.

15. Carver, C. (1994). Evaluando las estrategias de afrontamiento: Un enfoque basado en teoría. Revista de sociedad y personalidad. España.

16. Aldwin, C.M. y Revenson, T.A. (1987). ¿El afrontamiento ayuda? Un nuevo examen de la relación entre afrontamiento y la salud mental. Revista de Personalidad y Psicología Social, 53, 237-248.

17. Gómez. R., (2007). *El Estrés Laboral del Médico: Burnout y Trabajo en Equipo.* Secretaría General de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid-España.

18. Frida & Schore, A.N. (1996), "La maduración dependiente de la experiencia de un sistema regulatorio en la corteza prefrontal orbital y el origen de la psicopatología del desarrollo". Desarrollo y Psicopatología, Nº 8, pág. 59-87.

19. Gross, J., y Thompson, R. A. (2007). Regulación de las emociones: Fundamentos conceptuales. En J. J. bruto (Ed.), Manual de la regulación de las emociones (pp. 3-24). Nueva York.

20. Linehan, M. (1993b). Manual de Entrenamiento en Habilidades para tratar el trastorno límite de la personalidad (Ed 1a.). Nueva York.

21. Psicología para Todos (2002). *Aprendizaje, Conducta y Emociones*. Pág. 152. Barcelona-España. Editorial Océano.

22. Cannon, W. B. (1927). La teoría de James-Lange de emociones: un examen crítico y una teoría alternativa. Estados Unidos. Edición 39, N ° 1/4, 106-124.

23. Sroufe. A., (2000). *Desarrollo Emocional*. D.F. Mexico. Pág. 14. Editorial Oxford University Press.

24. Novaco, R. W. (1977). Inoculación del estrés: Una terapia cognitiva para la ira y su aplicación a un caso de depresión. Diario de Consultoría y Psicología Clínica, España.

25. Beck, A.T. (1999). Aspectos cognitivos de trastornos de la personalidad y su relación con trastornos sindrómicos: Un enfoque psicoevolutivo.

26. Peurifoy. Z., (2007). *Venza sus Temores*. Barcelona-España. Pág. 16. Ediciones Robinbook

Documentos Electrónicos

27. CANO, V. 2005. Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral. (Disponible en : http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/fact_psicosoc.htm

28. Definición ABC Diccionario. Recuperado de: http://www.definicionabc.com/salud/melancolia.php

29. Definición ABC Diccionario. Recuperado de: http://www.definicionabc.com/salud/enojo.php

30. García, C., (2006). *Estrés Laboral en Personal de la Unidad de Emergencia Gineco-Obstetrica. Hospital Clínico Regional Valdivia*. Recuperado de: http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmg216e/doc/fmg216e.pdf

31. Cordero. S., (2005). *Estrés Laboral en Médicos Residentes del Postgrado de Puericultura y Pediatría del Hospital Universitario Pediátrico "DR AGUSTIN ZUBILLA".* Barquisimeto Estado Lara. Recuperado de: http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWM172C672005.pdf

32. Ramón, B. & José E., *Estrés en Estudiantes de Medicina de 5ª a 10ª Semestre de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía*. 7mo Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3841/1/interpsiq uis_2006_24781.pdf

33. Moreno, B. Rodríguez, A. (2005), Breve historia del Burnout a través de sus instrumentos de evaluación. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Bernardo_MorenoJimenez/publication/256296176_Breve_historia_del_burnout_a_traves_de_sus_instrumentos_de_evaluacion_2/links/0deec52234fd061440000000.pdf

k. ANEXOS

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Francis David Sarango Ribera, Egresado de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es realizar el trabajo investigativo, previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas específicas que constan en una Batería de Reactivos Psicológicos, comprendidos en dos Test, el Primero: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, y en Segundo: Escala de Evaluación del Estado de Ánimo (EVEA). Esto tomará aproximadamente de 6 a 8 minutos de su tiempo. La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los Reactivos Psicológicos serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Anticipo el agradecimiento sincero por su participación.

Att.

Francis David Sarango Ribera

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Francis David sarango Ribera, Egresado de la Carrera de psicología Clínica de la Universidad nacional de Loja. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es realizar su trabajo de Investigación previo al Título de Psicólogo Clínico.

Me ha indicado también que tendré que responder preguntas específicas que constan en una batería de Reactivos Psicológicos, comprendida en dos Test, el Primero: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, y en Segundo: Escala de Evaluación del Estado de Ánimo (EVEA), lo cual tomará un total aproximado de 6 a 8 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Francis David Sarango Ribera al teléfono 0939851181.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar aFrancis David Sarango Ribera al teléfono anteriormente mencionado.

--- ---

Nombre del Participante Firma del Participante

Fecha:_____

ANEXO Nº 2

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.
1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS.
2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
3= UNAS POCAS VECES AL MES.
4= UNA VEZ A LA SEMANA.
5= POCAS VECES A LA SEMANA.
6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	

14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Mesientoestimadodespuésdehabertrabajadoíntimamenteconmispacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocional	1−2−3−6−8−13−14−16−20	
Despersonalización	5−10−11−15−22	
Realización personal	4−7−9−12−17−18−19−21	

ANEXO Nº 3

ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA)

NOMBRE:_____

EDAD: _____ **MODULO O CICLO:** _____

FECHA: _____

A continuación encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado unas escalas de 10 puntos. Lee cada frase y rodea con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	Nada										Mucho
Me siento nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento irritado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento alegre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento melancólico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento tenso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me siento optimista	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me siento decaído |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento enojado |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento ansioso |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento apagado |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento molesto |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento animado |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento intranquilo |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento enfadado |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento contento |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento triste |------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10