



La prevención de las situaciones de impacto emocional en el ambiente laboral. Estudio teórico y análisis de su incidencia en el personal sanitario de la comunidad autónoma de Euskadi-España

**Prevention of emotional impact situations on work environment.
A theoretical study and an analysis of its incidence in the sanitary
professional in the Basque country-Spain**

**A prevenção das situações de impacto emocional no ambiente trabalhista.
Estudio teórico e análise do seu impacto sobre a equipe médica da
comunidade autônoma de Euskadi-Espanha**

Mariola Serrano Argüeso* y Mónica Ibáñez González**

Recibido: 14.07.2014

Revisión editorial: 03.08.2014

Aprobado definitivamente: 13.11.2014

RESUMEN

Este artículo recoge una reflexión en torno a las condiciones laborales que a diario enfrentan miles de personas profesionales del sector servicios, que se ven expuestas a multitud de situaciones de gran impacto emocional. El impacto emocional es una consecuencia de carácter psicosocial en el que destaca su falta de regulación jurídica concreta y su invisibilidad en las evaluaciones de riesgos laborales de la empresa. Pero, además, tiene también los riesgos relativos a las emociones, y por ende, a las dimensiones que la componen: neuro-fisiológica, cognitiva y conductual. Pretendemos sugerir estrategias de prevención de situaciones que pueden provocar impactos emocionales negativos en los trabajadores del sector sanitario.

Palabras clave: emociones, salud laboral, trabajo emocional.

ABSTRACT

The aim of this paper is to reflect on the working conditions faced daily by a large number of service sector workers, as they experience many situations of huge emotional impact. Emotional impact is a psychosocial consequence defined by its lack of legal regulation and its invisibility in the assessment of occupational hazards at the workplace. But it is also related to emotional risks and to the dimensions of which it is comprised: neurophysiological, cognitive, and behavioural. Our purpose is to suggest prevention strategies for preventing situations that may have negative emotional impact on workers at health sector.

Keywords: emotions, occupational health, emotional work.

* Doctora en Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Profesora de la Universidad de Deusto. Correo: mariola.serrano@deusto.es

** Doctora en Sociología. Investigadora y Profesora de la Universidad de Deusto. Correo: monica.ibanez@deusto.es

RESUMO

Este artigo recolhe uma reflexão em torno das condições trabalhistas que a diário enfrentam milhares de pessoas profissionais do sector serviços, que se vêem expostas a multidão de situações de grande impacto emocional. O impacto emocional é um risco de carácter psicosocial no que destaca sua falta de regulação jurídica concreta e sua invisibilidad nas avaliações de riscos trabalhistas da empresa. Mas, ademais, tem também os riscos relativos às emoções, e portanto, às dimensões que a compõem: neuro-fisiológica, cognitiva e conductual. Pretendemos sugerir estratégias de prevenção de situações que podem provocar impactos emocionais negativos nos trabalhadores do setor sanitário.

Palavras-chave: emoções, saúde laboral, trabalho emocional.

SUMARIO

Introducción. 1. La emoción, el trabajo emocional, y la vivencia emocional. 1.1. El concepto de “emoción”. 1.2. El concepto de “trabajo emocional”. 1.3. Ampliación del concepto de trabajo emocional: la vivencia emocional. 2. Ambiente laboral, salud y prevención. 2.1. Análisis normativo de los riesgos psicosociales. 2.2. El estrés en el trabajo, el síndrome de Burnout y la Fatiga y carga mental. 2.1.1. El estrés en el trabajo. 2.1.2. Estrés en el actual contexto de crisis económica 2.1.3. El síndrome de burnout. 2.1.4. Fatiga y carga mental. 3. Estudio del impacto emocional en el personal sanitario. En concreto, la experiencia de la Comunidad Autónoma de Euskadi. 4. La prevención desde el concepto de organización saludable. 5. Conclusiones. Bibliografía. Anexo: Cuestionario.

Introducción

El artículo que a continuación se presenta aborda el impacto emocional que pueden provocar las condiciones laborales a las que a diario han de enfrentarse las personas profesionales que desarrollan su actividad en el sector servicios y en concreto, los profesionales del sector sanitario, a fin de sugerir estrategias de prevención

El estudio teórico parte de un análisis de los conceptos de trabajo emocional, emociones y vivencia emocional y examina la regulación en la normativa internacional y europea, pero sobre todo española, de los riesgos de carácter psicosocial. El mencionado análisis legal pretende demostrar no sólo su escasa presencia en la normativa y las lagunas legales existentes sino también la falta de voluntad política para la implantación y desarrollo de medidas de prevención de situaciones de impacto emocional negativo en el ambiente laboral, cuestión esta última, por cierto, que se ve agravada por la situación de crisis económica que se vive en la actualidad en España.

La prevención de las situaciones de impacto emocional en el ambiente laboral es compleja ya que ha de ser abordada con carácter interdisciplinar, en concreto, desde Derecho, la Sociología, la Psicología, la Medicina, y la Neurociencia. Ello es así porque el tratamiento y prevención de las mismas tiene, aparte de los riesgos comunes a los de carácter psicosocial en general, los relativos a las emociones, y por ende, a las dimensiones que la componen: neuro-fisiológica, cognitiva y conductual.

Entre las consecuencias de las situaciones de impacto emocional se han señalado, por ejemplo, la alienación y el extrañamiento del yo (Gracia, Martínez y Salanova, 2006) cuya intensidad y efectos aumentan cuanto mayor es la intensidad del trabajo emocional y mayor es su importancia para el desempeño del puesto. Una persona expuesta a una situación que sea percibida por la misma con una alta carga emocional, puede mostrar, además, cambios neuro-fisiológicos, tales como taquicardia, rubor, sudoración, sequedad en la boca, neurotransmisores, secreciones hormonales, respiración, presión sanguínea, etc. que repercuten en el afrontamiento de la demanda situacional. También puede experimentar cambios cognitivos como:

pensamientos rumiativos, re-experimentación, distorsiones cognitivas y/o pensamientos irracionales que pueden derivar en trastornos de ansiedad, o de estados de ánimo y/o conductas evitativas que al final desemboquen en ausencias al puesto de trabajo. Schaubroeck y Jones encuentran una relación positiva entre la percepción emocional positiva y síntomas físicos evaluados con la escala de Caplan et al (1975). Esta relación disminuye cuando aumenta la identificación con el puesto de trabajo y el comportamiento organizacional (Martinez, 2001). Además, la falta de desarrollo de algunas de las competencias emocionales dificultan la detección del impacto emocional, provocando frecuentemente somatizaciones de diverso carácter como resultado de una inadecuada gestión emocional (ej. Represión). Dicho de otro modo, la ausencia de prevención emocional puede derivar en la aparición de dolencias orgánicas, físicas o médicas, tales como jaquecas, dolores musculares, úlceras, problema de dermatitis, etc. que al no identificar el componente fundamentalmente emocional de su origen dificultan su tratamiento y prevención.

Por ello, el presente artículo busca identificar estrategias de prevención de situaciones que pudieran provocar impactos emocionales negativos que sufren las personas profesionales del sector servicios, en general, en el trato con sus personas usuarias, incidiendo con datos concretos en un sector en el que este riesgo tiene especial incidencia debido a factores intrínsecos a su quehacer profesional, el sector sanitario. Para ello se presentan algunos datos de una investigación realizada sobre el personal sanitario de la Comunidad Autónoma de Euskadi-España por las autoras del presente artículo donde se identifican también entre los antecedentes aquellos factores que pudieran considerarse preventivos y de riesgo; se expone un ranking compuesto por los principales estímulos determinados por el propio personal sanitario como desencadenantes de situaciones de impacto emocional, y se concretan las consecuencias biopsicosociales de éstas, así como algunas propuestas paliativas y/o preventivas de intervención en función de los datos obtenidos.

El buen funcionamiento de la empresa se constituye a través de la captación, desarrollo y retención de trabajadores y trabajadoras saludables. Por ello, en cualquier organización que desee un estado saludable, particularmente en aquella conformada por profesionales que trabajan en contacto con otras personas, como es el caso de las personas profesionales del ámbito sanitario, se torna imprescindible una formación en inteligencia emocional que permita un adecuado control y manejo de las emociones. Este correcto manejo de las emociones, o trabajo emocional, no debe, sin embargo, ser utilizado como una herramienta para que las personas profesionales del ámbito sanitario acepten y convivan pacíficamente con condiciones de trabajo inadecuadas, sino que debe utilizarse como un instrumento profesional para abordar casos o situaciones concretas, y no para afrontar deficiencias institucionales.

1. La emoción, el trabajo emocional y la vivencia emocional

1.1. El concepto de “emoción”

Una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno (Bisquerra, 2000). Echeverría y Páez (1989) aluden a un proceso multidimensional de la emoción incluyendo el aspecto fisiológico, expresivo, conductual, así como al de la propia vivencia subjetiva de la persona. Goleman (1996) describe dicho término declarando que “se refiere a un sentimiento y a los pensamientos, los estados biológicos, los estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan”. Se puede concluir que una emoción es “aquella alteración en las dimensiones neurofisiológica, cognitiva y comportamental que como consecuencia de un estímulo interno o externo predispone a la acción”. Se trata de un estado que sobreviene de manera súbita y espontánea al organismo, estimulando comportamientos que mantienen el equilibrio interno de las personas, predisponen a una respuesta más adecuada a la demanda situacional, evitan la insatisfacción y favorecen la supervivencia y bienestar de los individuos (Useche, 2007).

En términos generales se pueden establecer seis categorías básicas junto con sus respectivas funciones (Ekman y Friesen, 1978): sentir *miedo* tiene el cometido de advertir a la persona que ha de protegerse ante los peligros que puedan acontecer; la vivencia de la *sorpresa* induce a

dirigir su atención hacia una determinada situación; la *aversión* es indicativo del repudio que provoca el estímulo del que se trate; sentir *ira* impulsa a acabar con la amenaza determinada, la *alegría* tiene como función fomentar la repetición del hecho concreto que favorece el bienestar, y la emoción de *tristeza* sirve para facilitar el proceso de recuperación personal. En este estudio se abordarán, principalmente, la emoción de tristeza y el miedo.

1.2. La vivencia emocional

Hay autores que avalan la importancia de conocer un proceso previo a la expresión emocional denominado “vivencia emocional” de la propia persona profesional. Así, Hoffman (1992) en su alusión al término de “dolor empático”, Figley (1995) en relación al concepto de “Compassion Fatigue”, Rizzolati (1996) en la determinación de las “neuronas espejo”, Gardner (1993), Salovey y Mayor (1990) y Goleman (1996) en el ámbito de la Inteligencia Emocional o, entre otros, la profundización y análisis de estructuras cerebrales implicadas en la misma de mano de MacLean (1990) y LeDoux (1999).

En consecuencia, en las exigencias laborales derivadas de las interacciones sociales resulta conveniente considerar un proceso previo a la exteriorización de un determinado estado emocional: la propia vivencia emocional de la persona o el impacto que los estímulos provocan en la propia persona intermediaria y son cronológicamente previos a la actuación del receptor emocional. En todo caso, tal y como define la NTP 720 para una completa concepción del trabajo emocional es conveniente, desde un punto de vista psicosocial, analizar la repercusión del estímulo en la persona trabajadora (es decir, su propia vivencia), que posteriormente requiere de la competencia de autocontrol emocional en la exteriorización de la misma de cara a su persona usuaria.

Esta nueva concepción del trabajo emocional supone el análisis de los principales factores desencadenantes y preventivos en relación al deterioro del bienestar biopsicosocial de las personas trabajadoras, así como sus consecuencias en dichas dimensiones. Todo ello permite contribuir al estudio integral de agentes intervinientes y vinculados a la gestión integral de las emociones.

1.3. El concepto de “trabajo emocional”

Los avances científicos han posibilitado que la Psicología del Trabajo haya comenzado a indagar en el aspecto emocional que caracteriza principalmente al sector servicios. La mayoría de los trabajos de este sector se caracterizan porque requieren un contacto directo con la persona cliente, paciente o usuaria la mayor parte de la jornada laboral (ej. personas profesionales de los ámbitos sanitario, educativo, policial, etc.) en los que, además de realizar tareas físicas o mentales, también deben expresar emociones durante las interacciones que realizan con las personas usuarias del servicio. Más concretamente, se espera de estas personas profesionales que sean capaces de mostrar aquellas emociones que, de forma implícita, y en función de la cultura organizacional, se estiman “apropiadas”, lo que es denominado técnicamente *Regulación Emocional*. Constituye, además, una demanda laboral añadida y exclusiva de este tipo de trabajos que supone a la persona un esfuerzo adicional (NTP 720¹). Es, precisamente, el trabajo realizado para la satisfacción de estas exigencias emocionales lo que se entiende actualmente por *Trabajo Emocional*.

La primera definición del término *Trabajo Emocional* se le atribuye a Hochschild (1983): “...control de los sentimientos para crear manifestaciones corporales y faciales observables públicamente”, Morris y Feldman (1997) lo explican como “...esfuerzo, la planificación y el control necesarios para expresar las emociones organizadamente deseables durante las transacciones interpersonales” y la NTP 720 especifica que lo son:

“...todos aquellos procesos psicológicos y conductas conscientes y/o automáticas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional, sobre la experiencia emocional o sobre ambas, que regulan las distintas interacciones implicadas en el desempeño de un

¹La abreviatura NTP hace referencia a lo siguiente: Nota Técnica de Prevención, elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España.

puesto y que pretende facilitar la consecución de objetivos organizacionales sobre la expresión emocional asociados con el logro de otros objetivos, operativos y/o simbólicos de mayor orden”.

Según esta última, para que el Trabajo Emocional pueda considerarse tal hay que tener en cuenta que ocurre en interacciones cara a cara o voz a voz; las emociones de la persona trabajadora se muestran para influir en las emociones, actitudes y conductas de otras personas; se produce en aquellos trabajos que suponen el trato con personas y que generalmente se dan en el sector servicios²; es una exigencia del trabajo que la mayoría de las veces lo facilita. Además, toda interacción social sigue ciertas reglas o normas, y para cada situación existen emociones más apropiadas.

2. Ambiente laboral, salud y prevención

Durante mucho tiempo las emociones fueron ignoradas en el ambiente de trabajo, puesto que éste era visto como un lugar racional y frío donde las emociones no tenían cabida. Esta visión se ha ido desvaneciendo poco a poco a medida que se ha ido demostrando cómo las emociones en el trabajo pueden ayudar a explicar importantes fenómenos tanto individuales como organizacionales. Específicamente, en el ámbito laboral las emociones han demostrado jugar un rol fundamental en aspectos tales como la satisfacción laboral, el funcionamiento grupal, liderazgo, violencia y acoso. Más tarde, el trabajo emocional es estudiado como característica intrínseca del puesto de trabajo y su influencia en la organización (Feldman y Blanco, 2006).

El impacto emocional provoca consecuencias negativas en el ámbito laboral, tanto sobre la organización como sobre la propia persona. Por ejemplo, un entorno laboral estresante puede tener consecuencias negativas para la salud de la persona trabajadora si la exposición de prolonga en el tiempo. Uno de los efectos asociados más comunes (NTP 720) son el agotamiento emocional y la distancia mental-despersonalización y cinismo. Otra de las consecuencias en la salud laboral del trabajo emocional es la alineación y extrañamiento del yo, es decir, tener problemas para distinguir cuando es una persona misma o cuando está simulando o, incluso, producir interferencia con la ejecución de roles privados, dificultad para desconectar y regular sus emociones en el ámbito privado.

2.1. Análisis de la normativa sobre riesgos psicosociales en el trabajo

Las condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición, tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo, como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y el bienestar de la persona trabajadora (De la Flor, 2006). A pesar de ello, el ordenamiento laboral español no contiene ninguna referencia, definición ni regulación específica sobre los riesgos de carácter psicosocial, de suerte que, al final, son los Tribunales los que se ocupan de ir delimitando su dimensión jurídica y adecuando la normativa vigente para dar respuesta a cada uno de los supuestos que se plantean, de forma que queden protegidos las personas trabajadoras frente a estas nuevas contingencias profesionales (Feldman y Blanco, 2006)³.

Durante largo tiempo la falta de interés preventivo hacia los riesgos de carácter psicosocial fue una constante. La evolución, desde su total olvido hasta el ambicioso objetivo dado por la asunción a nivel preventivo de la definición de salud proporcionada por la OMS (el estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia de enfermedad) se aprecia, a decir de Agra Viforcós, incluso en la terminología empleada para nominar la disciplina. Desde la originaria Higiene Industrial, centrada en la perspectiva médica de la prevención de la enfermedad, hasta la actual seguridad y salud en el trabajo (admitida a nivel internacional, por ejemplo, en el Convenio 155 de la OIT y en la Directiva 89/391 y recibida por

² Conllevan relaciones interpersonales que forman parte del propio trabajo, generalmente en situaciones entre la persona trabajadora y una persona que puede ser cliente, paciente, alumna o alumno

³ Son más escasos los pronunciamientos jurisprudenciales del Tribunal Superior de Justicia Comunitario. En la sentencia del Tribunal de Justicia de 23 de enero de 2002, en un caso promovido por un funcionario del Parlamento Europeo, el Tribunal utiliza el término acoso psicológico.

la LPRL por el más amplio espectro de su contenido), aunque por razones históricas, en algunas normas jurídico-laborales españolas, se hace aún referencia al concepto más restringido de la seguridad e higiene en el trabajo (Barreiro, 2006).

La mención a los riesgos de carácter psicosocial ha sido constante en la normativa de la OIT desde los años ochenta, si bien de forma indirecta, siendo contemplados dentro de la prevención de riesgos laborales en general como riesgos destinatarios de medidas⁴. Por su parte, el Consejo de la Unión Europea, en el artículo 2e de su Resolución sobre una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2007-2012, considera que ha de hacerse una investigación más profunda sobre los nuevos riesgos en el lugar de trabajo, en concreto, las cuestiones psicosociales y los riesgos derivados de las nuevas formas de organización del trabajo. Recientemente⁵, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, en el contexto de la prolongación de la vida laboral, ha publicado un nuevo informe como parte de la campaña europea “Trabajos saludables: gestionemos el estrés”, en el que se aporta una amplia visión sobre los riesgos psicosociales en los trabajos europeos y ofrece ideas sobre el camino a seguir tanto a nivel político como empresarial, ilustrado con ejemplos reales y casos prácticos⁶.

Las referencias a la elevación del nivel y la calidad de vida de las personas trabajadoras y la protección de la salud son constantes en los Tratados constitutivos de la UE. En cuanto a las Directivas, muchas son las que de un modo u otro, y siempre de forma indirecta, pueden incidir en la prevención y/o protección de los riesgos de carácter psicosocial, partiendo de la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de las personas trabajadoras en el trabajo, hasta Directivas sobre temas específicos como, por ejemplo, las relativas a la fatiga mental (entre ellos, el trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización), la referida a disposiciones mínimas de seguridad y de salud, la relativa a la exposición de las personas trabajadoras a los riesgos derivados de los agentes físicos (ruido), la que protege a las trabajadoras embarazadas o las que prohíben cualquier forma de discriminación. Por último, hay que destacar el Acuerdo Marco

⁴ De hecho, encontramos una definición de los mismos en 1986, en el informe de la Organización “Psychosocial factors at work: recognition and control”. En efecto, la protección de las personas trabajadoras contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes de trabajo es, desde su constitución en 1919, uno de los objetivos fundamentales de la OIT. En la Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización, conocida como la Declaración de Filadelfia (1944) y que va como anexo a la misma, se advierte de la necesidad de emplear personas trabajadoras en ocupaciones en que puedan tener la satisfacción de utilizar en la mejor forma posible sus habilidades y conocimientos, y de contribuir al máximo al bienestar común. En el apartado g del párrafo III de dicha Declaración (Capítulo V) se dispone que la OIT tiene la obligación solemne de fomentar, entre las naciones del mundo, programas que permitan proteger adecuadamente la vida y salud de las personas trabajadoras en todas las ocupaciones. Son también varios los convenios y recomendaciones que, desde su carácter genérico de regular la seguridad y salud de las personas trabajadoras y sin dedicarse en exclusiva a riesgos concretos, contienen referencias a la salud mental de los mismos: Convenio número 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores (de 26/6/1981, ratificado por España el 11/9/1985) y su Protocolo 155 de 20/6/2002, así como el Convenio número 161. También la referencia a la protección contra las consecuencias del no tratamiento de los riesgos de carácter psicosocial está presente en las normas de *soft law*, tales como repertorios de recomendaciones prácticas, códigos de conducta, guías o directrices en materia de seguridad y salud en el trabajo. Estas normas cumplen una labor relevante que va más allá de la fuerza vinculante de la norma: se asientan sobre el diálogo social y responden a la ardua labor de concienciación sobre temas que, en ocasiones, están inmersos en el proceso de adquirir el grado de madurez suficiente para generar normas con fuerza de obligar, aunque de momento lo hagan solo voluntariamente. Se puede decir que gozan de cierta eficacia jurídica a pesar de que no impliquen un carácter vinculante. El TSJUE en la sentencia Grimaldi (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Unión Europea, caso Grimaldi, de 13 de diciembre de 1989, as. 322/88) les reconoce esta eficacia afirmando que las recomendaciones no están privadas de efectos jurídicos desde el momento en que los jueces nacionales han de tenerlas en consideración al resolver las controversias que se les planteen, puesto que sirven como criterio interpretativo de las normas nacionales adoptadas para garantizar la actuación o complementar las normas vinculantes (De la Flor, 2006).

⁵ El 16 de octubre de 2014.

⁶ El informe está accesible en <https://osha.europa.eu/es>

Europeo sobre el estrés laboral (2004), al que se han obligado los interlocutores sociales e incluido como anexo del Acuerdo Interconfederal para la Negociación Colectiva del año 2005, y el Acuerdo Marco Europeo sobre el acoso y la violencia en el trabajo (2007). Ambos acuerdos, aunque no son vinculantes, sirven como pauta para evaluar el cumplimiento empresarial, y en este sentido lo emplean los Tribunales.

En cuanto a la regulación aplicable a la protección de los riesgos de carácter psicosocial en la normativa española hay que mencionar, sin carácter exhaustivo, los artículos 15 y 40.2 de la Constitución Española, referentes al derecho a la integridad física y moral y a la obligación de los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo. En el ET (Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores)⁷, en general, afectan a la cuestión todas las disposiciones estatutarias relativas a la concepción de las tareas, a la carga y ritmo de trabajo, a la regulación de la jornada, horario y los descansos, a los cambios de la organización del trabajo, al contenido de las tareas y funciones, a los derechos de promoción y a las relaciones interpersonales, entre otras (Velázquez, 2005). En cualquier caso, el auténtico revulsivo en la materia viene dado por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales⁸ y su normativa de desarrollo, donde sí queda clara la trascendencia de los factores psicosociales a lo largo de todo su articulado, aun cuando no se haga mención explícita al riesgo así caracterizado (Barreiro, 2006). Entre los preceptos que pueden ser utilizados para su tutela cabe mencionar los siguientes: el artículo 4 y 5.1 de la LPRL porque, aunque ninguno de ambos alude expresamente al riesgo de carácter psicosocial ni a las lesiones de tal naturaleza, tampoco se restringen a los factores físicos, motivo por el cual está claro que unos y otros tendrán cabida en el marco aplicativo de la norma. Lo mismo ha de deducirse del tenor literal del artículo 14.2 de la LPRL al establecer que en cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo, adoptando cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores y de los principios mencionados en el artículo 15 de la misma norma. Todas estas cuestiones encuentran reflejo en el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención⁹ a lo largo de su articulado y debe estar presente en la negociación colectiva de la empresa (Barreiro, 2006). La estrategia española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2007-2012) muestra especial preocupación por la prevención en el trabajo de los riesgos de carácter psicosocial¹⁰.

En conclusión, y en lo referente a la normativa laboral española, es posible afirmar que también la prevención de las lesiones y trastornos psíquicos entran plenamente dentro de la obligación de protección que corresponde al empresario, superando el viejo concepto de lesión corporal incorporado hace más de cien años a la legislación de Seguridad Social sobre accidentes de trabajo. En la LPRL no existe una regulación específica y reglamentaria de los riesgos psicosociales, del mismo modo que tampoco existe respecto al resto de las disciplinas de seguridad y salud en el trabajo, pero ello no puede equivaler por sí mismo a la ausencia de regulación, puesto que una de las principales diferencias con el ordenamiento anterior es que, frente al carácter rígido, cerrado, específico y particular de cada situación de riesgo que era propio de aquél, el actual es abierto, flexible, integral y genérico respecto a toda clase de riesgos en el trabajo ya que no puede haber, en sentido propio, vacíos normativos ante una situación de riesgo laboral, puesto que siempre serán de aplicación las normas o principios básicos (Barreiro, 2006). Además, y aunque no constituye normativa propiamente dicha, en materia de prevención de riesgos laborales resulta fundamental atender a lo previsto en las NTP y Guías del INSHT o de los organismos autonómicos correspondientes¹¹.

⁷ A partir de ahora ET.

⁸ A partir de ahora LPRL.

⁹ A partir de ahora RSP.

¹⁰ La Estrategia está accesible en <https://osha.europa.eu/es>

¹¹ En nuestro caso, y en lo referente a la prevención de situaciones de impacto emocional, y sin que supongan la totalidad de las aplicables, hemos considerado de interés reseñar las siguientes NTP; NTP 179 (NOGAREDA CUIXART Clotilde): La carga mental del trabajo: definición y evaluación; NTP 275

2.2. El estrés en el trabajo, el síndrome de Burnout y la Fatiga y carga mental

Se considera de interés el análisis del estrés en el trabajo, el síndrome de burnout y la fatiga y carga mental, por un lado, porque son riesgos de carácter psicosocial habituales en profesiones relacionadas con la Salud o de profesionales que trabajan con clientes, y por otro, debido a que no es extraño la incorrecta identificación de cada uno de estos riesgos laborales.

2.2.1. El estrés en el trabajo

El estrés no es ni una enfermedad, ni tiene necesariamente que hacer referencia a consecuencias negativas para la salud. En efecto, las respuestas para hacer frente a las demandas son, en muchos casos, necesarias para la supervivencia, y permiten que podamos enfrentarnos a ciertas situaciones diarias. En concreto hay que diferenciar entre el eustress y el distress. El eustress o estrés bueno es necesario en la vida cotidiana y ejerce una función de protección del organismo. El distress o estrés negativo, en cambio, se produce por una excesiva reacción al estrés que se manifiesta en una demanda muy intensa y prolongada de actividad. Puede afectar física y psicológicamente al individuo por el exceso de energía que se produce y que no se consume.

Las personas, en distintos ámbitos de su vida, se ven sometidas a múltiples presiones que les generan estrés¹². Una de las fuentes más importantes de estas presiones está relacionada con el desarrollo del trabajo. El estrés en el trabajo puede definirse (Comisión Europea, 2000) como “un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación”.

El estrés es la respuesta a un agente interno o externo perturbador; este agente es el estresor (estímulo que provoca la respuesta al estrés). La mayor parte de los enfoques que tratan de clasificar los diversos elementos desencadenantes del riesgo psicosocial, en general, toman como marco de referencia alguno de los tres modelos siguientes: el de “demanda-control-apoyo” (Karasek y Theorell, 1990)¹³; el de “inadaptación persona-entorno” (Hackman y Suttle,

(NOGAREDA CUIXART Clotilde): Carga mental en el trabajo hospitalario: Guía para su valoración; NTP 355 (NOGAREDA CUIXART Silvia): Fisiología del estrés; NTP 318 (MARTÍN DAZA Félix): El estrés: Proceso de generación en el ámbito laboral; NTP 445 (DE ARQUER Isabel): Carga mental en el trabajo: Fatiga; NTP 449 (MARTÍN DAZA Félix): Prevención del estrés: intervención sobre el individuo; NTP 544 (DE ARQUER Isabel y NOGAREDA Clotilde): Estimación de la carga mental del trabajo. El método NASA TLX; NTP 575 (DE ARQUER Isabel y NOGAREDA Clotilde): Carga mental en el trabajo. Indicadores; NTP 534 (DE ARQUER Isabel): Carga mental de trabajo: factores; NTP 704 (FIDALGO VEGA, Manuel): Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout” I: definición y proceso de generación; NTP 705 (FIDALGO VEGA, Manuel): Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout” II: consecuencias, evaluación y prevención; NTP 720 (NOGAREDA Clotilde): El trabajo emocional: concepto y prevención; NTP 732 (BRESÓ ESTEVE Edgar): Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout III”: Instrumentos de medición; NTP 829 (BESTRATÉN BELLOVÍ, Manuel): Nueva cultura de empresa y condiciones de trabajo (II).

¹² Al respecto, hay que recordar que según la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo ya en el año 2002, el estrés relacionado con el trabajo era el segundo problema de salud más común, después del dolor de espalda, afectando al 28% del colectivo de las personas trabajadoras (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2008). En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, y según una encuesta realizada por OSALAN (2012), de un total de 253 casos detectados ese año y catalogados como conflictos de problemática psicosocial en el ámbito laboral, la mayoría estaban relacionados con situaciones de estrés (25%), seguidos en importancia por los casos de acoso laboral (21,3%), violencia (19,7%), acoso sexual (11,5%), y acoso discriminatorio (10,7%), y siendo el resto considerados como “otros casos” (11,8%).

¹³ Tiene cuenta las tres causas siguientes: los imperativos profesionales (cuantitativos y cualitativos) que pueden resultar excesivos en cuanto a capacidades, formación, condiciones previas etc., el margen de maniobra para tomar decisiones y controlar la propia vida laboral y el apoyo social.

1977)¹⁴; y el de “desfase esfuerzo-recompensa” (Siegrist, 1996, en De la Flor, 2006)¹⁵. En realidad, es casi imposible elaborar una lista exhaustiva de estresores puesto que casi cualquier cosa puede convertirse en un estresor. Ello no obstante, algunas condiciones externas tienen mayor probabilidad de operar como estresores que otras. Se puede hablar (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002) de tres grandes grupos de estresores: estresores del ambiente físico (iluminación, ruido, ambientes contaminados); estresores relativos al contenido de la tarea (carga mental o control sobre la tarea) y estresores relativos a la organización (conflicto y ambigüedad de rol, jornada de trabajo, relaciones interpersonales o promoción y desarrollo de la carrera profesional, entre otros)¹⁶. Los aspectos psicosociales están ligados a la organización del trabajo y al contenido de las tareas. Las diferencias individuales juegan también un papel importante en la experiencia del estrés laboral, ya que la combinación de una situación particular y de un individuo determinado (con sus características específicas, expectativas, experiencias pasadas, actitudes, aptitudes y sus propios sentimientos) puede dar como resultado una falta de equilibrio que induzca al estrés. Además, hay que tener en cuenta que los aspectos personales pueden variar en el tiempo en función de factores tales como la edad, las necesidades, las expectativas y los estados de salud y fatiga. Todos estos factores actúan entre sí e influyen en el estrés experimentado por la persona trabajadora, tanto en el puesto de trabajo como fuera de él.

Así pues, la interrelación que se da entre las demandas del trabajo y las características de la persona no es de carácter automático ni es una comparación de carácter objetivo, sino que está mediatizada por la particular percepción que el individuo tiene de ella, por lo tanto, es influenciada por aspectos subjetivos. Por eso es muy importante comprender cómo el sujeto experimenta sus necesidades, deseos y expectativas en relación con lo que el entorno ofrece o demanda. Entre los rasgos de personalidad que se ha demostrado que tienen una influencia importante en el proceso y generación del estrés estarían los siguientes: los patrones de conducta específicos, el locus de control (estilos cognitivos), neurotismo o ansiedad, introversión/extroversión y la dependencia.

Expresar emociones espontáneamente, dentro de unos límites sociales aceptados, promueve la salud de las personas. Lo contrario a la expresión es la supresión y la represión. Una razón para suprimir o reprimir emociones puede ser, por ejemplo, que no se quiere herir a una persona. Expresar, reprimir o suprimir emociones guarda una estrecha relación con la salud mental de las personas. Resume Lazarus que la emoción es el producto de la actividad cognitiva de los sujetos al conferirle un significado a la relación sujeto-entorno. El entorno, para las psicólogas y psicólogos cognitivos, no tiene valor emocional alguno, sino que es el modo de afrontamiento de las personas lo que activa la emoción. La persona evalúa si se percibe capaz o no de cumplir con las exigencias del entorno, evalúa si tiene las competencias para ello. En esta dimensión se genera el estrés mental, distinto al estrés físico. Además, también a diferencia del anterior, el estrés mental es difícil de detectar (Ortiz, 2001).

El estrés no es una enfermedad, pero si es intenso y continúa un cierto tiempo, puede conducir a una mala salud mental y física¹⁷. Por otro lado, alteraciones poco importantes producidas por

¹⁴ Valora la adaptación entre la capacidad del empleado y las demandas del entorno o entre sus necesidades y expectativas y las oportunidades reales que el trabajo ofrece. Así pues, cabe atender al hecho de que si las exigencias laborales son tan elevadas que difícilmente se les puede hacer frente o si no pueden modificarse condiciones de realización, la situación genera una importante inestabilidad psíquica, aumentando la rapidez con que se produce el desgaste y el riesgo de padecer enfermedad.

¹⁵ Este modelo hace referencia al desajuste entre el esfuerzo realizado y la recompensa recibida, de modo que no se proporcione el feedback adecuado entre las expectativas y los resultados obtenidos. La amenaza de despido y de paro, la precariedad en el empleo, los cambios ocupacionales forzados, la degradación de categoría, la falta de expectativa de promoción y la inconsistencia de estatus, entre otras son variables de este modelo.

¹⁶ Las causas más comunes del estrés, siguiente a la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, serían las siguientes: falta de control sobre el trabajo que se realiza; monotonía; plazos ajustados; trabajar a alta velocidad; exposición a la violencia; condiciones de trabajo físicamente peligrosas.

¹⁷ En cuanto a las implicaciones para la salud pueden destacarse las siguientes (NTP 355 Y 318): trastornos gastrointestinales; trastornos cardiovasculares; trastornos respiratorios; trastornos endocrinos;

el estrés, como la incapacidad para concentrarse, lo reducido de los rangos de atención y el deterioro de las habilidades para tomar decisiones, pueden tener en el ámbito de la organización un costo significativo, en forma de disminución de eficiencia y de la efectividad. Además, el sabotaje, el absentismo y la rotación reflejan a menudo estrés ocasionado por la insatisfacción, y un sinnúmero de variables pueden contribuir, aunque sea indirectamente, a los costos del estrés. Así pues, aunque los costes evidentes (enfermedad, absentismo laboral, accidentes, suicidios y muertes) representan un alto tributo, también lo hacen los costes ocultos, como son: la rotura de las relaciones humanas, los juicios erróneos de la vida profesional y privada, el descenso de la productividad, el aumento de los cambios de puestos, la disminución de la creatividad, el bajo rendimiento, la agresividad en el trabajo y el empeoramiento de la calidad de vida y el bienestar.

Debido a la complejidad de factores implicados en la generación del estrés no existe un instrumento único con el que evaluarlo, sino que es necesario utilizar diferentes métodos para así poder evaluar tanto estresores como moduladores, respuestas de estrés y efectos en las dos vertientes individual y grupal¹⁸. El conocimiento y la evaluación del estrés laboral va a permitir la elaboración de programas y estrategias de intervención para la prevención y el manejo del mismo. Hay que tener en cuenta que aunque las personas en general tienen una gran capacidad de adaptación, en algunas ocasiones ciertos requerimientos del trabajo obligan a realizar un esfuerzo adaptativo para el que el sujeto no está preparado, lo cual le origina una serie de problemas de adaptación o de ajuste. Otras veces, en unas mismas condiciones unos individuos desarrollan unos niveles de estrés patológico y otros no, ello es debido a que diferentes individuos tienen distinta capacidad de adaptación en función de múltiples factores personales. La intervención para paliar dichas situaciones podría dirigirse a modificar ciertos aspectos de la organización del trabajo o a fomentar la capacidad de adaptación del individuo. Actuar sobre la fuente, el origen del problema repercute en una mejora del bienestar de las personas trabajadoras y en una optimización de los recursos humanos que se traduce en un mejor funcionamiento de la empresa en todos los niveles. No obstante, en ocasiones resulta muy difícil o imposible eliminar las fuentes de estrés de origen, pero se puede dotar a la persona de una serie de estrategias para afrontar dichas situaciones, y si éstas son difíciles de afrontar, dotarle de habilidades para controlar las experiencias y estrategias que el estrés produce¹⁹.

trastornos sexuales; trastornos dermatológicos; trastornos musculares; consecuencias psicológicas: ansiedad, frustración y depresión, preocupación excesiva, incapacidad para tomar decisiones, sensación de confusión, incapacidad para concentrarse, dificultad para mantener la atención, sentimientos de falta de control, sensación de desorientación, frecuentes olvidos, bloqueos mentales, hipersensibilidad a las críticas, mal humor, mayor susceptibilidad de sufrir accidentes, alcoholismo, farmacodependencia, y, en casos extremos, suicidio.

¹⁸ Entre los métodos utilizados están: listas de chequeo que tratan de ofrecer una visión genérica de los distintos ámbitos de una organización que pueden ser origen de estrés y de los posibles estresores que en ella se pueden encontrar; cuestionarios y escalas sobre el estrés en el lugar de trabajo que permiten obtener datos sobre la forma en la que las personas trabajadoras perciben sus condiciones de trabajo; inventarios sobre las características personales así como cuestionarios y escalas sobre las formas de afrontamiento en las que se evalúa diferentes estrategias de afrontamiento ante un acontecimiento estresante; indicadores bioquímicos en los que se mide de forma directa la activación autonómica; indicadores electrofisiológicos, que son medidas indirectas de la actividad autonómica ya que dicha activación induce a cambios de numerosos parámetros biológicos en varios niveles sistémicos del organismo. Estos cambios pueden ser detectados mediante registros electrofisiológicos.

¹⁹ No hay que olvidar que el desarrollo de actividades para la prevención del estrés que consistan en una intervención sobre el individuo ha de ser posterior o complementario al desarrollo de una política de prevención del estrés basada en la intervención sobre la organización de la empresa, orientada hacia la modificación de ciertas condiciones o demandas del trabajo estresantes (NTP 449).

Los factores de riesgo a evaluar en el caso del estrés son: cultura o atmósfera de la organización y cómo ésta aborda el estrés en el trabajo (en este caso debería analizarse si existe una comunicación abierta, apoyo y respeto mutuo, o si se valoran las opiniones de las personas trabajadoras y representantes; el personal debe tener claramente definidos sus roles y responsabilidades; demandas como sobrecarga de trabajo y exposición a riesgos físicos; control: cuánta influencia tienen las personas trabajadoras sobre el modo de hacer su trabajo; relaciones personales; cómo se gestionan y comunican los cambios de organización; si las personas trabajadoras comprenden sus funciones y los comportamientos que de ellas

2.2.2. Estrés en el actual contexto de crisis económica

Los fenómenos psicosociales vinculados al trabajo –acoso laboral, estrés, depresión y violencia- están muy relacionados con el empleo precario y la intensificación del esfuerzo del trabajo que suele aparecer en épocas de crisis. Las consecuencias de los mismos llevan aparejadas bajas laborales que, además del daño en la salud de las personas suponen un alto coste empresarial.

En España, en el primer trimestre del 2014 se alcanzó un nivel de desempleo del 25,5%²⁰. La inseguridad laboral ha sido estudiada desde el marco de la teoría del estrés (Lazarus y Folkman, 1984) conceptualizándose como una de las fuentes importantes del mismo. También la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo ha señalado la inseguridad laboral como uno de los principales problemas asociados al estrés laboral en Europa.

La propia palabra “crisis” ya de por sí genera angustia y ansiedad y puede llegar a causar estrés, motivado por el hecho de pensar que la crisis puede afectar a la estabilidad laboral y, por tanto, a la estabilidad económica. Incluso, en ocasiones, esta sensación se da en “cadena” de modo que muchas personas piensan que la crisis les puede afectar incluso cuando su situación laboral está garantizada. Las situaciones de estrés aparecen no solo en quienes sufren porque pueden quedarse sin puesto de trabajo sino también en aquellos que se han quedado desempleados e intentan encontrar otro empleo y de las personas que se ven ahogadas por las deudas.

En estas situaciones aparecen emociones como ansiedad, temor, irritabilidad, intolerancia, incompreensión, envidia y celos profesionales. Las consecuencias de estas emociones pueden ser la pérdida de control, de autovalorización, de razonamiento lógico o de prudencia. En relación con el trabajo puede surgir una falta de integración, desconfianza, falta de motivación y pérdida de capacidad productiva, además de las antes mencionadas y relacionadas con la estabilidad laboral. Desde el punto de vista organizacional resulta necesario adoptar medidas que contemplen el estresor de la inseguridad laboral desde su perspectiva tanto individual como colectiva (clima de inseguridad laboral). Es importante contribuir a la eficacia de las organizaciones para que éstas puedan contribuir a la mejora del mercado de trabajo y a la creación de empleo de calidad. Al mismo es necesaria la adopción de medidas que permitan un eficaz afrontamiento preventivo de los efectos nocivos de la inseguridad laboral. Medidas organizacionales como modificar las prácticas y políticas de la organización para que los individuos perciban la inseguridad laboral como un fenómeno menos estresante, la creación de unos eficientes canales de comunicación y crear un clima de apoyo y justicia organizacional. A nivel individual las medidas han de estar referidas a proporcionar a los empleados estrategias de manejo y afrontamiento del estrés (Sora, Caballé y Peiro, 2014). En estas situaciones se aconseja controlar los pensamientos y los miedos que las personas puedan sentir.

2.2.3. El síndrome de Burnout

El síndrome del burnout es una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo. El producto de dicha interacción se denomina síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT), habitualmente conocido como síndrome de burnout. En cuanto al concepto, la NTP 704 lo define como “una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia entre los profesionales de la

espera la organización y el grado en que los posibles malentendidos son evitados; factores individuales: debe proporcionarse “feedback” y estimular al personal, incluso cuando las cosas salen mal. Implicar al personal y valorar la diversidad. También deben fomentarse las actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo, así como un equilibrio sano entre vida y trabajo; apoyo social por parte de personas compañeras y superiores; formación para dotar a las personas trabajadoras de las habilidades necesarias para desarrollar su trabajo.

²⁰ Datos EPA.

salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización”²¹.

Originariamente se consideró que el burnout era un síndrome que aparecía en personas que trabajaban en contacto con personas, hoy en día, se entiende que también pueden sufrir burnout otro tipo de profesionales que no trabajan con clientes, sino con objetos (por ejemplo, personas operarias de producción de una industria) o con datos (NTP 732). E incluso, el burnout puede aparecer en muestras preocupacionales: estudiantes universitarios. Se hablaría en este caso del síndrome de quemarse por los estudios que podría ocasionar depresión, malestar psicosocial e incluso abandono de los estudios (Salanova y Llorens, 2008)²². El origen del síndrome reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía, etc., cuando se produce en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desemboque en un daño para la salud de la trabajadora o trabajador, el SQT. Así pues, dado que el origen del SQT se sitúa en las demandas de interacción que se producen en el trabajo, fundamentalmente con las personas clientes de la organización, cuando esas exigencias son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan las condiciones propicias para que también las fuentes de estrés actúen y produzcan en la persona un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del SQT. Esta es la razón de que las personas profesionales que trabajan en contacto directo con personas sean los colectivos de riesgo²³.

No hay que confundir el burnout con el estrés laboral propiamente dicho. Se considera a éste como uno de las posibles respuestas al impacto acumulativo del estrés laboral crónico, en contextos de servicios humanos. La NTP 705 establece las diferencias entre el estrés y el burnout (Tabla 1).

²¹ Una definición clásica del burnout es la que ofrece Maslach (en Salanova y Llorens, 2008), quien lo define como: “un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera. El agotamiento emocional se refiere a los sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y a una disminución de los propios recursos emocionales. La despersonalización se refiere a una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado. La reducida realización personal se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo”.

²² De los modelos explicativos psicosociales del SQT, el desarrollo más ajustado al contexto técnico y legal de la prevención de riesgos lo proporcionan los modelos derivados de la teoría organizacional. Se describen como antecedentes generales del síndrome los aspectos organizativos, los relativos al diseño del puesto y las relaciones interpersonales dentro de la organización. Es por lo que, la NTP 704 considera que se puede entender como un modelo integrado en el proceso más amplio del estrés laboral.

²³ En los estudios realizados sobre el SQT se ha puesto de manifiesto que las características personales de la persona trabajadora de ningún modo pueden ser la causa del riesgo, sino que, en todo caso, son factores a tener en cuenta a la hora de adaptar el trabajo a la persona. Los grupos de estresores susceptibles de desencadenar el SQT se pueden clasificar de la siguiente manera (NTP 704): factores de riesgo a nivel de organización, por ejemplo, una estructura de la organización muy jerarquizada y rígida, falta de apoyo y participación, desarrollo profesional, desigualdad, conflicto; factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo, por ejemplo, sobrecarga de trabajo, excesiva carga emocional, poca autonomía decisional, o disfunciones de rol; factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales: trato con personas usuarias difíciles o problemáticas, relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre personas compañeras y con personas usuarias o falta de apoyo social.

ESTRÉS	BURNOUT
Sobreimplicación en los problemas.	Falta de implicación.
Hiperactividad emocional.	Embotamiento emocional.
El daño fisiológico es el sustrato primario.	El daño emocional es el sustrato primario.
Agotamiento o falta de energía física.	El agotamiento afecta a la motivación y a la energía psíquica.
La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas.	La depresión del burnout es como una pérdida de ideales de referencia-tristeza.
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas.	El SQT sólo tiene efectos negativos.

Tabla 1. Diferencias entre estrés y burnout. Fuente: Elaboración propia a partir de NTP 705.

También hay que diferenciar el burnout de otros constructos con los que podría ser confundido, en concreto, de la fatiga mental, tal y como recoge la Tabla 2.

FATIGA MENTAL	BURNOUT
Alteración temporal (disminución) de la eficiencia funcional mental y física que está en función de la intensidad y duración de la actividad precedente y del esquema temporal de la presión mental.	Síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.
Surge como resultado de la exposición a las exigencias laborales durante un largo tiempo.	Se desencadena bajo unas condiciones de trabajo en las que destacan algunos estresores como escasez de personal, trabajo en turnos, trato con personas usuarias problemáticas, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos...
La recuperación suele ser rápida y, en ocasiones, va acompañada de sentimiento de realización personal.	La recuperación es más lenta y se acompaña de sentimiento de fracaso.

Tabla 2. Diferencias entre fatiga mental y burnout. Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en la NTP NTP 705.

Para la persona trabajadora los síntomas pueden ser psicosomáticos, conductuales, emocionales, actitudinales, sociales y de relaciones interpersonales. Para la organización se manifiesta en un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales, indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja; disminuye la capacidad de trabajo, disminuye el compromiso, bajan el rendimiento y la eficacia, se da un mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización, resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a las personas clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo, se produce un aumento de las quejas de personas usuarias o clientes etc. Desde el punto de vista clínico el SQT es un proceso que se acaba manifestando como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral cuando se presenta en toda su magnitud (NTP 705). En prevención de riesgos laborales, y en concreto desde la psicología, hay que estudiar la etiología y el proceso que lleve al SQT con el fin de identificar los factores de riesgo que por su impacto puedan favorecer la aparición del mismo. Parece que ello ha de hacerse desde el campo de la vigilancia de la salud.

La NTP 705 encuadra, de forma orientativa, las medidas para prevenir el burnout en tres niveles distintos de actuación, tomando como punto de referencia dónde se deben centrar las actuaciones: implementar acciones de corte organizativo, regular las interacciones que se producen en la empresa entre las personas e implementar acciones individuales. En cuanto a las estrategias de intervención ante la existencia de un SQT parece que no existe ninguna técnica sencilla capaz de tratar de forma efectiva el SQT y habitualmente se utiliza un modelo de intervención de varios componentes integrados de forma complementaria. *En todo caso, la*

elección de las estrategias más adecuadas siempre dependerá de los resultados de la evaluación de riesgos psicosociales realizada. Entre dichas técnicas hay que destacar el soporte social de personas compañeras y superiores. El apoyo social hace referencia a la ayuda real o percibida que la persona trabajadora obtiene de las redes sociales (personas compañeras, amistades, familiares etc.). Permite sentirse una persona querida, valorada y apreciada en el puesto de trabajo así como en la organización (NTP 732). Ello no obstante, *cualquier tipo de técnica adecuada en el tratamiento del estrés es una técnica válida de intervención.*

2.2.4. Fatiga y carga mental

Se entiende por fatiga mental *la alteración temporal (disminución) de la eficiencia funcional, mental y física. Este tipo de fatiga está relacionada con la intensidad y duración de la actividad precedente y del esquema temporal de la presión mental* (NTP 445). Por su parte, la norma ISO 10075: Principios ergonómicos relacionados con la carga de trabajo mental define el término fatiga como la alteración temporal de la eficiencia funcional de la persona. Esta alteración es consecuencia de la actividad previa y de su estructura funcional (NTP 544).

La fatiga aparece como una reacción homeostática del organismo para adaptarse al medio y su principal síntoma es una reducción de la actividad como consecuencia de una disminución de la atención, de la motivación y la lentitud del pensamiento. Además, cuando existe un desequilibrio prolongado entre la capacidad del organismo y el esfuerzo que debe realizar para dar respuesta a las necesidades del ambiente, puede aparecer la fatiga crónica, no por sobrecarga de trabajo accidental, sino por una determinada carga que se va repitiendo. Sus síntomas, que no sólo se sienten durante o después del trabajo sino que pueden ser permanentes, pueden quedar reducidos, en apurada síntesis, a la inestabilidad emocional (irritabilidad, ansiedad y estados depresivos) y las alteraciones del sueño y psicósomáticas (mareos, alteraciones cardíacas y problemas digestivos).

La carga mental está muy relacionada con la fatiga mental y, en ocasiones, resulta difícil su diferenciación. La NTP 275 establece que la carga mental o cognitiva responde a un estado de movilización general del operador humano como resultado del cumplimiento de una tarea que exige el tratamiento de la información. La carga mental se refiere al grado de procesamiento de la información que realiza una persona para desarrollar su tarea. Cada vez más, el trabajo, con la aplicación de nuevas tecnologías, impone a la persona trabajadora elevadas exigencias en sus capacidades de procesar la información; implica a menudo la recogida e integración rápida de una serie de informaciones con el fin de emitir, en cada momento, la respuesta más adecuada a las exigencias de la tarea. El sistema humano para procesar información tiene unas capacidades finitas, por lo que las exigencias de la tarea pueden acercarse mucho e incluso sobrepasar la capacidad de respuesta de la persona. Si esta situación se da de manera puntual la persona puede llegar a adaptarse a ella, pero si, por el contrario, el trabajo exige continuamente un grado de esfuerzo elevado, puede llegar a una situación de fatiga capaz de alterar el equilibrio de salud de las personas.

Las consecuencias de la fatiga sobre la persona son muy variables, y no siempre negativas. Sus efectos dependen de la intensidad y duración del esfuerzo que debe realizarse²⁴. Para la *valoración* de los aspectos relacionados con la carga mental suele partirse de métodos objetivos (demandas de tarea, resultados de tarea, valoración de fatiga a través de parámetros fisiológicos, frecuencia crítica de fusión óptica...) y subjetivos, basados en la impresión subjetiva de las personas trabajadoras, sobre su estado de fatiga o sobre los factores que son susceptibles de desencadenarla²⁵. Finalmente, en la organización de un puesto de trabajo se deben tener en

²⁴ Los síntomas de esta fatiga, que se siente durante el trabajo o acto seguido de haberlo realizado son los siguientes: sensación de cansancio, somnolencia, fatiga, alteraciones en la capacidad de atención, precisión de movimientos o variaciones del rendimiento, de la actividad, de los errores etc. Además de la fatiga, otros posibles efectos de la carga mental sobre la persona son la monotonía, la hipovigilancia o la saturación mental (NTP 544).

²⁵ En la actualidad no se cuenta con una medida única objetiva para la valoración de la carga mental, por lo que normalmente estos métodos suelen ir acompañados de una valoración subjetiva. El método a utilizar es, precisamente, uno de los principales obstáculos que se plantean pues en cada caso debe adaptarse a las características propias de la tarea y al entorno, especialmente de tipo organizativo, en que

cuenta los siguientes factores con el fin de prevenir la aparición de la fatiga mental (NTP 179): cantidad de información recibida; ritmo de trabajo normal para una persona formada y adiestrada; cualidad de la información recibida: tipos de señales; ritmo individual de trabajo; distribución de pausas; confort ambiental del puesto.

3. Estudio del impacto emocional en el personal sanitario. En concreto, la experiencia de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

En este epígrafe se trata de analizar el impacto emocional al que están sometidos los y las profesionales del ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Euskadi partiendo de las reflexiones teóricas, conceptuales y normativas analizadas en los epígrafes anteriores.

Así pues, exponen los resultados de una investigación llevada a cabo en el año 2009 por quienes suscriben este artículo²⁶, entre el personal del ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Euskadi a fin de conocer el impacto emocional al que pudieran estar sometidos. Lo cierto es que no existe ninguna investigación posterior en la Comunidad Autónoma de Euskadi sobre el tema objeto de esta inédita investigación.

Para la obtención de los datos del estudio que se exponen a continuación, y que tuvo como universo objeto de estudio el personal sanitario (médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería) trabajando, tanto en ámbito público como privado, en la Comunidad Autónoma de Euskadi, se consideraron los datos del Instituto Vasco de Estadística-EUSTAT a fecha 31-12-2006, de modo que la cifra de estos/as profesionales colegiados/as según dicha fuente ascendía a un total de 23.867 personas.

En coherencia con el universo objeto de estudio se seleccionó una muestra de 774 personas a encuestar, lo que implicó trabajar al 95% de nivel de confianza y con un 3,5% de error muestral. En esta investigación se siguió un criterio de estratificación múltiple en base al sexo (hombre-mujer), la profesión (personal de Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Medicina, o voluntariado), el centro de trabajo (variable doblemente diferenciada, por un lado: público-privado, y por otro: hospitales y clínicas-centros de Salud-voluntariado de servicio urgente de ambulancia), años de trabajo con pacientes (hasta 2 años-entre 2 y 5 años-entre 5 y 10 años-entre 10 y 15 años-más de 15 años) y ámbito de trabajo. En relación a este último criterio de estratificación conviene señalar que en este estudio se tomó en consideración el ámbito de trabajo a la hora de seleccionar la muestra de profesionales a encuestar porque se pretendían conocer diversas cuestiones: en primer lugar, si existían diferencias generales en base a si se trataba de una intervención puntual o más prolongada en el tiempo; en segundo lugar, si existían diferencias en aquellos servicios en los que aunque no se interviene en profundidad en la fisiología humana y el índice de mortandad es inferior el impacto emocional del personal sanitario pudiera deberse al vínculo emocional establecido con la persona paciente a lo largo de años de relación y; por último, se pretendía comprobar si existían o no disimilitudes en función del desempeño de una labor sanitaria de manera altruista o no.

Por este motivo, la población encuestada trabajaba mayoritariamente en los siguientes ámbitos: Urgencias (29,7% de la población encuestada), Oncología (22,2%), Pediatría (16,1%),

ésta se realiza. En la NTP 275: *Carga mental en el trabajo hospitalario: Guía para su valoración*, se propone un método de valoración subjetiva que puede basarse tanto en el cuestionario como en la entrevista individual. En él se especifican las variables que han de incluirse así como los indicadores de cada una de esas variables. Por su parte, en la NTP 179: *La carga mental del trabajo: definición y evaluación*, se señalan distintos métodos para valorar los indicadores de los factores inherentes a la tarea y su incidencia sobre la persona. Por último, en la NTP 544 se expone el método NASA TLX como una herramienta de ayuda para el diagnóstico de los factores de carga en los puestos de trabajo. Estos métodos de valoración son complementarios entre sí, dado que ninguna medida es válida por sí sola para evaluar la carga mental, por lo que la utilización de varios de ellos y la comparación de los resultados obtenidos es la mejor manera de aproximarnos a una evaluación satisfactoria.

²⁶ Investigación financiada por el Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales-OSALAN en el año 2009, realizada por las investigadoras de *Investigaciones Sociales* de la Universidad de Deusto Aitziber Barrutia, Mónica Ibáñez, y Mariola Serrano. La investigación no ha sido publicada.

Intensivos (14,5%), Familia (8%), Ambulancias (5,8%) y Otros (3,8%, donde se incluían: Neurocirugía, Cirugía Cardiovascular y Psiquiatría).

El instrumento de recolección de datos utilizado ha sido un cuestionario que recogía los principales ítems que permitieron conocer las variables predeterminadas en función de los objetivos establecidos, y que se recoge en el Anexo I, que se presenta al final de este artículo. La información obtenida con la aplicación de este cuestionario se grabó en el programa estadístico SPSS para proceder a la debida explotación de los datos, que permitieron obtener algunas conclusiones al respecto de este tema, tal y como se presentan a continuación.

Respecto a los *estímulos* a los que estaba sometido el personal sanitario, el estudio mostraba que todos los planteados (sufrimiento emocional y físico del paciente, sufrimiento emocional de sus familiares, y el impacto visual de algunas imágenes de cuerpos en estados muy perjudicados) generaban un grado de impacto emocional que podríamos denominar medio-alto, ya que la población encuestada otorgaba a todos ellos una puntuación de entre 3 y 5 en base a una escala de 1 a 5, donde 1 implica “impacto nulo” y 5 “gran impacto”. En concreto, los resultados indicaban que “la persona paciente sea un menor” (4,1), “el sufrimiento emocional del paciente” (3,8), “el sufrimiento físico del paciente” (3,7), “el sufrimiento emocional de las personas familiares del paciente” (3,7) y “el impacto visual de algunas imágenes de cuerpos en estados muy perjudicados” (3,1), eran las situaciones que mayor impacto emocional provocan en las personas profesionales. Este hecho pone, por tanto, de manifiesto, por un lado, que el personal sanitario no termina de habituarse a estímulos a los que ha de enfrentarse prácticamente a diario, y, por otro, el reconocimiento de la necesidad de estudios como éste, que tenía como objetivo dar valor e igualmente valorar el ámbito emocional inherente a las personas, que, por su condición social es influenciable, precisamente, en su proceso de relación. Corroborando nuevamente esta última idea, destacaba que el 7,5% de las personas encuestadas indicaba otros estímulos alternativos a los expuestos, siendo las principales opciones identificadas por el personal sanitario como causantes del impacto emocional las siguientes: 1) aquellas condiciones sociales adversas para la persona paciente, tales como la soledad, el maltrato, etc., que suponían un 19% del total de quienes habían señalado otros estímulos; 2) identificar que el propio personal sanitario estaba llevando a cabo intervenciones negligentes (17,2%); y 3) el vínculo familiar con la persona paciente o su semejanza con una de esas personas, que suponía un 12%.

Con el fin de conocer *en qué medida estos estímulos incidían en el personal sanitario*, es decir, el número exacto de personas trabajadoras que se habían visto afectadas por dichos estímulos se preguntó a las personas encuestadas si habían estado personalmente sometidas o expuestas a situaciones de gran impacto emocional. Así, destaca que un 84,6% del personal sanitario, incluyendo profesionales de la Medicina, Enfermería, y Auxiliar de Enfermería, admitió haber estado sometido o expuesto a situaciones de gran impacto emocional en su trabajo. Y teniendo en cuenta a este respecto que la muestra era representativa del colectivo al 95% de nivel de confianza y con un margen de error del 3,5%, la repercusión del impacto emocional en el ámbito sanitario resulta evidentemente innegable.

A fin de determinar la *existencia de factores que pudieran prevenir o, por el contrario, aumentar la probabilidad de situaciones de impacto emocional*, el estudio recogía una serie de ítems relativos al ámbito personal y laboral de las personas profesionales que podrían, presumiblemente, incidir en este aspecto. Entre ellos, como posiblemente *preventivos* se incluían: el uso del sentido del humor, una red psicosocial sólida, inversión del tiempo en actividades de ocio, la posibilidad de evitar la situación concreta, estrategias que permiten aislarse del dolor físico o emocional, las competencias psicológicas para hacer frente a las demandas de las personas usuarias, y el autoconocimiento y autocontrol emocional. Mientras que, entre los aspectos que considerados en la hipótesis como posiblemente *perjudiciales*, se presentaban: la capacidad de empatía, la ausencia de recursos y medios necesarios para abordar las demandas, el abuso de sustancias, la vivencia de experiencias traumáticas, la elección vocacional del trabajo sanitario, y el estrés personal y laboral.

A este respecto, aunque se hallaron porcentajes variables de personas que habían admitido haber sufrido situaciones de impacto emocional en base a si sus respuestas a los ítems previamente expuestos en una escala dicotómica eran afirmativas o negativas, estadísticamente,

cabe destacar que el único ítem que mostraba diferencias significativas (Chi-cuadrado de Pearson igual o menor a 0,05) del primer grupo resultó ser el relativo al uso de estrategias de aislamiento. Y, más aún, lo hacía en la dirección opuesta a la esperada. Es decir, en función de los datos, resulta razonable aceptar que el uso de estas estrategias, lejos de permitir amortiguar el malestar parecen, en efecto, incrementarlo, tal y como se puede observar en el Grafico 1.

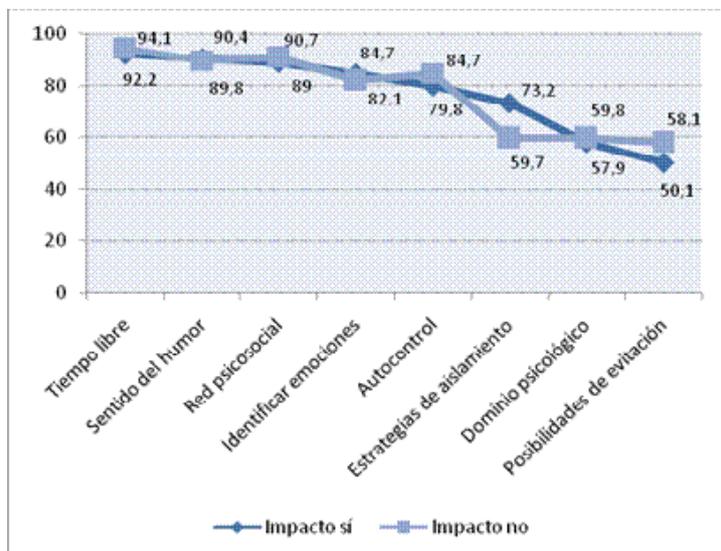


Grafico 1. Efecto de los factores potencialmente positivos o preventivos entre quienes SÍ y quienes NO están sometidos a situaciones de impacto emocional (% respuestas afirmativas). Fuente: Elaboración propia en base a datos de la investigación realizada en 2009

En relación al bloque de las *variables presuntamente facilitadoras de incrementar* las aparición de los efectos del impacto emocional se concluyó que son la vivencia de experiencias traumáticas, y el estrés (tanto laboral como personal), las variables que estadísticamente presentaban diferencias significativas, y que, por tanto, podríamos catalogar de riesgo ante situaciones de impacto. Es decir, estos eran los factores en las que los cálculos matemáticos revelaban una frecuencia debida a la dimensión planteada más allá de cambios motivados por causas atribuibles al azar. Estas diferencias pueden observarse en el gráfico que se muestra a continuación.

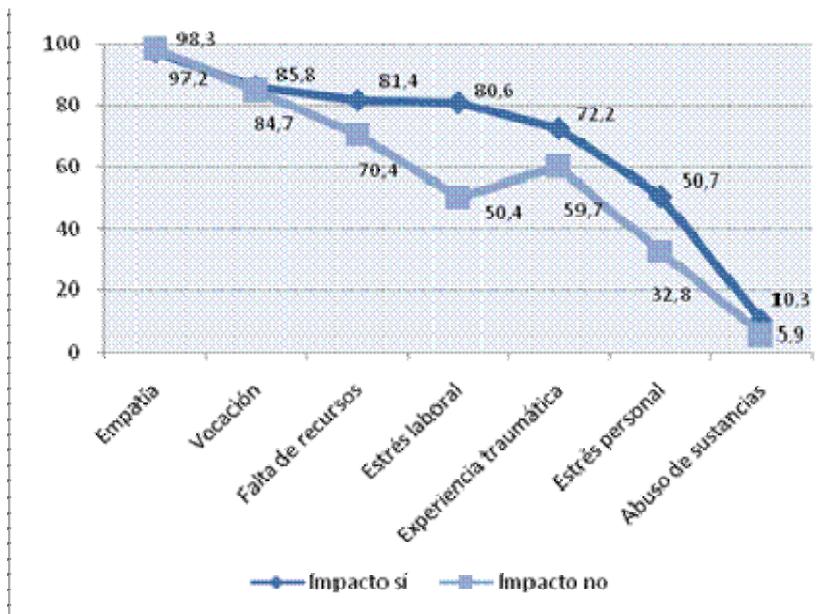


Gráfico 2. Efecto de los factores potencialmente negativos o nocivos entre quienes SÍ y quienes NO están sometidos/as a situaciones de impacto emocional (% respuestas afirmativas). Fuente: Elaboración propia en base a datos de la investigación realizada en 2009

Una vez conocida la *frecuencia del impacto emocional* en el personal sanitario, el estudio pretendía conocer en qué aspectos, concretamente, tenía su *repercusión*. En este sentido, tal y como podemos observar en el Gráfico 3, las consecuencias derivadas de la exposición a situaciones del impacto emocional son, por este orden, considerando sólo aquellas puntuaciones relativas a las categorías “A menudo” y “Siempre”: la necesidad de apoyo afectivo (21,1%), trastornos del sueño (21%), somatizaciones (20,2%), ansiedad (17%), sentimientos de culpa (15,1%), vida personal perjudicada (13,2%), trastornos de alimentación (12,8%), síntomas depresivos (12,7%), vida laboral perjudicada (8,5%), y trato inadecuado a personas usuarias (3,2%).

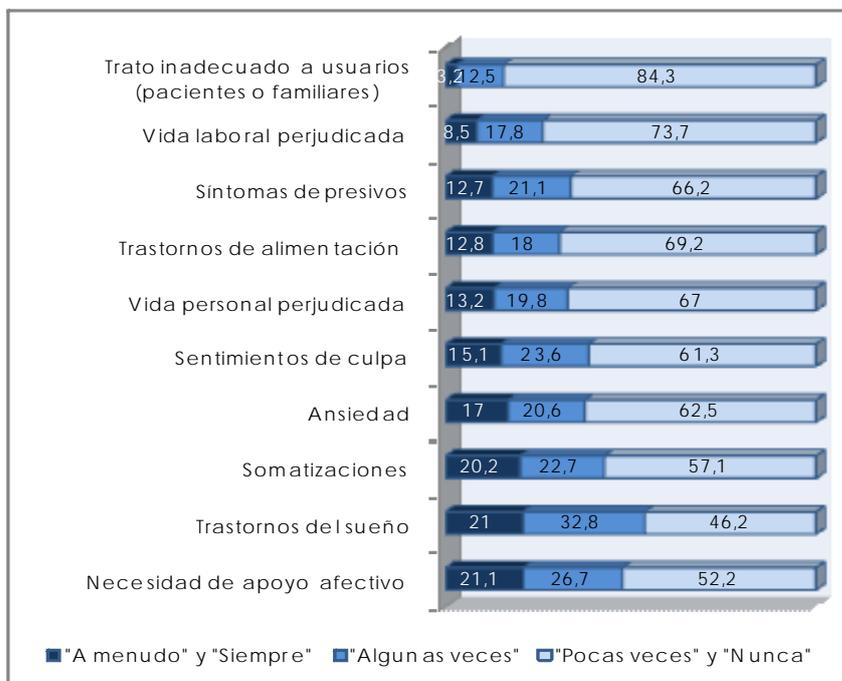


Gráfico 3. Consecuencias de la exposición a situaciones de impacto emocional (%). Fuente: Elaboración propia en base a datos de la investigación realizada en 2009

No obstante, y a pesar de que estas cifras sean suficientemente significativas per se, es preciso hacer constar que, además, a tenor de los datos expuestos, éstas se veían incrementadas a más del doble si se consideraban también las opciones referentes a “Algunas veces”. Cifras que, sin lugar a dudas, reflejan el malestar generalizado de las personas profesionales del ámbito sanitario en las diversas esferas de su vida, tales como el ámbito psicológico, fisiológico, social, y profesional, e incluso en su repercusión con las personas usuarias de los servicios sanitarios, que, aunque es el menor de los porcentajes, asciende a 15,7% el total de quienes admiten tratar inadecuadamente a una persona usuaria (categorías entre “Siempre” y “Algunas veces”) y que, por tanto, no han de ser pasadas por alto.

Tras conocer cuáles son las situaciones laborales que provocan algún tipo de impacto emocional en el personal sanitario y de qué forma interfieren éstas en su bienestar, en esta investigación también se puso el foco de atención en conocer las *principales pautas de comportamiento*, en porcentajes, *ante tales situaciones*, siendo en este caso el porcentaje total superior al 100%, dado que en el ítem planteado en el citado estudio se ofrecía la posibilidad de respuesta múltiple, permitiendo así indicar cuantas respuestas considerasen oportunas en función de cada caso.

Así, los datos muestran que el mayor acuerdo entre personas profesionales sanitarias a este respecto, con un 78,3%, era aprender a base de experiencias reiteradas a crear sus propios mecanismos de defensa. En segundo lugar, con un 73,6%, las personas profesionales recurren a la expresión verbal, a la comunicación de su malestar como forma de actuación ante el impacto, o en busca de alivio. En tercer lugar, y expresando la forma de actuación de más de la mitad de población afectada, destacaba que el 52,1% de personas encuestadas había intentado restarle importancia y continuar cumpliendo con sus obligaciones. La cuarta opción más seleccionada era solicitar ayuda a una persona profesional cualificada, con un 11%, seguida de un 8,2% que había optado por tomar medicación. Posteriormente, se encontraba un 4,5% del personal expuesto a situaciones de impacto emocional que, como consecuencia de las repercusiones sufridas, optaba por solicitar una baja temporal, y en último lugar, con un 3,3% destacaban aquellas personas que reconocían haber solicitado un cambio de departamento.

Según la opinión de las personas profesionales encuestadas respecto a los *medios existentes a fin de prevenir los efectos nocivos generados por situaciones de impacto emocional* en el ámbito sanitario, un 84,2% los consideraba insuficientes, mientras que tan sólo un 15,1% los estimaba adecuados y suficientes.

De forma similar se mantenían los porcentajes con respecto a la intervención paliativa una vez el impacto emocional había tenido lugar, siendo, en este caso, un 86,2% quienes consideraban que los recursos actuales eran deficitarios, mientras que un 13,8% opinaba lo contrario. Es decir, en general, el descontento con los recursos destinados tanto a prevenir como a paliar era notable entre el personal sanitario, siendo algo más reseñable en este último caso.

Respecto al *nivel de riesgo que consideran las personas profesionales que podía suponer el no saber gestionar las emociones en el ámbito laboral para su salud*, la mayoría de personas, un 42,2%, consideraba que las repercusiones eran “bastantes”, un 18% señalaba el grado máximo, mientras que tan sólo un 3,3% negaba cualquier tipo de repercusión. Quedando, por tanto, un 9,6% de personas que opinaban que la trascendencia era menor y un 26,9% que le otorgaba mayor importancia sin llegar al grado de “bastante”.

Tras confirmar el manifiesto malestar emocional del personal sanitario, y con la intención de conocer, consecuentemente, sus sugerencias de mejora, se presentaron en el cuestionario algunas propuestas a ser estimadas por las personas interesadas, juzgando, desde su propia práctica profesional, el nivel de necesidad de las mismas en base a una escala de 1 al 5 en la cual, 1 se considera como “nada necesaria” y 5 como “muy necesaria”. De esta forma, las estrategias mejor valoradas según las puntuaciones medias fueron, por este orden, cursos formativos (4,4), disponer de una persona profesional de la Psicología a que acompañe a la familia del paciente a durante los momentos difíciles (4), la posibilidad de tener una pronta accesibilidad a una persona profesional de la Psicología para el personal sanitario (4), poder derivar la persona paciente a otro u otra profesional en aquellas situaciones puntuales en las que se prevea que el impacto emocional al que está sometido puede perjudicar gravemente el rendimiento profesional y/o bienestar personal (3,9) y, en última instancia, pero con una media

nada despreciable, derivar funciones que requieran notificar a pacientes y/o familiares situaciones complicadas a una persona profesional de la Psicología cualificada (3,51).

En última instancia, además de las propuestas planteadas en el cuestionario, se han recogido otras 43 propuestas que resultan favorecedoras y útiles para minimizar los efectos del impacto emocional en su trabajo, que para su análisis han sido agrupadas del siguiente modo: disminuir la carga de trabajo (30,2%); reconocimiento, valoración e intervenciones oportunas de mandos superiores y responsables (23,3%); grupos de apoyo, terapias grupales y/o trabajos en equipo (18,6%); formación a pacientes y familiares (7%); mayor formación sanitaria (4,7%); más tiempo libre, reducción de horarios, año sabático, etc. (9,3%); rotación de unidad/departamento (4,7%); y generar un espacio físico agradable (2,3%).

Lo cierto es que la situación de crisis económica en la que se encuentra España y el déficit presupuestario de las Administraciones Públicas ralentizan cuando no impiden que se pongan en marcha estrategias adecuadas a fin de prevenir estos riesgos psicosociales en el trabajo.

Algunos de los resultados de la investigación realizada en Euskadi se han confirmado con posterioridad en un reciente estudio de investigación realizado en el año 2014 sobre el clima emocional, el tipo de liderazgo ejercido y la calidad de la información y comunicación interna en un hospital universitario de Andalucía²⁷, mediante la aplicación de un cuestionario a 730 profesionales facultativos, enfermeros y auxiliares. Este estudio refleja la existencia de un clima emocional medio-bajo entre la población encuestada, lo cual a su vez se correlaciona con el estilo de liderazgo y la percepción sobre el grado de información y comunicación. Además, se concluye que pese a la sobrecarga del rol profesional del personal de Enfermería y el alto desgaste emocional asociado a la actividad asistencial, este colectivo encuentra gratificante el trabajo directo con los y las pacientes y establece más vínculos emocionales dentro del equipo que los profesionales facultativos.

4. La prevención desde el concepto de organización saludable

Tradicionalmente desde la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones se ha intentado diagnosticar y detectar los problemas que padecen las personas en el contexto laboral para poder encontrar soluciones a estas deficiencias, o lo que es lo mismo, *actuar después de ver las carencias del sistema*. Frente a este análisis, la Psicología Organizacional Positiva se centra en el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas en contextos de trabajo y organizaciones. Es decir, este enfoque es, en sí mismo, la verdadera prevención, ya que se centra en buscar los puntos fuertes de la organización, estudiar el por qué de éstos, y potenciarlos como referencia del modelo de rol, creando ambientes más positivos de trabajo (Rodríguez, Cifre, y Salanova, 2008).

Con el concepto de organización saludable (Healthy organization) se está dando a las organizaciones un nuevo matiz centrado en el cuidado de la salud tanto de las personas trabajadoras como de la organización en su conjunto. Supone un giro también en la dirección y desarrollo de los recursos humanos, desde considerar la salud psicosocial de las personas empleadas como un medio para conseguir otros fines, a considerarla como un bien en sí misma, como un valor estratégico central en los objetivos empresariales. En este sentido y durante mucho tiempo el estrés ocupacional ha sido la característica más importante para describir lo que no son y cómo deben ser las organizaciones saludables. Pero hoy en día, como afirma Salanova, hay que ir más allá, y entender que el concepto de organización saludable debe partir de la consideración de que para la supervivencia y avance en un contexto de continuo cambio económico y social las organizaciones necesitan tener empleadas y empleados motivados y psicológicamente sanos, que sean proactivos y muestren iniciativa personal, que colaboren con los demás, que sean responsables en el desarrollo de su carrera y que se comprometan con la excelencia empresarial. Este objetivo no puede alcanzarse con una fuerza laboral saludable al estilo tradicional: personas trabajadoras satisfechas con su trabajo, que no experimenten estrés

²⁷ Danet, A., March, J.C., y García, I. Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital universitario de Andalucía, España. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3): 546-558, mar 2014.

laboral y que muestren índices bajos de absentismo. Se necesita algo más para poner en marcha toda la maquinaria organizacional y conseguir este objetivo (Salanova, 2008a). Para ello, las políticas de recursos humanos deben estar sincronizadas porque las organizaciones modernas están cambiando en una dirección que se basa cada vez más en el conocimiento psicológico y la experiencia, en la autogestión y la atención a necesidades individuales y colectivas de sus empleadas y empleados, de la organización y de la sociedad en general.

Así pues, los modelos de gestión tradicionales que consideran a las personas trabajadoras como instrumentos para conseguir los fines empresariales están siendo reemplazados por una genuina Psicología Ocupacional u Organización Positiva que considera la salud de la persona trabajadora como una meta en sí misma y un objetivo legítimo que debe incluirse en las políticas organizacionales (Salanova, 2008).

Respecto al concepto de organización saludable puede definirse como aquellas organizaciones caracterizadas por invertir esfuerzos de colaboración, sistemáticos e intencionales para maximizar el bienestar de las personas trabajadoras y la productividad, mediante la generación de puestos bien diseñados y significativos, de ambientes sociales de apoyo, y finalmente mediante oportunidades equitativas y accesibles para el desarrollo de la carrera y del balance trabajo-vida privada (Salanova, 2008).

El buen funcionamiento organizacional se construye a través de la captación, desarrollo y retención de trabajadoras y trabajadores saludables. Una organización saludable desarrolla *prácticas saludables* de estructurar y gestionar los procesos de trabajo que influirían en el desarrollo de *personas empleadas saludables* y *outputs organizacionales saludables*. Estas dimensiones de la organización saludables están relacionadas entre sí: la existencia de prácticas saludables influye en el desarrollo de personas trabajadoras y outputs organizacionales saludables, que, a su vez, influirían en la mejora de las formas de estructurar y organizar los procesos de trabajo en un proceso de mejora constante en el tiempo. De alguna manera, las formas positivas de estructurar y gestionar los procesos de trabajo en las organizaciones son saludables en la medida que las personas que trabajan en ellas son también saludables, y la organización cuenta con productos y/o servicios de excelencia, así como con buenas relaciones con el entorno la comunidad (Salanova, 2008a).

En conclusión, entiende la doctrina especializada que es desde la consideración de las buenas prácticas relacionadas con la gestión y desarrollo de los recursos humanos desde donde se pueden potenciar las organizaciones saludables. Según estas personas expertas, cabe diferenciar tres tipos de recursos útiles que se pueden implementar con buenas prácticas y que las organizaciones saludables pueden utilizar para el desarrollo de los recursos humanos (Salanova, 2008; y Salanova, 2008a):

- Recursos de tarea (Salanova, 2008a): claridad de la tarea y del rol laboral, la autonomía en el trabajo, las oportunidades que ofrece el trabajo para el contacto social, la variedad de tareas, existencia de información y feedback sobre las tareas que realiza en su puesto de trabajo, un salario justo, la seguridad física en el trabajo, que el trabajo sea valorado socialmente y el apoyo de la persona supervisora.

- Recursos organizacionales: son los relacionados con las prácticas directivas y recursos humanos como procesos de formación y desarrollo de carrera, estrategias de conciliación trabajo/vida privada, comunicación organizacional, cultura, valores y objetivos organizacionales.

- Recursos sociales: son aquellos que se relacionan con las personas con las que trabajamos y para las que trabajamos. Comprende tanto el ambiente social inmediato de trabajo como el mediato.

El ambiente social del trabajo relacionado con el clima, la confianza y las relaciones interpersonales es, en definitiva, un elemento clave a la hora de diferenciar organizaciones saludables de aquellas que no lo son. Dice Salanova (2008a) que el capital social, junto con el capital humano y especialmente el capital psicológico positivo, forman las bases más importantes de la inversión en ventaja competitiva de las organizaciones saludables.

En esta generación de organizaciones saludables entra la formación en inteligencia emocional o control de las emociones. Así pues, parece que puede ser conveniente que las y los empleados que trabajan en contacto con otras personas, en general, y las y los profesionales del ámbito

sanitario, en particular, se formen en competencias relacionados con un mejor trato a las personas pacientes, clientes o usuarias del servicio. La formación en habilidades sociales es cada vez más eficaz, puesto que en este tipo de trabajo las relaciones interpersonales son constantes. La inteligencia emocional se entiende como aquella capacidad de identificar, comprender, regular y expresar/canalizar las emociones de forma favorable y proporciona estrategias para conseguir un mayor bienestar personal e interpersonal.

El punto esencial que caracteriza a una organización saludable es justamente la salud de sus personas trabajadoras, pero también el buen funcionamiento de la organización en cuanto a sus beneficios económicos y sociales. Para ello han de ponerse en práctica, desde la gestión de los recursos humanos, buenas prácticas y buenas formas de hacer, pensar y sentir de las organizaciones saludables para desarrollar sus recursos humanos, más que técnicas concretas de gestión de recursos humanos. Y ello es así porque, como dice SALANOVA, cada organización es un mundo único y debe llegar a conocer por sí misma qué prácticas se ajustan más a sus objetivos, fines y estrategia organizacional. En este caso no sirve el dicho de que *lo que es bueno para mí, es bueno para las demás personas* (Salanova, 2008). Estas organizaciones, las saludables, son ejemplos a seguir para otras ya que en ellas no sólo existe una preocupación de prevenir riesgos laborales (físicos y psicosociales), sino que avanzan un paso más y se ocupan de crear climas saludables y ambientes positivos de trabajo, donde las personas trabajadoras disfruten de lo que hacen y vivan estas experiencias, que causan que se encuentren realmente comprometidos con la compañía y felices en sus puestos (Rodríguez, Cifre y Salanova, 2008).

Así, consultados los Servicios de Prevención en un estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Euskadi el pasado año (Osalan, 2012), se concluía que las personas dedicadas a la Psicología Laboral en exclusiva son muy pocas, con una limitada especialización y dedicación, y que requieren de una mayor formación. Además, también es significativa la actitud de la parte empresarial a este respecto, dado que la mayoría de las personas encuestadas consideran los Servicios de Prevención como Gasto, y no como inversión, dado que no se ve la relación con la productividad, y se actúa sólo cuando surgen casos, viéndose como un problema menor, ligado a las personas, pero que puede en ocasiones destapar problemas “enterrados”, además, se refleja que en su mayoría la parte empresarial señala que la prevención la llevan a cabo por cumplimiento legal, y que “nunca es un buen momento, pero menos con la crisis económica”.

5. Conclusiones

Las consecuencias derivadas de situaciones que implican un impacto emocional en el ámbito laboral trascienden el bienestar psicológico de las y los trabajadores de salud estudiados y repercuten también a su ámbito fisiológico, social y profesional, sin olvidar los perjuicios ocasionados a las personas usuarias de los servicios de salud donde éstas y éstos se desempeñan.

Así se concluye de los resultados del estudio de investigación realizado al personal sanitario de la Comunidad Autónoma de Euskadi. De esta forma, entre los tres colectivos objeto de análisis (auxiliares de enfermería, enfermeros/as y médicos/as) son importantes las situaciones potencialmente desencadenantes de impacto emocional. La frecuencia del impacto emocional entre estos profesionales, según datos de dicho análisis, asciende al 84,6%, siendo más vulnerables aquellos que hacen uso de estrategias de aislamiento, han vivido experiencias traumáticas en su ámbito laboral o padezcan estrés.

Existe una innegable percepción entre las personas de determinados ámbitos profesionales de que los recursos destinados a prevenir o paliar los efectos de estar expuestas a situaciones de impacto emocional son inexistentes o, cuanto menos, insuficientes. Así se pone también de manifiesto en el estudio llevado a cabo en el año 2012 por OSALAN, el Instituto del Gobierno Vasco que se ocupa de las políticas relativas a la Seguridad y Salud en el Trabajo, donde se concluye, entre otras cosas, que hay que sacar la Psicología laboral de su arrinconamiento actual e incluirla en la lista de prioridades, junto a la seguridad y la higiene, especializando recursos humanos con dedicación suficiente, para conseguir cambiar un concepto central tratando de mejorar la organización del trabajo, no de evaluar las psicopatologías de las personas trabajadoras. Esta situación resulta, además, agravada por la crisis económica que se

vive en España en un doble sentido. Por un lado porque la crisis económica y la inseguridad laboral es uno de los principales problemas asociados a la aparición del estrés laboral. Y por otro, porque el déficit presupuestario consecuencia de la crisis económica hace que la inversión en prevención de riesgos de carácter psicosocial no haya experimentado crecimiento significativo.

Las medidas preventivas que se proponen en relación al impacto emocional en el ambiente laboral sanitario son las siguientes:

- a) Proponer cursos formativos tanto para profesionales del ámbito sanitario como para personas usuarias incluyendo en la oferta temas de inteligencia emocional.
- b) Garantizar el conocimiento teórico constante en materia sanitaria, lo que supone una revisión de los conocimientos adquiridos y una actualización de los mismos.
- c) Implantar protocolos de actuación en caso de sufrir las repercusiones de situaciones de impacto emocional en el trabajo, y facilitarlos en el momento de incorporación laboral.
- d) Garantizar la disponibilidad y pronta accesibilidad de una persona profesional de la Psicología para las personas profesionales y usuarias de las mismas, o la posibilidad de derivar a la persona usuaria a otra persona profesional en aquellas situaciones puntuales en las que se prevea que el impacto emocional al que está sometida puede perjudicar gravemente el rendimiento profesional y/o bienestar personal.
- e) Elaborar una guía de los recursos psicosociales disponibles, tanto para las personas usuarias y sus familiares, como para las personas profesionales.
- f) Crear un banco de personas voluntarias y/o remuneradas dispuestas a acompañar a aquellas personas en situaciones de soledad.
- g) Disponer de profesionales del Trabajo Social accesibles a quienes derivar aquellos casos que, por sus circunstancias socioeconómicas adversas, pudieran beneficiarse de sus servicios.
- h) Llevar a cabo reuniones multidisciplinares de manera periódica para comentar los casos complicados o de desenlace negativo.
- i) Favorecer espacios de reflexión para una correcta gestión emocional de las personas profesionales.
- j) Dotar de formación específica en competencias interpersonales a las personas profesionales con otras a su cargo, y, sobre todo, valorar su sensibilidad respecto al trato con otras y otros trabajadores y potenciar sus habilidades de gestión emocional.
- k) Continuar investigando y profundizando en las causas del impacto emocional, así como en intervenciones que pudieran resultar beneficiosas para minimizar las consecuencias negativas vinculadas a éste.
- l) Promover la transmisión de experiencias relativas al impacto emocional de las personas profesionales más veteranas a las más jóvenes de manera estructurada, científica y productiva.

Para finalizar, insistir en el hecho de que, junto a todas estas estrategias, es necesario abordar de manera colectiva estas situaciones de gran impacto emocional, a la par que continuar esforzándonos tanto desde el plano político, como desde el plano financiero y organizacional en mejorar las condiciones de trabajo que requieren las instituciones de salud, para conseguir minimizar las situaciones de impacto emocional negativas para las personas trabajadoras de este sector.

Bibliografía

- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el trabajo (2002) “El estrés relacionado con el trabajo”. En: *Facts*, Nº 22. En línea: <https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/22>. F/c: 16/10/2013.
- Barreiro, German (resp.) (2006) “Las enfermedades del trabajo: nuevos riesgos psicosociales y su valoración en el derecho de la protección” Mtas, Estudio financiado al amparo de lo previsto en la Orden TAS/1587/2006, de 17 de marzo (en línea). En línea: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/100517.pdf>. F/c: 29/11/2013.
- Bisquerra, Rafael (2000) *Educación Emocional y Bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Caplan R.D et al (1975). “Job demand and worker health”. En: *NIOSH publication*, Nº 75-160, Washinton Dc: Departament of Health, Education and Welfare.

- Danet, A., March, J.C., y García, I. (2014). “Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital universitario de Andalucía, España”. En: *Cad. Saúde Pública*, 30 (3): 546-558.
- De la Flor, María Luisa (resp.)(2006). “Análisis de la regulación jurídico-laboral de los riesgos psicosociales”, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Gobierno de España. Estudio financiado al amparo de lo previsto en la Orden TAS/1587/2006, de 17 de marzo. En línea: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/100617.pdf>. F/c: 25/11/2013.
- Echeverría, Agustín y Páez, Darío (1989). *Emociones: perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Ekman, Paul y Friesen, Wallace V. (1978). *Facial action coding systems*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.
- Feldman, Lya y Blanco, Gisela (2006). “Las emociones en el ambiente laboral: un nuevo reto para las organizaciones”. En: *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol. 29.
- Figley, Charles R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Gardner, Howard (1993). *Inteligencias múltiples: La teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, Esther, Martínez Isabel y Salanova Marisa (2006). *NTP 720, El trabajo emocional, concepto y prevención*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.
- Goleman, Daniel (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos.
- Hackman, J. Richard, Suttle, J. Lloyd (1977). *Improving life at work*. Santa Mónica-California: Goodyear.
- Hochschild, Arlie Russell (1983). *The Managed Heart. The Commercialization of Human Feeling*. Los Angeles, CA: University of California Press.
- Hoffman, Martin (1992). “La aportación de la empatía a la justicia y al juicio moral”. En: Eisenberg, N. y Strayer, J. (eds.). *La empatía y su desarrollo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales-OSALAN (2012). “Mapa de situación de la prevención de los riesgos psicosociales y propuesta de actuación” (en línea) http://www.osalan.euskadi.net/s94osa9999/es/contenidos/informacion/mapa_psicosociales/es_mapa/adjuntos/mapa_psicosociales.pdf. F/c: 18/11/ 2013.
- Karaseck, R.A. y Theorell, T.G. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Lazarus, R.S y Folkman, S (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- LeDoux, Joseph (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta.
- MacLean, Paul (1990). *The Triune Brain in Evolution*. New York: Plenum Press.
- Martínez Iñigo David, (2001) “Evolución del concepto de trabajo emocional: dimensiones, antecedentes y consecuentes. Una revisión teórica”. En: *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, Vol.17, Nº 2, pp. 131-153.
- Maslach, Christina y Jackson, Susan (1986). *Maslach Burnout Inventory: Manual Research*. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *Trabajemos contra el estrés*. En línea: <http://www.insht.es>. F/c: 17/10/2013.
- Morris, J. Andrew y Feldman, Daniel (1997). “Managing emotions in the workplace”. En: *Journal of Managerial Issues*, Vol. 9, Nº 3, pp. 257-274.
- Ortiz, Alejandra (2001). “El impacto de las emociones en la salud laboral”. En: *Revista Jurídica de LexJuris*, Vol. 4, Nº 2. En línea: <http://www.lexjuris.com>. F/c: 25/12/2013.
- Rizzolatti, Giacomo (1996). “Premotor cortex and the recognition of motor actions”. En: *Cognitive Brain Research*, Nº 3, pp. 131-141.
- Rodríguez, Alma María, Cifre, Eva y Salanova, Marisa (2008). “Cómo mejorar la salud laboral generando experiencias óptimas”. En: *Gestión práctica de prevención de riesgos laborales*, Nº 46.
- Salanova, Marisa y Llorens, Susana (2008). “Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout”. En: *Papeles del psicólogo*, Vol. 29 (1).
- Salanova, Marisa (2008). “Organizaciones saludables y desarrollo de los recursos humanos”, *Revista de Trabajo y Seguridad Social, CEF*, Nº 303.

- (2008a). “Organizaciones saludables: una aproximación desde la psicología positiva”. En: *Psicología Positiva: Bases científicas del bienestar y resiliencia*. Madrid: Alianza.
- Sora, B.; Caballe, A y Peiró, J.M (2014). “La inseguridad laboral y sus consecuencias en un contexto de crisis económica”. En: *Papeles del Psicólogo*, Vol. 35 (1).
- Salovey, Peter y Mayor, John (1990). *Emotional Intelligence*. New Haven: Baywood Publishing.
- Useche, Luciano (2007) “Inteligencia emocional y comportamiento organizacional”. En línea: <http://www.monografias.com/trabajos46/inteligencia-emocional-organizacional/inteligencia-emocional-organizacional.shtml>. F/c: 25/11/2013.

ANEXO

Cuestionario

Número de cuestionario

Estamos haciendo un estudio que trata de conocer el IMPACTO EMOCIONAL al que está sometido el personal sanitario así como sus variables relacionadas. Con este fin, hemos solicitado al azar la participación de unos/as 580 profesionales del ámbito sanitario público y privado que permitan representar diferentes especialidades, funciones, sexos...

Estimamos que la realización del mismo no le llevará más de 10 minutos y de antemano le hacemos saber que se guardará el anonimato de todas aquellas personas que lo completen, por ello, y con el objetivo de que el estudio sea válido y fiable, le rogamos responda sinceramente.

CUESTIONARIO

P.1) A continuación se presentan una serie de ítems relativos, por un lado, a su situación y/o circunstancias laborales, y por otro, a su situación y características personales, a los que pedimos responda afirmativa o negativamente.

SITUACIÓN Y/O CIRCUNSTANCIAS LABORALES

a) En mi trabajo normalmente hago uso del sentido del humor.	SI	NO
b) Tengo facilidad para identificarme, entender y empatizar con mis pacientes y sus familiares.	SI	NO
c) A veces siento que no puedo realizar bien mi trabajo por falta de recursos (personales, técnicos...)	SI	NO
d) Actualmente en mi situación laboral siento que estoy sometido/a a situaciones de estrés que perjudican notablemente mi bienestar (por ej.: falta de tiempo, grandes demandas y exigencias...).	SI	NO
e) Si me está afectando la intervención con un/a paciente a nivel emocional, normalmente tengo posibilidades de evitar la relación (derivándole a otro/a compañero/a...).	SI	NO
f) Como profesional, considero que los recursos disponibles para PREVENIR los efectos nocivos de los/as trabajadores/as del ámbito sanitario en relación al impacto emocional al que estamos sometidos/as son adecuados y suficientes.	SI	NO
g) Como profesional, considero que los recursos disponibles para INTERVENIR Y PALIAR los efectos nocivos de los/as trabajadores/as del ámbito sanitario en relación al impacto emocional al que estamos sometidos/as son adecuados y suficientes.	SI	NO
h) Tengo suficiente conocimiento, control y dominio para afrontar las demandas afectivas/psicológicas de mis pacientes y/o sus familiares.	SI	NO
i) Habitualmente utilizo estrategias que me permiten aislarme del dolor físico y emocional de los/as pacientes.	SI	NO
j) He elegido este trabajo de manera principalmente vocacional, para poder ayudar a los/as demás y no tanto por otros motivos (de prestigio, económicos, horarios, tradición familiar, etc.).	SI	NO

SITUACIÓN Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES

k) Presto atención a mis emociones y me resulta fácil identificarlas.	SI	NO
l) Dispongo de una red psicosocial (pareja, familia, amigos) adecuada y suficiente que me comprende y ayuda en los momentos difíciles.	SI	NO

m) A lo largo de mi vida he sufrido alguna experiencia especialmente difícil, dolorosa o traumática para mí (fallecimiento, divorcio, pérdida de trabajo, abuso, etc.).	SI	NO
n) Soy capaz de controlarme ante situaciones especialmente complicadas (ej., enfado, tristeza intensa, inseguridad, estrés...).	SI	NO
o) En algún momento de mi vida he abusado de sustancias (ej. alcohol, otras drogas).	SI	NO
p) Actualmente en mi situación personal siento que estoy sometida/o a situaciones de estrés (ej. problemas familiares, laborales, etc.) que perjudican notablemente mi bienestar.	SI	NO
q) Normalmente, ocupo mi tiempo libre en actividades que me ayudan a desconectar del trabajo.	SI	NO

P.2) Valore, de acuerdo a la siguiente escala, en la que 1 significa “Nulo” y 5 expresa “Total”, las siguientes cuestiones:

NULO Poco Algo Bastante TOTAL

a) El nivel de gravedad de los casos en los que habitualmente intervengo en mi trabajo (directa o indirectamente).	1	2	3	4	5
b) El grado de relación que mantengo habitualmente con el/la paciente o sus familiares.	1	2	3	4	5
c) El grado de responsabilidad que siento que tengo respecto al bienestar de mis pacientes.	1	2	3	4	5
d) El nivel de riesgo que para mi salud puede suponer no saber gestionar las emociones en el ámbito laboral.	1	2	3	4	5
e) El nivel de preocupación que habitualmente tengo por lo que les ocurre a mis pacientes.	1	2	3	4	5
f) El grado de impacto emocional al que considero, en general, están sometidos/as los/as profesionales del ámbito sanitario en su práctica profesional.	1	2	3	4	5
g) El grado de impacto emocional al que yo, en particular, estoy sometido en mi trabajo.	1	2	3	4	5

P.3) ¿Ha estado Ud. personalmente sometido/a o expuesto/a en su trabajo alguna vez a situaciones de gran impacto emocional?

- Sí.
- No (PASE A LA P.6).

P.4) En caso afirmativo, ¿cómo ha actuado en esa situación? (SELECCIONE CUANTAS RESPUESTAS CONSIDERE OPORTUNO)

- He solicitado una baja temporal.
- Me he aislado de la gente.
- He intentado restarle importancia y continuar cumpliendo con las obligaciones que dicta mi profesión.
- He solicitado ayuda a un profesional cualificado/a.
- Lo he comentado con otros/as compañeros/as.
- He aprendido, con el tiempo, a crear mis propios mecanismos de defensa y evitar que me afecten determinadas situaciones.
- He solicitado un cambio de Departamento.
- He tomado medicación para paliar los efectos del impacto emocional (ansiolíticos, antidepresivos, etc.).
- Otras (Especificar: _____).

P.5) En caso de haber estado personalmente sometido/a o expuesto/a en alguna ocasión a alguna situación de gran impacto emocional en su trabajo, señale, de acuerdo a la siguiente escala, en la que 1 significa “Nunca” y 5 expresa “Siempre”, la frecuencia con la que le han ocurrido las siguientes circunstancias:

NUNCA

SIEMPRE

a) He sufrido síntomas o trastornos del sueño (insomnio, terrores nocturnos, etc).	1	2	3	4	5
b) He sufrido síntomas o trastornos de alimentación (inapetencia, ingesta compulsiva, anorexia...).	1	2	3	4	5
c) He somatizado de alguna manera afecciones emocionales (por ejemplo, transformando un malestar psíquico en problemas musculares, dermatitis, úlceras, dolor estomacal, etc.).	1	2	3	4	5
d) He sentido en algún momento sentimiento de culpa.	1	2	3	4	5
e) He sufrido síntomas / episodios de ansiedad.	1	2	3	4	5
f) He sufrido síntomas depresivos a causa de algún episodio de impacto emocional en el trabajo, por ejemplo, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse y/o tomar decisiones, sentimientos de desesperanza, etc.	1	2	3	4	5
g) He tratado inadecuadamente a algún usuario/a (paciente o familiar).	1	2	3	4	5
h) He necesitado apoyo afectivo.	1	2	3	4	5
i) Mi vida personal (familia, amigos/as, hobbies...) se ha visto perjudicada debido a esa situación.	1	2	3	4	5
j) Mi vida laboral (relación con compañeros/as de trabajo, toma de decisiones, atención a usuarios/as) se ha visto perjudicada como consecuencia de esa situación de impacto.	1	2	3	4	5
k) Otras consecuencias. Especifíquelas por favor:					
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

P.6) Valore el nivel de impacto emocional que tienen para Ud. los siguientes estímulos, de acuerdo a la siguiente escala, en la que 1 implica “Impacto emocional nulo”, y 5 “Gran impacto emocional”.

IMPACTO

GRAN

NULO

IMPACTO

a) El impacto visual de algunas imágenes de cuerpos en estados muy perjudicados.	1	2	3	4	5
b) El sufrimiento físico de los/as pacientes.	1	2	3	4	5
c) El sufrimiento emocional de los/as pacientes.	1	2	3	4	5
d) El sufrimiento de sus familiares.	1	2	3	4	5
e) Que el paciente sea un/a menor.	1	2	3	4	5
f) Otros estímulos. Especifíquelos y valórelos, por favor:					
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

--	--	--	--	--	--

P.7) Para terminar, le proponemos una serie de estrategias y le agradecemos que nos indique, de acuerdo a la siguiente escala, en la que 1 significa “Nada necesario” y 5 “Muy necesario”, en qué medida considera Usted que pudieran resultar favorecedoras y útiles para minimizar los efectos del impacto emocional en su trabajo.

NADA NECESARIO MUY NECESARIO

a) Derivar funciones que requieran notificar a pacientes y/o familiares situaciones complicadas (ej notificar un fallecimiento) a un/a psicólogo/a cualificado/a.	1	2	3	4	5
b) Cursos formativos para que el personal sanitario pueda prevenir los efectos negativos del impacto emocional.	1	2	3	4	5
c) Disponer de un/a psicólogo/a que acompañe durante los momentos difíciles (ej. una intervención complicada) a la familia del paciente.	1	2	3	4	5
d) Posibilidad de derivar un paciente a otro/a profesional en aquellas situaciones puntuales en las que, por determinadas circunstancias, se prevea que el impacto emocional al que se está sometido/a puede perjudicar gravemente el rendimiento profesional y/o bienestar personal.	1	2	3	4	5
e) Pronta accesibilidad a un/a psicólogo/a específico para el personal sanitario.	1	2	3	4	5
f) Otras estrategias. Especifíquelos, por favor:					
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

P.8) Sexo

1. Hombre.
2. Mujer.

P.12) Centro de trabajo

1. Público.
2. Privado.

P.9) Edad
pacientes

1. Menos de 25 años.
2. 25-34 años.
3. 35-44 años.
4. 45 años o más.

P.13) Años de trabajo con

1. Hasta 2 años.
2. Entre 2 y 5 años.
3. Entre 5 y 10 años.
4. Entre 10 y 15 años.
5. Más de 15 años.

P.10) Territorio Histórico

1. Araba.
2. Bizkaia.
3. Gipuzkoa.

P.14) Ámbito de trabajo

1. Ambulancias.
2. Pediatría.
3. Intensivos.
4. Respiratorio.
5. Familia.
6. Psiquiatría.
7. Oncología.
8. Neurología.
9. Neurocirugía.

P.11) Profesión

1. Enfermero/a.
2. Auxiliar de enfermería.
3. Doctor/a.
4. Voluntario/a.

10. Cirugía cardiovascular.
11. Urgencias.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN