



2001, 7(2-3), 247-257

LA ANSIEDAD, LA IRA Y EL ESTRÉS ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: UN ESTUDIO SOBRE SUS RELACIONES Y LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

M.A. Pérez Nieto***, A. Cano Vindel**, J.J. Miguel Tobal**
N. Camuñas***, M.T. Sayalero*** y J.M. Blanco***

*U. Camilo J. Cela, **Facultad de Psicología.UCM, ***Hospital Universitario de Getafe

Resumen: La relación entre las respuestas emocionales negativas y el estrés asistencial es en la actualidad un importante área de investigación (Winefield, 2000). El presente trabajo tiene dos objetivos: 1) explorar la relación entre la ansiedad, la ira y el estrés asistencial; y 2) probar la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para el control de la ansiedad y la ira asociadas al estrés asistencial del personal hospitalario. Los instrumentos de evaluación fueron el MBI (Maslach y Jackson, 1986,1997), el ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994) y el STAXI 2 (Spielberger, 1999). Con una muestra general de 67 trabajadores de hospital se implantó el programa de tratamiento siguiendo un diseño pre-post con grupo control equivalente. Mediante la correlación de Pearson se muestran las relaciones entre el estrés asistencial, la ansiedad y la ira. Mediante una ANOVA bifactorial de medidas repetidas se muestra que el programa y las técnicas de intervención son eficaces.

Palabras Clave: Ansiedad, Ira, Estrés asistencial, Tratamiento cognitivo-conductual

Abstract: Nowadays relationship between negative emotions and burnout is an important research area. The present work has two different aims: 1) Explore the relationship between anxiety, anger and burnout; and 2) test the efficiency of a cognitive-behavioral treatment programme focused on anxiety and anger control related to burnout in hospital personell. The following assessment instruments were used in this study: ISRA (Miguel Tobal & Cano Vindel, 1994), STAXI 2 (Spielberger, 1999) and MBI (Maslach y Jackson, 1986, 1997). Treatment programme was applied to sample of 67 hospital workers, following a pre-post design with control group. Pearson's correlation shaws that there is a relationship between burnout, anxiety and anger. Bifactorial repeated- measures ANOVA shows that the programme and treatment techniques were efectives.

Key words: Anxiety, Anger, Burnout, Cognitive-behavioral treatment

Title: *Anxiety, anger and burnout in a hospital setting: A study about their relationships and the treatment efficacy*

Introducción

El estrés se produce como consecuencia del desequilibrio entre las demandas de la situación (estresores internos o externos) y los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984). Este proceso es perfectamente identificable en el ámbito organizacional y del trabajo, especialmente cuando

se da en personas cuya profesión consiste en ofrecer servicios humanos directos y relevantes para el usuario, denominándose en este caso particular "burnout" (Merín, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1995). Maslach y Jackson (1982) definieron el "burnout" como un síndrome caracterizado por cansancio emocional, por una tendencia a ver a las personas con las que se trabaja como meros objetos (despersonalización), y por una reducción en la realización personal.

* Dirigir la correspondencia a: Dr. M.A. Pérez Nieto, Universidad Camilo José Cela
E-mail: masterans@psi.ucm.es
© Copyright 2001: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

El estrés, como proceso adaptativo, cursa en su desarrollo con distintas emociones (Lazarus, 1999), siendo la ansiedad y la ira respuestas típicas de las tres fases del Síndrome General de Adaptación: la fase de alarma, la fase de resistencia y la fase de agotamiento. Así, una revisión de la literatura científica relacionada con este tema muestra qué alteraciones emocionales, como respuestas inadaptativas de ansiedad e ira, aparecen asociadas significativamente al estrés y al síndrome de burnout en muy distintas áreas laborales (Baba, Jamal y Tourigny, 1998; Brondolo, Masheb, Stores, Stockhammer, Tunick, Melhado, Karlin, Schwartz, Harburg y Contrada, 1998; Le Blanc, Bakker, Peeters, Heesch y Schaufeli, 2001; Maslach y Leiter, 1997; Pérez Nieto, Miguel Tobal, Cano Vindel, Sayalero, Blanco y Cañibano, 1999; Tunipseed, 1998; Winefield, 2000).

En los servicios de salud, el estrés asistencial se ha desarrollado como objeto de estudio dando lugar a una gran variedad de trabajos que abordan desde las variables epidemiológicas hasta la prevención y el tratamiento (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999). En concreto, el área de enfermería ha sido una de las más estudiadas (Butterworth, Carson, Jeacock, White y Clements, 1999; García-Izquierdo, 1991; Gil-Monte y Schaufeli, 1991; Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, 1996; Janssen, Schaufeli y Houkes, 1999; Lloret, González y Peiró, 1995; Martín, Viñas, Pérez, Luque y Soler-Insa, 1997; Maslach y Jackson, 1984; McCarthy, 1985; Van Yperen, 1998).

Así mismo, se han estudiado otros grupos profesionales que realizan sus funciones en el marco de la salud, tales como médicos (Deckard, Meterko y Fied, 1994; González-Romá, Ripol, Caballer, Ferreras, Gil y Peiró, 1998; Handerson, 1984; Valerio, Mecacci, Cipriano, Falabella, Lucarillo y Villani, 1998), psicólogos (Renjilian,

Baum y Landry, 1998), y personal sanitario en general (Price y Spence, 1994; Rose, Boss, Johnson y Grow, 1991). De hecho, médicos y enfermeros ocupan el séptimo y octavo lugar respectivamente en la tabla elaborada por el Instituto de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Manchester en la que se indica el grado de estrés de las distintas profesiones en Europa (Casalnova y Di Martino, 1994). Actualmente, la población sanitaria sigue disfrutando de protagonismo como objeto de estudio, también en nuevas líneas de investigación que relacionan el estrés, la ansiedad y la ira con otros aspectos laborales como los despidos y la recolocación de empleados (Bouthillette, Havlovic y Wal, 2001; Burke y Greenglass, 2001; Greenglass y Burke, 2000).

A pesar de todo ello, y de la conocida relevancia que el estrés tiene sobre la salud (e.g. Kenny, Carlson, McGuigan y Sheppard, 2000), los trabajos centrados en la intervención terapéutica son mucho menos frecuentes. Además, la intervención que más desarrollo ha mostrado en este campo ha sido la centrada en el control de las fuentes de estrés desde un punto de vista organizacional (Cherniss, 1980), aunque también ha habido autores que han enfocado la intervención desde una perspectiva que incluye el uso de estrategias de tipo conductual, fisiológico y cognitivo (Clinton, 1980). En la actualidad, los métodos de los que se dispone para implementar el manejo y control del estrés pueden ser claramente efectivos (McGuigan, 2000), y hay que decir que existen resultados satisfactorios con programas de intervención que utilizan técnicas fundamentalmente terapéuticas y de tipo cognitivo, fisiológico y conductual (Maldonado Islas y Mancera Pérez, 1997; Pérez Nieto, Cano Vindel, Miguel Tobal, Sayalero y Blanco, 2001).

En este contexto, los objetivos que nos marcamos en el presente trabajo son varios. El primero de ellos consiste en explorar la relación que existe entre respuestas emocionales como la ansiedad y la ira y el síndrome de burnout en personal hospitalario. El segundo objetivo que se persigue es el desarrollo de un programa de intervención que permita al personal hospitalario controlar y reducir sus respuestas de ansiedad e ira; para ello, el programa de intervención se basará en una serie de técnicas terapéuticas suficientemente estructuradas que permitan mostrar la eficacia de las mismas.

Método

Muestra

Se seleccionó una muestra del personal laboral del Hospital Universitario de Getafe. La selección se llevó a cabo en coordinación con la Dirección de Enfermería y con el Servicio de Medicina Preventiva de dicho hospital, quienes hicieron llegar la información del tipo y las condiciones de la intervención que se proponía a todas las unidades del hospital. De entre todos los trabajadores que voluntariamente decidieron participar en la intervención se eligieron dos por cada unidad del hospital. Así, se crearon aleatoriamente dos grupos de intervención. El primer grupo quedó formado por 33 sujetos, de los cuáles el 73% eran mujeres. El segundo grupo quedó formado por 34 sujetos, de los que 76% eran mujeres.

Procedimiento

Dos equipos de psicólogos, desarrollaron, de forma independiente, pero bajo la misma supervisión y dirección, un programa de intervención terapéutica centrado en el control del estrés laboral y respuestas emocionales asociadas a este proceso. El programa desarrollado por ambos grupos de

psicólogos tenía un desarrollo y estructura similar, de manera que siguiendo uno de los diseños de evaluación de programas de Taylor y Morris (1978), un grupo servirá de control al otro. Cada equipo de psicólogos lo puso en marcha con su grupo de participantes. Se llevó a cabo en una amplia y equipada sala del hospital en sesiones semanales de hora y media de duración. La implantación del programa duró 14 semanas. Primero se implementó el programa del grupo uno, y finalizado éste, se comenzó con el grupo dos. Tres psicólogos se encargaban en cada grupo de realizar la evaluación y de enseñar y poner en práctica en cada sesión distintas técnicas terapéuticas, solapando unas técnicas con otras de acuerdo al esquema que aparece en la tabla 1.

Instrumentos

I.S.R.A., Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994). Está formado por tres subescalas referidas a los sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y una escala total que proporciona una medida del rasgo o nivel general de ansiedad. Permite también la diferenciación de cuatro factores situacionales: FI- Ansiedad ante situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades; FII – Ansiedad ante situaciones interpersonales y de interacción social; FIII – Ansiedad ante situaciones fóbicas y FIV – Ansiedad ante situaciones habituales de la vida cotidiana.

En cuanto a la fiabilidad y validez, se ha calculado la consistencia interna (Miguel Tobal, Cano Vindel, 1994), mediante el coeficiente “alfa”, los resultados muestran una alta consistencia interna para el total del ISRA y cada una de sus partes, oscilando entre 0,95 y 0,99 y siendo los valores para cada una de ellas: cognitivo=0,96, fisiológico=0,98; motor=0,95 y total=0,99.

En cuanto a la validez discriminante la prueba ha mostrado una alta capacidad de discriminación entre grupos con distintos niveles de ansiedad.

Tabla 1: Estructura, contenido y temporalización del programa de intervención

| Técnicas | SESIONES |
|---|----------|
| Presentación | |
| Evaluación Pre-tratamiento | 1 |
| Sesión Informativa o educativa: dota a los participantes de información sobre el estrés laboral, el burnout, la respuesta emocional, la ansiedad y la ira. | 2 y 3 |
| Técnicas de relajación: entrenamiento en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, en la versión abreviada de Wolpe (1973), unida a un entrenamiento en respiración abdominal. | 4-8 |
| Reestructuración Cognitiva: detección y cambio de las creencias, ideas y pensamientos irracionales, de Beck (1967) y Ellis (1971), que provocan estados emocionales negativos como la ansiedad, la ira o la depresión. | 5-7 |
| Autoinstrucciones (Miechenbaum, 1977): dirigida a implantar ideas y verbalizaciones racionales adecuadas para un afrontamiento adaptativo. | 8 |
| Solución de Problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971): entrenamiento en cinco pasos sistemáticos a dar en la búsqueda eficaz de soluciones. | 9-11 |
| Control de Ira y Asertividad: puesta en práctica de técnicas ya aprendidas para detectar y cambiar respuestas de ira (identificación de ideas asociadas a la ira, autoinstrucciones, respiración abdominal); y evaluación y entrenamiento (role-playing) en la expresión adecuada de sentimientos de desagrado. | 11-13 |
| Evaluación Post-tratamiento | 14 |

S.T.A.X.I 2., State-Trait Anger Expression Inventory 2 (Spielberger, 1999), en su versión española (Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel y Spielberger, 2001).

El STAXI 2 consta de un total de 49 ítems distribuidos en las siguientes escalas: *ira estado*, que consta de tres subescalas, *sentimiento*, *expresión verbal* y *expresión física*; *ira rasgo*, que posee dos subescalas, *temperamento de ira* y *reacción de ira*; *expresión interna de ira*; *expresión externa de ira*; *control interno de ira*; y, *control externo de ira*. También la prueba cuenta con un *índice de expresión de ira*.

La escala de *estado*, refleja sentimientos o acciones del tipo “estoy furioso”, “tengo

ganas de romper cosas”, etc. La escala *rasgo* está compuesta por ítems del tipo “tengo un carácter irritable”, “pierdo los estribos”, etc., a los que el sujeto contesta según una escala de cuatro puntos en función de cómo se siente normalmente. Respecto a las subescalas de rasgo, la escala *temperamento de ira*, refleja la propensión a experimentar y expresar ira sin una provocación específica; y *reacción de ira* mide las diferencias individuales en la disposición para expresar ira cuando se es criticado o tratado injustamente por otros. La escala de *expresión interna de ira*, mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados o suprimidos; la *expresión externa de ira*,

mide la frecuencia con que un individuo expresa ira hacia otras personas u objetos del entorno; *control de ira interna*, mide la frecuencia con que un individuo intenta controlar la expresión de su ira interna; *control de ira externa* que mide el intento de control de la expresión externa. Por último, el *índice de expresión de ira*, proporciona un índice general de la frecuencia con la que es expresada la ira, independientemente de la dirección de la expresión (interna, externa).

En cuanto a los datos sobre su fiabilidad, el rango del coeficiente alfa obtenido en distintas muestras oscila entre el .78 y .89 para la escala de *estado*, y entre .75 y .82 para la escala de *rasgo*. Con respecto a las escalas de expresión de ira y de control de ira se han llevado a cabo distintos estudios con diferentes muestras que han mostrado coeficientes alfa que oscilan desde .64 a .87.

M.B.I., Inventario de Burnout de Maslach (Maslach y Jackson, 1986, 1997). Evalúa el síndrome de estrés laboral asistencial, en profesionales de servicios humanos, a través de tres escalas: *Cansancio emocional*, que se refiere a los sentimientos de agotamiento debido a las relaciones; *Despersonalización*, como respuesta insensible del profesional hacia los usuarios del servicio que presta; y *Autorrealización personal*, que se refiere a los senti-

mientos de competencia y de logro de éxitos en el trabajo (García Izquierdo, 1995).

Sobre las características psicométricas Maslach y Jackson (1986) señalan un coeficiente de fiabilidad de .90 para la escala de *Cansancio emocional*, de .79 para la escala de *Despersonalización*, y de .71 para la escala de *Autorrealización Personal*.

Análisis de datos y Resultados

Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa SPSS 7.5 para Windows, y se han excluido aquellos sujetos que no puntuaron en las escalas que se estén analizando. Para la consecución del primer objetivo (relaciones entre ansiedad, ira y estrés asistencial en el personal hospitalario) se realizó, en la muestra inicial, correspondiente al grupo 1, una correlación de Pearson entre las puntuaciones que estos sujetos obtuvieron en las escalas del MBI y las distintas escalas y subescalas del ISRA y del STAXI 2. Los resultados aparecen en las tablas 2 y 3, y muestran relaciones significativas y positivas entre *Cansancio Emocional* y distintas escalas de ansiedad e ira. La *Despersonalización* parece más relacionada con la ira, tanto con el rasgo como con su expresión y control externos. Por último, la *Realización personal* muestra, como era esperable, correlaciones negativas con la ansiedad y la ira, llegando a ser significativas únicamente en el caso del índice general de expresión de ira.

Tabla 2. Correlaciones entre MBI e ISRA

| | | I S R A | | | | | | | |
|---|------|-----------|-------------|-------|-------|-----|------|-------|-------|
| | | Cognitivo | Fisiológico | Motor | Total | F-I | F-II | F-III | F-IV |
| M | C.E. | .23 | .40* | .33 | .35* | .34 | .28 | .13 | .50** |
| B | D.P. | .35* | .28 | .32 | .34 | .25 | .25 | .27 | .27 |
| I | R.P. | -.12 | -.028 | -.07 | -.07 | .06 | .01 | .04 | -.27 |

Nota; C.E.= Cansancio Emocional; D.P.= Despersonalización; R.P.=Realización Personal; * p<.05; ** p<.01

Tabla 3. Correlaciones entre MBI e STAXI

| | | S T A X I | | | | | | | |
|---|------|-----------|-------|-------|--------------|--------------|-----------------|-----------------|----------|
| | | Rasgo | Temp | Reacc | Ira In-terna | Ira Exter-na | Control Interna | Control Externa | Índ.Expr |
| M | C.E. | .49** | .39** | .30 | .29 | .31 | -.22 | -.32 | .44* |
| B | D.P. | .52** | .50** | .36 | .24 | .44* | -.32 | -.56** | .55** |
| I | R.P. | -.34 | -.34 | -.30 | -.22 | -.31 | -.30 | .37 | -.44* |

Nota; C.E.= Cansancio Emocional; D.P.= Despersonalización; R.P.=Realización Personal; * p<.05; ** p<.01

En relación al objetivo de mostrar la eficacia de las estrategias terapéuticas utilizadas en la intervención se ha llevado a cabo una ANOVA múltiple de dos factores de efectos fijos con medidas repetidas. Las variables independientes han sido el grupo (factor inter-sujeto) y las medidas pre-post del tratamiento (factor intra-sujeto). Las va-

riables dependientes han sido las escalas y subescalas del ISRA y del STAXI 2. Los análisis se han realizado excluyendo los casos que no habían completado alguna de las escalas. Las medias, las desviaciones típicas y el n definitivo utilizado en cada análisis aparecen en las tablas 4 y 5.

Tabla 4. Medias y desviaciones típicas Pre-Post para el ISRA en el Grupo 1y Grupo 2

| | | Evaluación Pre Grupo 1 (n=33) | Evaluación Post Grupo 1 (n=33) | Evaluación Pre Grupo 2 (n=32) | Evaluación Post Grupo 2 (n=32) |
|-------------|----|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Cognitivo | M | 74.35 | 58.77 | 96.82 | 64.82 |
| | Dt | 29.72 | 21.99 | 38.64 | 29.77 |
| Fisiológico | M | 49.64 | 38.09 | 56.38 | 37.01 |
| | Dt | 28.49 | 24.07 | 29.49 | 24.67 |
| Motor | M | 46.93 | 38.16 | 51.97 | 33.95 |
| | Dt | 34.21 | 29.63 | 30.21 | 22.63 |
| Total | M | 172.33 | 136.41 | 206.33 | 133.41 |
| | Dt | 83.78 | 67.77 | 87.78 | 68.77 |
| F-I | M | 87.64 | 72.06 | 99.64 | 67.06 |
| | Dt | 37.31 | 33.76 | 38.42 | 33.57 |
| F-II | M | 18.74 | 14.54 | 21.31 | 12.94 |
| | Dt | 13.45 | 10.68 | 12.32 | 10.74 |
| F-III | M | 34.83 | 26.41 | 46.47 | 26.41 |
| | Dt | 29.45 | 27.32 | 30.37 | 26.75 |
| F-IV | M | 17.00 | 12.41 | 22.9 | 10.72 |
| | Dt | 14.45 | 12.18 | 15.97 | 9.05 |

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas Pre-Post para el STAXI en Grupo 1y Grupo 2

| | | Evaluación Pre | Evaluación Post | EVALUACIÓN PRE | EVALUACIÓN POST |
|-------------------|----|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | | Grupo 1 (n=27) | Grupo 1 (n=27) | GRUPO 2 (N=28) | GRUPO 2 (N=28) |
| Rasgo | M | 23.55 | 20.05 | 24.58 | 20.76 |
| | Dt | 4.79 | 4.15 | 4.87 | 4.2 |
| Temperamento | M | 11.35 | 8.52 | 11.11 | 8.47 |
| | Dt | 3.72 | 2.16 | 3.58 | 2.09 |
| Reacción | M | 13.09 | 12.04 | 13.29 | 12.29 |
| | Dt | 3.31 | 3.16 | 3.38 | 3.23 |
| Expresión Interna | M | 13.52 | 12.11 | 13.47 | 12.05 |
| | Dt | 4.21 | 3.25 | 4.18 | 3.19 |
| Expresión Externa | M | 12.72 | 11.52 | 12.64 | 11.47 |
| | Dt | 3.32 | 2.33 | 3.25 | 2.29 |
| Control Interno | M | 11.35 | 15.87 | 11.47 | 15.94 |
| | Dt | 4.22 | 4.18 | 4.52 | 4.4 |
| Control Externo | M | 13.75 | 15.88 | 13.88 | 16.05 |
| | Dt | 4.81 | 3.76 | 4.96 | 3.84 |
| Índice Expresión | M | 37.21 | 27.82 | 37.29 | 27.58 |
| | Dt | 9.43 | 9.62 | 9.51 | 10.05 |

Los resultados obtenidos con la ANOVA permiten comprobar, en primer lugar, la ausencia de diferencias significativas entre los dos grupos. Esto hecho se da, ya sea tomando las variables dependientes todas en conjunto (F de Traza de Hotelling=1,25; Sig.= .287 en el ISRA y F de Traza de Hotelling=0,50; Sig.=.823 para el STAXI2) o una a una. En segundo lugar, en cuanto al efecto del tratamiento, aparecen diferencias significativas entre las medidas pre y post de todas las escalas del

ISRA y en las escalas del STAXI 2 *Rasgo, Temperamento, Control de la Expresión Interna* y en *Índice de Expresión de Ira*. En tercer lugar, el efecto de la interacción entre el grupo y el tratamiento no se muestra significativo de forma conjunta, aunque sí aparecen diferencias significativas (al 5%) en los contrastes univariados para las escalas *Cognitivo, Total, F-I y F-IV* del ISRA. Todos estos resultados aparecen resumidos en las tablas 6 y 7.

Tabla 6. Pruebas de efectos intra-sujeto (contrastos univariados) en las escalas del ISRA

| | | Cog. | Fisio. | Motor | Total | F-I | F-II | F-III | F-IV |
|-------------|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Tratamiento | F | 46.62 | 27.64 | 18.46 | 44.02 | 49.64 | 22.76 | 30.05 | 25.99 |
| Tratamiento | Sig. | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| x | F | 5.28 | 1.82 | 2.13 | 4.79 | 5.91 | 2.97 | 3.1 | 5.59 |
| grupo | Sig. | .025 | .182 | .149 | .032 | .018 | .090 | .083 | .021 |

Tabla 7. Pruebas de efectos intra-sujeto (contrastes univariados) en las escalas del STAXI 2

| | | Rasgo | Temp. | Reacc. | Expres. Interna | Expres. Externa | Control Interno | Control Externo | Índice Expres. |
|--------------------|------|-------|-------|--------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| Tratam. | F | 11.56 | 13.09 | 1.52 | 2.67 | 1.94 | 10.42 | 3.14 | 13.98 |
| | Sig. | .004 | .003 | .236 | .123 | .184 | .006 | .096 | .002 |
| Tratam. x grupo | F | 0.44 | 0.2 | 0.08 | 0.51 | 1.17 | 0.24 | 0.18 | 0.12 |
| | Sig. | .516 | .658 | .777 | .460 | .295 | .627 | .633 | .731 |

Discusión y conclusiones

Los resultados del estudio permiten apoyar la idea inicial, relacionada con nuestro primer objetivo, de que existe una asociación entre una respuesta emocional negativa de ansiedad e ira y los procesos de estrés asistencial y burnout. Así, en la muestra correspondiente al grupo 1, encontramos que el cansancio emocional, una de las características del estrés asistencial, se asocia directa y significativamente con el nivel general de ansiedad y con la ansiedad ante distintas situaciones cotidianas, así como con la experiencia y expresión de ira. Es destacable también la asociación que se da entre la ira, su falta de control y su expresión con otra de las características del estrés asistencial como es la despersonalización. Estos resultados, avalados por la ausencia de diferencias significativas con las puntuaciones del grupo 2, sirven, en definitiva, para asumir todavía más la idea de que respuestas inadaptativas de ansiedad e ira van a acompañar a la respuesta de estrés, en general (Lazarus, 1999), y al estrés en el ámbito asistencial, en particular; hecho que coincide con los resultados de buena parte de la investigación actual (e.g. Baba et al., 1998; Brondolo et al., 1988; Le Blanc et al., 2001; Maslach y Leiter, 1997; Pérez Nieto et al., 1999; Tunipseed, 1998; Wini-field, 2000).

El estrés aparece en muchas ocasiones como uno de los problemas de salud laboral más costoso (Cooper y Cartwright, 1994; Cooper, Luikkonen y Cartwright, 1996; Cotton y Fisher, 1995; Karasek y Theorell, 1990; Kottage, 1992), ya que sus consecuencias son múltiples, provocando serios problemas físicos y psíquicos a los individuos, y una pérdida importante de recursos para las organizaciones (Kenny, 2000, p. 375). Muchas de estas consecuencias no resultan extrañas si atendemos, en primer lugar, a esa relación entre estrés y emociones negativas, y, en segundo lugar, a la conocida relación entre emociones negativas y salud. Así pues, parece lógico valorar la importancia que una adecuada intervención sobre la respuesta emocional negativa tiene para la salud del individuo y para el mayor aprovechamiento de los recursos por parte de las organizaciones. En este sentido, nuestro segundo objetivo del estudio, que consistió en poner a prueba un programa de intervención que incluye una serie de técnicas cognitivo-conductuales para la reducción y el control de la ansiedad y la ira, es alcanzado satisfactoriamente. Los resultados obtenidos muestran que el efecto de la intervención es muy positivo, reduciendo las puntuaciones que los sujetos presentan en todas las medidas de ansiedad tomadas, y reduciendo también el rasgo y la respuesta general de ira, así co-

mo la expresión de la misma, a la vez que se aumenta la capacidad de control sobre la expresión interna de la ira. Los resultados muestran un efecto significativo del tratamiento sobre la reducción de la respuesta emocional, lo que avala la eficacia de las técnicas más allá del efecto que pueda tener el grupo de tratamiento, o más allá de los psicólogos que lo imparten. Hay que señalar, sin embargo, que la interacción entre el tratamiento y el grupo con el que se recibe dicho tratamiento puede tener efecto en algunas de las medidas de ansiedad.

En cualquier caso, la intervención presentada aquí se muestra altamente relevante en el tratamiento de la ansiedad y en el de la ira, lo que apoya aún más el uso de programas de intervención que incluyen técnicas cognitivas, técnicas fisiológicas y técnicas conductuales en el tratamiento de respuestas emocionales características de distintos tipos de poblaciones. Tanto el tipo de programa de intervención, como los re-

sultados del mismo, coinciden en gran medida con otros trabajos llevados a cabo con poblaciones que sufren problemas de salud en los que las variables emocionales son relevantes (e.g. Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994; Pérez Nieto, Miguel Tobal, Cano Vindel, Fernández Piniella, Avila, Martín y Luque, 1999).

Valorando la relevancia ya comentada de los efectos del estrés y las emociones en la salud de los individuos y en el funcionamiento de las organizaciones, y asumiendo la eficacia de intervenciones como la aquí presentada, confiamos en el desarrollo aún mayor de esta línea de trabajo y en el necesario salto de la investigación a las aplicaciones, hasta lograr que este tipo de intervención se realice de forma habitual en los centros sanitarios, en aras de una mejor formación y un mayor nivel de bienestar de los profesionales que desarrollan su actividad en este ámbito.

Referencias bibliográficas

- Baba, V.; Jamal, M. y Tourigny, L. (1998). Work and mental health: a decade in Canadian research. *Canadian Psychology*, 39, 94-107.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Bouthillette, F., Havlovic, S.J. y van der Wal, R. (2001). Restructuring the health care system in British Columbia: The experience of the shaughnessy hospital employees. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 75-92.
- Brondolo, E.; Masheb, R.; Stores, J.; Stockhammer, T.; Tunick, W.; Melhado, E.; Karlin, W.; Schwartz, J.; Harburg, E.; Contrada, R.J. (1998). Anger-related traits and response to interpersonal conflict among New York City traffic agents. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 2089-2118.
- Burke, R.J. y Greenglass, E.R. (2001). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of perceived hospital and union support. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 93-116.
- Butterworth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E. y Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout and job satisfaction in British nurses: findings from the Clinical Supervision Evaluation Project. *Stress Medicine*, 15, 27-33.
- Casalmueva, B., Di Martino, V. (1994). Por la prevención del estrés en el trabajo. Las estrategias de la OIT. *Salud y Trabajo*, 102, 17-23.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout*. London: Sage
- Clinton, R. (1980). *How to prevent burnout and achieve personal well-being*. Detroit: Human Potential Publications.
- Cooper, C.L. y Cartwright, S. (1994). Healthy mind, healthy organisation. *Human Relations*, 47, 455-471.
- Cooper, C.L., Luikkonen, P. y Cartwright, S. (1996). *Stress prevention in the workplace*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Cotton, P. y Fisher, B. (1995). Current issues and directions for the

- management of workplace psychological health issues. En P. Cotton (Ed.), *Health in the workplace*. Victoria: Australia Psychological Society.
- Deckard, G., Meterko, M. y Fied, D. (1994). Physician burnout: an examination of personal, professional and organizational relationships. *Medical Care*, 32, 745-754.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ellis, A. (1971). *Growth Through Reason*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- García Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7, 3-12.
- García Izquierdo, M. (1995). Evaluación del Burnout: estudio de fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 1, 219-229.
- Gil-Monte, P.R. y Schaufeli, W.B. (1991). Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7, 121-130.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcarcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter socio-demográfico sobre el síndrome del burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6, 43-63.
- González-Roma, V., Ripol, P., Caballer, A., Ferreras, A., Gil, P. y Peiró, J.M. (1998). Comparación de modelos causales sobre la experiencia de burnout: un estudio multimuestra. *Ansiedad y Estrés*, 4, 81-95.
- Greenglass, E.R. y Burke, R.J. (2000). The relationship between hospital restructuring, anger, hostility and psychosomatics in nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10, 155-161.
- Hendersen, G. (1984). Physician burnout. *Hospital Physician*, 20, 8.
- Janssen, P.P.M., Scaufeli, W.B., Houkes, I. (1999). Work-related and individual determinants of three burnout dimensions. *Work and Stress*, 13, 74-86.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, Productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kenny, D.T. (2000). Occupational stress: Reflections on theory and practice. En D.T. Kenny, J.G. Carlson, F.J. McGuigan y J.L. Sheppard (Eds.), *Stress and Health: Research and clinical applications* (pp.375-396). Amsterdam: Arwood Academic Publishers.
- Kenny, D.T., Carlson, J.G., McGuigan, F.J. y Sheppard, J.L. (2000). *Stress and Health: Research and clinical applications*. Amsterdam: Arwood Academic Publishers.
- Kottage, B.E. (1992). Stress in the workplace. *Professional Safety*, 37, 24-26.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company (Traducción española: Ed. Desclée de Brouwer, 2000).
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española: Ed. Martínez Roca, 1986).
- Le Blanc, P.M., Bakker, A.B., Peeters, M.C.W., van Heesch, N.C.A. y Schaufele, W.B. (2001). Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 243-264.
- Llorett, S., González, V. y Peiró, J.M. (1995). El estrés de rol en enfermeras: un modelo causal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48, 393-406.
- Maldonado-Islas, G. y Mancera Pérez, A. (1997). El control del estrés: un programa aplicado a trabajadores del IMSS-Instituto Mexicano de Seguridad Social. *Gaceta Médica Mexicana*, 133, 7-11.
- Martín, M.J., Viñas, J., Pérez, J., Luque, M. y Soler-Insa, P.A. (1997). Burnout en personal de enfermería. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 24, 113-118.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational settings. En S. Oskamp (Ed.), *Applied Social Psychology annual 5*. Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1997). *Inventario de Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.
- Maslach, C. y Leiter, M. (1997). *The Truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- McCarthy, M.E. (1985). Burnout in Psychiatric nursing. *Journal of Advance Nursing*, 10, 305-310.
- McGuigan, F.J. (2000). Why might stress management methods be effective?. En D.T. Kenny, J.G. Carlson, F.F. McGuigan y J.L. Sheppard (Eds.). *Stress and Health: Research and clinical applications* (151-162). Amsterdam: Arwood Academic Publishers.
- Merín, J., Cano Vindel, A. y Miguel Tobal, J.J. (1995). Estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y Estrés*, 1, 113-129.

- Miechenbaum, D. (1977). *Cognitive Behavior Modification*. New York, Plenum Press.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad- ISRA-*. Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Casado, M.I., y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos *Anales de Psicología, 10*, 199-216
- Miguel Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo*. Madrid: TEA
- Moreno-Jiménez, B y Peñacoba, C (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M.A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud* (pp.739-764). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Nieto, M.A., Cano Vindel, A., Miguel Tobal, J.J., Sayalero, M.T. y Blanco, J.M. (2001). Anxiety, anger and burnout: A treatment programme for hospital personnel. *Comunicación presentada en 22nd International Conference STAR (Stress and Anxiety Research Society)*. Palma de Mallorca, 12-14 de Julio.
- Pérez Nieto, M.A.; Miguel Tobal, J.J.; Cano Vindel, A.; Fernández Pinilla, M.C.; Avila, M.; Martín, N. y Luque, M. (1999). Intervención psicológica en hipertensión arterial esencial: un programa para el control y el manejo de la ansiedad y la ira. *Póster presentado en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica de la Salud*. Granada, 24 – 27 de Noviembre
- Pérez Nieto, M.A.; Miguel Tobal, J.J.; Cano Vindel, A.; Sayalero, M.; Blanco, J.M. y Cañibano, A. (1999). Burnout en personal sanitario: un programa de intervención en alteraciones emocionales. *Comunicación presentada en el I Simposium Ibérico do Síndrome de Burnout*. Lisboa, 19-20 de Noviembre.
- Price, L., Spence, H. (1994). Burnout symptoms among drugs and alcohol service employees. Gender differences in the interaction between work and home stressors. *Anxiety, Stress and Coping, 7*, 67-84.
- Renjilian, D.A., Baum, R.E., Landry, S.L. (1998). Psychotherapist burnout: can college students see the signs?. *Journal of College Student Psychotherapy, 13*, 39-48.
- Rosse, J.G., Boss, R.W., Johnson, A.E. y Grow, D.F. (1991). Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. *Group and Organization Studies, 16*, 428-451.
- Spielberger, C.D., (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Taylor, C. y Morris-Lyons, L. (1978). *How to design a program evaluation*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Turnipseed, D.L. (1998). Anxiety and burnout in the care work environment. *Psychological Reports, 82*, 627-642.
- Valerio, P. Mecacci, L. Cipriano, A.S., Falabella, V.R., Lucariello, A., Villani, A. (1998). Síndrome di burnout in operatori sanitori di un policlinico napoletano. *Bolletino di Psicologia Applicata, 25*, 47-51.
- Van Yperen (1998). Informational support, equity and burnout: the moderating effect of self-efficacy. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 71*, 29-33.
- Winefield, A.H. (2000). Stress in academe: Some recent research findings. En D.T. Kenny, J.G. Carlson, F.J. McGuigan y J.L. Sheppard (Eds.), *Stress and Health: Research and clinical applications* (pp. 437-446). Amsterdam: Arwood Academic Publishers.
- Wolpe, J. (1973). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.