

Estrés laboral y síndrome de “burnout”: una revisión

Gregorio Gómez-Jarabo
Sara Olavarrieta Bernardino

INTRODUCCIÓN

Es una condición inherente a la vida diaria de cualquiera de nosotros la emoción expresada como placer, euforia, tristeza, depresión, abatimiento, miedo, ansiedad, enfado, hostilidad, tranquilidad, calma, etc., es decir, estamos ante un conjunto de situaciones que definen la condición emocional, a la vez que caracterizan nuestros rasgos emocionales de comportamiento. Es más, contribuyen de una manera concreta a la riqueza de nuestras experiencias y confieren o cargan de pasión y carácter nuestro comportamiento.

Manifestamos la condición emocional a través de dos componentes fundamentales. El primero es la sensación física, el *feedback* de nuestra actividad autónoma, particularmente la cardiovascular y la respiratoria; y el segundo es el estado cognitivo, el sentimiento consciente de qué es lo que nos está pasando. Naturalmente podemos conceptualizar como emoción el estado corporal y como sentimiento el estado mental.

Ante este planteamiento, lo que no podemos independizar es la estructura cerebral subyacente aunque sí podemos diferenciar los circuitos nerviosos que se ocupan del estado emocional y del sentimiento consciente. En este sentido diremos que el sentimiento consciente está utilizando la corteza cerebral, especialmente el córtex frontal y la corteza cingular, y en el estado corporal son particularmente las estructuras subcorticales amígdala, hipotálamo y tronco cerebral las responsables de las respuestas periféricas del sistema nervioso autónomo (SNA), las endocrinas y del sistema motor.

Por ejemplo, cuando estamos asustados, por un lado sentimos miedo y, por otro, se acelera el corazón y la respiración, se seca la boca, los músculos se tensan y nos sudan las palmas de las manos. El tema aunque parece sencillo y bien delimitado, presenta una tremenda complejidad y en su análisis hemos de considerar cuatro aspectos:

1. De qué forma adquiere algo (un estímulo, una situación, una condición) un significado emocional, y qué papel desempeña en este significado las estructuras corticales y subcorticales, lo que también podemos expresar como el papel que desempeñan los procesos conscientes y los inconscientes.
2. Una vez que algo cobra importancia emocional cómo se desencadenan las respuestas autónoma y músculo-esquelética, lo que hemos denominado estado corporal.
3. Circuitos cerebrales de los sentimientos, lo que hemos denominado estado mental.
- 4.Cuál es la interacción entre el estado sensitivo y el estado mental, y cómo se retroalimentan respectivamente.

El estado corporal nos prepara para la acción y caracteriza la comunicación no verbal de estado mental a estos procesos.

El estado corporal tiene una doble función, de preparación y de comunicación. La función preparatoria implica la excitación general que dispone al organismo en su conjunto para la acción; y una excitación específica, que prepara al organismo para una conducta consciente. Por ejemplo, la excitación sexual implica un aumento de la actividad cardíaca y prepara al organismo para la actividad física, sería la excitación general y que, a su vez, entraña cambios como la intumescencia, que son específicos de la conducta sexual.

En estas condiciones es fácil deducir que los niveles, particularmente del estado mental, pueden desvirtuar la regulación cognitiva de nuestra conducta, para inducir de una manera directa una condición psicopatológica más o menos intensa, más o menos duradera, que es el estrés.

ANTECEDENTES

En los últimos tiempos, el estudio de la salud en el trabajo ha suscitado un creciente interés analizándose el potencial efecto de la práctica y las condiciones laborales sobre la salud de los trabajadores.

Contamos en nuestros puestos de trabajo cada vez con más tecnología, más instrumentos que sustituyen la mano de obra, mayor afluencia y más información, y sin embargo, estamos limitados por nuestras condiciones y por el tiempo. El progreso nos enfrenta a nuestras limitaciones. Una de las consecuencias más directas y conocidas de esto es el estrés, que puede ser definido como las reacciones emocionales y fisiológicas a los estresores. Un estresor es una demanda, situación o circunstancia que desestabiliza el equilibrio de una persona e inicia una respuesta de estrés con un incremento de la activación autonómica y neuroendocrina.

En este artículo se revisarán las últimas investigaciones relacionadas con el estrés laboral, sus mediadores, destacando la satisfacción en el puesto de trabajo, y sus consecuen-

cias. Entre éstas vamos a centrarnos en el síndrome de “burnout”, sobre todo enfocado a las profesiones sanitarias y a las personas que trabajan con enfermos de salud mental. El estudio del estrés se ha basado fundamentalmente en tres tipos de modelos. Aquéllos que han puesto el énfasis en los estresores o estímulos que provocan la respuesta de estrés; dentro de éstos encontraríamos el enfoque de los sucesos vitales estresantes. En segundo lugar, los modelos que estudian la respuesta de estrés una vez que se ha puesto en marcha. Por último, los modelos que han puesto más énfasis en la persona como mediador de proceso, es decir, la importancia la percepción, vulnerabilidad, personalidad, modos de afrontamiento de la persona que se enfrenta a una situación estresante (Lazarus, 1984).

Una nueva concepción para entender mejor la relación del estrés y la salud, es la de alostasis y carga alostática. La alostasis que se define como el mantenimiento de la estabilidad (homeostasis) a través del cambio y carga alostática, a su vez es tanto el desgaste y deterioro que sufre el organismo debido a repetidos ciclos de alostasis, como la ineficacia para la regulación de estas repuestas (Sterling y cols., 1988). La “carga alostática” es el precio que pagaría el organismo al estar forzado a adaptarse a los distintos estresores y refleja en parte una ineficiencia, genética o evolutivamente programada, en el manejo de los retos de la vida cotidiana en relación con el ciclo sueño-vigilia y otras experiencias diarias.

Algunos autores definen el estrés laboral u ocupacional como los problemas relacionados del estudio de este complejo fenómeno y su impacto en la salud del trabajador y en su calidad de vida (Casanova-Sotolongo, P y cols., 2003)

MODELO CONCEPTUAL

Probablemente el modelo más utilizado en la investigación social sobre estrés es el de Lazarus y cols. (1984), que tiene en cuenta los aspectos generales que cualquier definición de estrés debería considerar, es decir, cómo las percepciones propias de las circunstancias de los trabajadores juegan un papel principal a la hora de explicar su experiencia emocional. Hay otros enfoques que definen el estrés desde una perspectiva más organizacional o biopsicosocial.

Es importante que la investigación sobre estrés laboral esté basada en un modelo teórico. El desarrollado por Carson y Kuipers (1998) propone tres niveles del proceso de estrés. En primer lugar, estaría los estresores externos. Estos incluyen los estresores específicos del trabajo, las “molestias” y “satisfacciones” de cada día asociadas con sucesos vitales relevantes.

En el segundo nivel del proceso de estrés están los moderadores que incluyen un amplio rango de protectores personales, que en caso de contar con ellos se reduce el impacto del estrés. Son unos niveles altos de autoestima, buenas redes de apoyo social, factores de personalidad protectores de la salud, buenas estrategias de afrontamiento, experiencia y control personal, estabilidad emocional y buenos mecanismos de liberación fisiológica.

En último nivel del modelo son las consecuencias del estrés que incluyen resultados positivos como salud psicológica y alta satisfacción laboral, y negativas como trastornos psicológicos, “burnout” y baja satisfacción laboral.

El estrés laboral parece haberse convertido en uno de los problemas más penetrantes de los últimos años. Se atribuye a una mayor demanda a los trabajadores por factores tales como la reorganización del trabajo y los recortes financieros, inseguridad laboral, y la dificultad para reconciliar las demandas laborales y familiares.

En cuanto a la salud de los trabajadores, la OMS (1948) dio una amplia definición de salud como: “... *completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente una ausencia de enfermedad*”. De acuerdo con Diener (1984), el bienestar se refiere a una experiencia subjetiva positiva de la vida de la persona y está íntimamente ligada a la felicidad, satisfacción, moral y afecto positivo. No obstante, esta amplia definición de la salud laboral no refleja necesariamente su medida y uso en investigación empírica. Hay tres tipos de medidas utilizadas sobre salud y bienestar de los trabajadores en la investigación sobre estrés laboral: medidas de salud mental, medidas de salud física y medidas que incluyen ambas.

La salud mental es medida específicamente usando pruebas de salud mental general (ej., GHQ, Goldberg, 1972), ansiedad, depresión, agotamiento emocional y autoestima. La salud física se mide normalmente con listas de síntomas psicósomáticos, dolor músculo-esquelético y síntomas cardiovasculares.

Con respecto a la satisfacción laboral, es difícil dar una definición amplia y concluyente debido al amplio rango de definiciones de este constructo en la literatura científica. Algunos teóricos lo ven como las actitudes y reacciones emocionales que tiene un individuo hacia su trabajo, manifestadas por la comparación entre sus resultados deseados o anticipados y los reales. Otros lo han visto como un constructo de dos dimensiones que consiste en la dimensión “satisfacción-falta de satisfacción” y la dimensión “insatisfacción-falta de insatisfacción”; o como las dimensiones “satisfacción intrínseca” y “satisfacción extrínseca”. Más recientemente, la discusión se ha centrado en si la satisfacción laboral es un concepto global o compuesto de facetas con varios aspectos del trabajo. De acuerdo con un estudio reciente (Sousa-Poza y Sousa-Poza, 2000), los determinantes más probables de la satisfacción laboral son si el trabajador (1) encuentra el trabajo interesante; (2) tiene buena relación con los superiores; (3) tiene ingresos altos (más importante para hombres que para mujeres); (4) puede trabajar independientemente; (5) tiene buenas oportunidades de ascenso y (6) buenas relaciones con los colegas.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A pesar de la gran cantidad de investigación sobre estos modelos, hasta hace poco ningún estudio los ha probado en una población de trabajadores. En un trabajo con empleados de la industria metalúrgica se vio que una alta tensión laboral y un desequilibrio entre esfuerzo y recompensa incrementaba la mortalidad por problemas

cardiovasculares. Más específicamente, después de ajustar edad y sexo, los trabajadores con una alta tensión laboral (altas demandas laborales, bajo control del trabajo) tenían 2.2 veces más posibilidad de fallecer como consecuencia de una enfermedad cardíaca que aquellos con una tensión laboral baja, mientras que aquellos para los que el trabajo implicaba altas demandas junto con bajo salario, carencia de aprobación social y pocas oportunidades de carrera el riesgo era 2.4 veces mayor que aquellos trabajos con bajo estrés (Kivimäki y cols., 2002).

Junto con este riesgo de mortalidad, el estudio demuestra que el estrés laboral conduce a problemas de salud que pueden ser precursores de enfermedades cardíacas. Por ejemplo, después de cinco años, el nivel de colesterol de los trabajadores con alta tensión laboral habían incrementado. Tras diez años, aumentaba el riesgo de padecer sobrepeso (Kivimäki y cols., 2002).

La investigación sobre este tema muestra, sin embargo, que las causas son más complejas. La literatura identifica dos vías diferentes por las que los trabajadores son víctimas del estrés. Una es a través de la combinación de altas demandas del trabajo y el bajo control sobre el mismo. Otra, y más reciente modelo de estrés, considera la relación entre el esfuerzo en el trabajo (ritmo de trabajo y carga mental y física) y las recompensas recibidas (dinero, aprobación social, seguridad laboral y oportunidades de carrera). Algunos estudios han demostrado que un desajuste entre esfuerzo y recompensas recibidas se asocia a enfermedades coronarias, o precursores de las mismas, como la hipertensión.

Cass y cols., (2003) realizaron una investigación que denominaron “Salud y Empleo: un estudio de revisión y meta-análisis” (Health and Employment: A Review and Meta-Analysis, HERMES), en el que se hizo un meta-análisis de 500 estudios de la relación entre las características del lugar de trabajo y la salud. Los estudios incluidos fueron llevados a cabo en varios puestos de trabajo en una amplio rango de fábricas y países. Se encontraron relaciones de bajas a moderadas entre varias medidas de salud de los trabajadores y satisfacción laboral, control laboral, seguridad en el trabajo, apoyo del supervisor y las horas de trabajo. De las características estudiadas, la satisfacción laboral alcanzó la correlación media mayor con las condiciones de salud. Esto pone de manifiesto que la satisfacción laboral es una variable importante a considerar en el campo de la salud laboral.

Es difícil determinar los antecedentes de la satisfacción laboral. El debate más importante en esta área se refiere a si las diferencias en ésta puede ser atribuidas a variables personales o situacionales. Algunos investigadores mantienen que la viene dada por variables personales tales como procesos cognitivos, características de personalidad o incluso características biológicas. Otros argumentan que factores situacionales tales como variedad de la tarea y la autonomía son responsables principales. Existe evidencia que apoya ambos enfoques, sin embargo, parece que cuando se miden juntas, las variables situacionales tienen más peso en la varianza que las variables personales. Esto ha conducido a una tercera línea de investigación en la que se analiza el efecto de la interacción tanto en variables situacionales y personales sobre la satisfacción laboral, y el papel de moderadores en estas relaciones.

La presencia de estresores en el puesto de trabajo no resulta automáticamente en consecuencias negativas para la salud y la mayoría de los modelos consideran la influencia de variables moderadoras entre la satisfacción laboral y la salud de los trabajadores. Las características organizacionales e individuales examinadas como moderadores de la relación entre las características del trabajo y la salud varían de estudio en estudio. Por ejemplo, hay una creciente evidencia de que la experiencia y reacciones de estrés difieren entre profesiones y empresas. Otro moderador importante es el nivel de veteranía de una persona dentro de una empresa. En un reciente estudio de meta-análisis (Robie y cols, 1998) se puso de relieve que es probable que la satisfacción laboral aumente a medida que lo hace la veteranía. Otros moderadores son edad, patrón de conducta Tipo A, locus de control, género, origen étnico, cultura, afrontamiento y nivel educativo. Estos moderadores son muy importantes y cualquier estudio sobre estrés los debe tener en cuenta.

Existe mucha literatura que ilustra sobre las diferencias de género en los procesos de estrés en general y de satisfacción laboral en particular. Se ha visto que las mujeres vivencian diferentes niveles de estrés que los hombres y que les afectan diferentes fuentes de estrés. También parece que utilizan diferentes mecanismos de afrontamiento en el lugar de trabajo y responden de manera diferente al estrés.

Además de ser estudiado como una variable influida por diferencias de personalidad y variables situacionales, la satisfacción laboral ha sido estudiada como un potencial antecedente de la salud del trabajador y de otras consecuencias en el trabajo como el absentismo, satisfacción en la vida, ejecución, volumen de facturación y conducta poco productiva. Aunque hay considerable número de investigaciones con muestras significativas que establecen una fuerte relación entre la satisfacción laboral y otras características del trabajo y la salud, las relaciones causales entre estas variables son mucho más difíciles de determinar. La evidencia de estudios longitudinales generalmente sugiere que una buena satisfacción laboral conduce a un mayor bienestar.

El estrés repetido, muy frecuente en el medio laboral, está asociado con ansiedad crónica, enfermedades psicosomáticas y numerosos problemas emocionales. El “burnout” es un aspecto del estrés crónico que puede impedir el trabajo de manera notable.

“BURNOUT”, UNA SECUELA ESPECÍFICA

El término “burnout” fue originalmente utilizado para describir el agotamiento emocional de los trabajadores de servicios públicos (Freudenberger, 1974). Maslach, Jackson y Leiter (1996) fueron de los primeros investigadores en explorar este concepto.

En un trabajo anterior, Maslach (1986) identificó la tensión de tratar con clientes cara a cara como el más importante antecedente del “burnout”. La dimensión clave del síndrome de “burnout” es un incremento en los sentimientos de agotamiento emocional donde los trabajadores se sienten que no son capaces de dar más de sí a nivel psicológico. Una segunda dimensión es la despersonalización, lo que significa que los trabajadores responden al estrés constante desarrollando actitudes y sen-

timientos negativos y cínicos sobre sus clientes. La tercera dimensión es una reducción en la realización personal, lo que significa que el trabajador ve su trabajo negativamente y se siente insatisfecho con sus logros laborales. Se ha visto que los factores personales, interpersonales y organizacionales están relacionados con el estrés y el “burnout”. Por ejemplo, el “burnout” parece ser menos prevalente entre personas mayores y en personas casadas. Por el contrario, el perfeccionismo incrementa la vulnerabilidad.

En un resumen de los estudios empíricos de Schaufeli y Enzmann (1998) “Burnout Companion to Study and Practice -A Critical Analysis”, se cuestionan varios aspectos del “burnout” que han sido estudiados:

- ¿Son los profesionales idealistas más propensos al “burnout” que otros? Resultados inconsistentes.
- ¿El apoyo social amortigua contra el estrés? Resultados equívocos.
- ¿La sobrecarga de trabajo y la presión del tiempo disminuye los sentimientos de realización personal? Aparentemente no relacionados.
- ¿Está el “burnout” relacionado con el contacto emocional con clientes? Desmentido.
- ¿Incrementa el “burnout” el abuso de drogas? Relaciones muy débiles con el componente principal del “burnout”.
- ¿Tiende el “burnout” a desbordarse a la vida privada? No hay evidencia concluyente.
- ¿Provoca el “burnout” absentismo, y ejecución pobre? En el mejor de los casos efectos pequeños, cuando se utilizan medidas de autoinforme. En el peor, resultados inconsistentes y decepcionantes.

A nivel teórico hay dos escuelas principales. Aquella que concibe el “burnout” como un fenómeno principalmente intrapsíquico, que sólo necesita un estímulo externo, o ni siquiera eso, para desarrollarse. En esta línea, Schmidbauer (1977) cuyo libro “Die hilflosen Helfer” (Asistentes Indefensos) que tuvo mucha influencia en Alemania, esbozó un retrato del llamado “síndrome del asistente” que comparte muchos rasgos con la concepción de Freudenberg (1974) de la persona propensa al “burnout”. Por otro lado, la mayoría de los investigadores se centran hoy más o menos exclusivamente en experiencias externas desatendiendo las disposiciones personales. En volumen reciente, Maslach y Leiter (1997), pusieron más peso en la organización: las causas, y las soluciones, deben encontrarse principalmente en la organización, no en el sujeto.

Las enfermedades relacionadas con el estrés, tales como el “burnout”, están recibiendo mayor atención entre las profesiones sanitarias. Las consecuencias negativas del estrés plantean un problema serio, no sólo por el bienestar de los médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc., sino también por la calidad del cuidado a los pacientes. El estrés inducido por los contactos cargados de emoción con los pacientes es a menudo considerado una causa de “burnout”. En el modelo de Karasek (1974), el apoyo social se enfatiza como un factor moderador entre la alta carga laboral, el bajo control sobre el trabajo y el estrés. En el trabajo de Ramírez y cols (1996), la sobrecar-

ga y la carencia de recursos adecuados se descubrieron como estresores importantes para los especialistas médicos.

La medicina es una profesión intrínsecamente estresante con muchas horas de trabajo, problemas del proceso clínico, dilemas éticos, dificultades de los pacientes y demandas conflictivas. Los cambios recientes en la sociedad pueden ser relevantes para la creciente incidencia de enfermedades relacionadas con el estrés entre los médicos especialistas. Los pacientes han evolucionado de ser totalmente dependientes a formar parte en la toma de decisiones médicas. Están mejor informados, son más críticos y están mejor protegidos por la ley.

Por otro lado, en los últimos años el equilibrio entre trabajo y familia ha sido susceptible de cambio. La vida familiar demanda crecientemente tiempo y dedicación de ambos miembros de la pareja. Estos cambios pueden influir en la experiencia del trabajo de los médicos.

Ramírez y cols. (1996) encontraron que la satisfacción laboral entre especialistas médicos británicos protegía contra los efectos físicos y psicológicos del estrés a largo plazo. Entonces, para diseñar métodos de intervención efectivos, es necesaria la investigación tanto en estrés como en satisfacción.

Visser y cols. (2003) corroboraron en un estudio con 2.400 especialistas médicos alemanes el efecto protector de la satisfacción laboral contra las consecuencias negativas del estrés laboral y la importancia de los factores organizacionales más que los personales en el manejo tanto del estrés laboral como de la satisfacción en el trabajo. En cuanto al “burnout”, cuando el estrés era alto y la satisfacción baja, el riesgo de agotamiento emocional incrementaba considerablemente. Este efecto protector de la satisfacción laboral sobre la relación entre el estrés laboral y el agotamiento emocional se encontró también en los médicos británicos. Lo que es más sorprendente, las características del trabajo tampoco contribuían mucho en el estrés y la satisfacción; se entendían mejor por su percepción de las condiciones de trabajo. Las consecuencias negativas por la presión del tiempo fueron factores muy importantes. Tanto la cantidad en la que el trabajo invade la vida privada como en la que la sobrecarga le hace a uno sentirse incapaz de trabajar con respecto a sus propios estándares, contribuía a la percepción de cómo era de estresante el trabajo.

Los cambios en la sociedad también afectaban al estrés laboral. La restricción de la autonomía personal, la inseguridad laboral debida a fusiones o el miedo a demandas judiciales también se mencionaban. En las últimas décadas es obvio que los pacientes han aumentado sus expectativas, coincidiendo con menos recursos, hospitalizaciones más cortas y menos tolerancia a resultados pobres. Estos factores probablemente hacen sentirse a los médicos estresados, presionados por el tiempo. En el estudio de Bergman y cols. (2003), el 68% de las mujeres y el 73% de los hombres no estaban satisfechos con la cantidad del tiempo que pasaban en el trabajo remunerado. No sólo sentían que trabajaban demasiadas horas, 82% de las mujeres y 72% de los hombres tenían problemas en desconectar después del trabajo o encontrar tiempo o energía para realizar otros intereses. Los médicos de ambos sexos que decían tener la menor satisfacción con la cantidad de tiempo que

pasaban trabajando informaban de síntomas físicos, salud mental y cargas de trabajo significativamente peores que sus colegas que estaban satisfechos con las horas de trabajo.

Por otro lado, la satisfacción de los trabajadores dependía de sentirse bien dirigidos y con recursos. Si los especialistas no se sentían apoyados por sus colegas y por la organización, los niveles de satisfacción disminuían. La promoción del crecimiento personal y la seguridad económica y de empleo influía positivamente en los niveles de satisfacción.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Los resultados de Visser y cols. (2003) no apoyaban la suposición general de que el estrés entre los profesionales de la salud es inducido por el contacto cargado de emoción con los pacientes. Aunque éste fue el estresor más encontrado, no contribuía sustancialmente al estrés y la satisfacción general.

Los estresores de la práctica médica pueden influir en médicos hombres y mujeres de manera diferente como mujeres trabajadoras, en general, teniendo más quejas físicas, y más dificultad en desconectar después del trabajo que sus compañeros hombres. Se encontraron tendencias similares en un estudio de médicos noruegos, que informaba de una mayor frecuencia de quejas somáticas entre las médicas que entre los médicos. Sin embargo, no está claro qué factores están asociados con el aumento de quejas somáticas entre los médicos de cada género.

El apoyo social de colegas, familia y amigos, se sabe que reduce el estrés actuando como amortiguador entre las demandas del trabajo y los recursos personales percibidos. Otros investigadores han demostrado que el apoyo social en el trabajo tiene impacto sobre los síntomas músculo-esqueléticos relacionados con el trabajo con alto estrés psicológico y poca capacidad de toma de decisiones.

En conjunto, las mujeres médicas decían tener más apoyo social que los hombres. Sin embargo, dentro del análisis de género para la satisfacción con el tiempo pasado en el trabajo remunerado se reveló que hombres y mujeres menos satisfechos decían tener diferentes fuentes de déficits en apoyo. Las mujeres menos satisfechas decían tener menos apoyo de sus colegas cuando estaban estresadas mientras que los hombres menos satisfechos encontraban menos apoyo en sus familias o amigos. Es posible que estas expectativas de apoyo puedan variar con la disponibilidad de apoyo posible. En este estudio, el 90% de los hombres estaban casados en comparación con el 70% de las mujeres, y los que decían tener déficits en apoyo por la familia o amigos eran los que estaban menos satisfechos con el tiempo pasado en el trabajo remunerado. Los déficits en apoyo por parte de los colegas fueron encontrados en las mujeres que estaban menos satisfechas con el tiempo pasado en el trabajo. La satisfacción con el trabajo remunerado no variaba en función de trabajar a tiempo completo o a tiempo parcial en mujeres (todos los hombres trabajaban a tiempo completo). El equilibrio entre las responsabilidades domésticas y profesionales es especialmente

gravoso cuando este puede demandar un exceso de capacidad personal con menos recursos amortiguadores.

Por otro lado, el trabajo de las enfermeras es generalmente estresante y las consecuencias negativas a la hora de llevar a cabo sus actividades diarias no se conocen completamente. En las dos últimas décadas, ha crecido la preocupación con respecto al estrés y al “burnout” en la enfermería. Las demandas constantes de las enfermeras de interacción humana y el frecuente contacto interpersonal puede poner a las enfermeras bajo estrés. El estrés ha sido identificado como una de las mayores razones por las que las enfermeras no tienen un nivel de efectividad óptimo.

También los trabajadores sociales han sido identificados como susceptibles de sufrir estrés y “burnout” (Lloyd y cols. 2002). El trabajo social está basado enormemente en el cliente, estando los trabajadores implicados en complejas situaciones sociales. Por ello pueden vivenciar muchos conflictos que son comunes en el trabajo con otras personas. Además, en la última década se ha visto una transformación en la naturaleza y práctica del trabajo social, como resultado de cambios políticos, administrativos y sociales. Varios autores han comentado que mucho de lo que se sabe sobre estrés y “burnout” entre los trabajadores sociales es anecdótico y que hay una carencia de investigación sistemática. Dillon (1990) sugirió que los trabajadores sociales a menudo tienen poco control sobre las personas a las que ven, la naturaleza y longitud de los contactos con los clientes, la cantidad de funciones de experto que se pide que lleven a cabo, y el valor puesto por otros trabajadores en su trabajo. Se ha sugerido que hay confusión sobre los roles y tareas dentro del mismo trabajo social y cómo se demuestra su efectividad.

En general, los profesionales de la salud mental están sujetos a estresores organizacionales similares a los de otros trabajadores. Además, hacen frente a una tensión emocional adicional por la naturaleza de sus profesiones en las que se enfrentan a personas con problemas a lo largo de períodos prolongados de tiempo. El estrés y el “burnout” son claramente problemas para los trabajadores de la salud mental, y la evidencia indica que no sólo afecta al nivel de ejecución y al éxito de las intervenciones con sus pacientes sino también a su satisfacción laboral y finalmente a su propia salud.

Moore y Cooper (1996) presentaron una revisión teórica de este tema. Cuando se miraba a miembros específicos del equipo de salud mental, se informaban una serie específica de estresores. Una revisión reciente de los profesionales de la salud mental (Carson y Fagin, 1996) presentó evidencia con respecto a estrés en terapeutas ocupacionales, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos clínicos, enfermeras de salud mental, gestor de casos y equipos psiquiátricos comunitarios.

Es más común en la práctica psiquiátrica que los profesionales trabajen juntos de manera multidisciplinar, y hay muchos factores comunes entre las disciplinas de la salud mental que conducen al estrés crónico y al “burnout”.

Edwards y cols (2002), resumieron en varios cuadros los últimos artículos en los que se consideraban estresores, moderadores y consecuencias del estrés en el Reino Unido, EEUU, Canadá y en otros países de Europa.

AUTOR (AÑO) País	N, TASA DE RESPUESTA, LUGAR	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	HALLAZGOS PRINCIPALES
Prosser y cols (1997) UK	n=121, 76%, Comunidad, hospital	Fuentes de estrés	Aumento de la carga de trabajo. Más trámites administrativos
Prosser y cols (1996) UK	n=121, 76%, Comunidad, hospital	Comparaciones entre el personal comunitario y del hospital en los niveles de burnout, satisfacción laboral y distrés psicológico.	Los trabajadores comunitarios vivenciaban mayores niveles de burnout y distrés psicológico pero no había diferencias en los niveles de satisfacción.
Harper y Minghella (1997) UK	n=55, 83%, Comunidad	Fuentes de estrés	Estructuras de trabajo Carencia de recursos Problemas de gestión
		Factores asociados con la satisfacción laboral	Ver la mejora del paciente Ver la mejora del servicio Trabajar con grupos
Onyett y cols (1997) UK	n=455, 51%, Comunidad	Fuentes de estrés	Carencia de recursos Problemas de gerencia Más trámites administrativos
		Factores asociados con el burnout	La cantidad de pacientes, la composición y la frecuencia con la que eran vistos los usuarios del servicio no estaba asociada con el burnout. Ver la mejora del paciente
		Factores asociados con la satisfacción laboral	Trabajar en equipos
Reid y cols (1999a) UK	n=30, muestra de conveniencia, Comunidad, Hospital	Fuentes de estrés	Aumento de la carga de trabajo Actuar como trabajador crucial para los pacientes Manejar las crisis solo
		Factores asociados con la satisfacción laboral	Trabajar con pacientes Contacto con los colegas
Prosser y cols (1999) UK	n=120 (fase 1), 75%, n=100 (fase 2), 60% n=94 (fase 3), 62% Comunidad, Hospital	Niveles de burnout, satisfacción laboral y distrés psicológico	Trabajadores comunitarios Reducción del distrés psicológico Reducción de EE, DP Incremento de la satisfacción laboral
Reid y cols (1999b) UK	n=30, muestra de conveniencia, Comunidad, Hospital	Estrategias de afrontamiento	Hablar con los colegas Tiempo de gestión Gestión de la carga laboral Supervisión clínica

AUTOR (AÑO) PAÍS	N, TASA DE RESPUESTA, LUGAR	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	HALLAZGOS PRINCIPALES
Wykes y cols (1997) UK	n=61, No establecido, Comunidad	Estrés y burnout	Altos niveles de burnout vivenciados como resultado de trabajo basado en estresores
Oliver y Kuipers (1996) UK	n=10, ensayo de control randomizado, Comunidad	Niveles de emoción expresada, distrés psicológico, burnout y satisfacción laboral	El personal mostraba una amplia variedad de respuesta de emoción expresada y puntuaba alto en medidas de estrés, burnout y tenían niveles altos de satisfacción laboral.
Parkes y von Rabenau (1993) UK	n=145, 90%, Comunidad, Hospital	Emoción negativa, exigencia laboral, discreción laboral y apoyo social	Los trabajos clasificados como de alta tensión se demostraba que provocaban consecuencias psicológicas adversas, mientras que los trabajos activos conducen a un afrontamiento correcto, satisfacción, y al desarrollo de maestría y competencia.
Thornton (1992) EEUU	n=234, 78%, Hospital	Estrategias de afrontamiento	Solución de problemas planeada
Chemiss y Egnatios (1978a) EEUU	n=164, 94%, 22 agencias comunitarias	Factores que afectan al burnout Factores que afectan a la satisfacción laboral Factores que afectan al burnout	Trabajar con pacientes hospitalizados Sentimiento de realización personal. Confianza en la competencia para realizar el trabajo Rendimiento de la plantilla Calidad organizacional (pobre comunicación y falta de organización)
Folkins y cols (1977) EEUU	n=114, 99%, Comunidad	Impacto en los cambios físicos del ambiente en la satisfacción de la plantilla después de la descentralización	El traslado a nuevos entornos mejoraba la satisfacción con las condiciones laborales.
Pines y Maslach (1978) EEUU	n=76, no establecido, 6 centros de salud mental	Factores que afectan a la satisfacción laboral, burnout	Tener un alto porcentaje de que personas que sufren esquizofrenia en la población
Jerrell (1983) EEUU	n=471, no establecido, agencias de salud mental	Factores asociados con un incremento en la satisfacción laboral	Trabajar en unidades con pacientes internados Grupos de clientes adultos Menos de la media de carga de casos Duración de la ocupación <1 y >10 años Nivel salarial Mayor edad Apoyo del grupo de trabajo
Oberlander (1990) EEUU	n=601, 33%, comunidad	Predictores de baja satisfacción laboral y altos niveles de estrés	Trabajar con clientes con enfermedad mental severa

AUTOR (AÑO) PAÍS	N, TASA DE RESPUESTA, LUGAR	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	HALLAZGOS PRINCIPALES
Hiscott y Connop (1990) Canadá	n=123, no establecido, hospital	Factores asociados con un aumento en agotamiento emocional Factores asociados con la reducción en la realización personal	Ser hombre Trabajar en turnos de 12 horas Ser hombre Cargas de trabajo fuertes Trabajar con pacientes difíciles
Drude y Lourie (1984) EEUU	n=33, no establecido, hospital	Relaciones entre las percepciones del personal de ambiente laboral y cociente paciente/personal	A medida que aumentaba los cocientes paciente/personal, éste estaba más propenso a sentirse menos implicado y comprometido con su trabajo, mientras que percibía menos apoyo de los iguales y supervisores.
Sacićki y Cooley (1987) EEUU	n=95, no establecido, Hospital	Porcentaje del tiempo pasado en contacto directo con los clientes y su relación con el burnout	Era más probable que estuviesen emocionalmente agotados los trabajadores de bajo contacto directo con mayor presión laboral, ambiente físico negativo y con un trabajo poco variable. También los de alto contacto directo pero con poco apoyo del personal, con un ambiente poco eficiente y organizado.
Ingledew y cols (1997) EEUU	n=164, 18%, hospital	Estresores, recursos (locus de control y apoyo social percibido), afrontamiento y bienestar	Los estresores tenían efectos nocivos para el bienestar. Las estrategias de afrontamiento basadas en el problema o en la emoción eran beneficiosas para el estrés a largo plazo. El uso de la evitación era el más comúnmente llevaba a consecuencias negativas.
Leiter (1990) Canadá	n=122, 69%, hospital	Burnout, estrategias de afrontamiento (individuales y relacionadas con la familia)	Uso de recursos relacionados con los niveles de burnout. Los recursos de afrontamiento de la familia son muy independientes de los recursos de afrontamiento relacionados con el trabajo y amplían la capacidad individual para afrontar el estrés laboral.
Leiter (1988) Canada	n=34, no establecido, centro de salud mental de rehabilitación y residencial	Factores asociados con un incremento en la satisfacción laboral (mirando el burnout)	Sentimiento de realización personal Niveles reducidos de agotamiento emocional
Kirk y cols (1993) EEUU	n=68 (línea base), 83% n=66 (3 meses), 80% n=55 (12 meses), 75% n=51 (18 meses), 80% Hospital	Salud (incluyendo estrés y burnout) y satisfacción vital en un periodo prolongado de tiempo	Los trabajadores tenían crecientes cantidades de estrés laboral, agotamiento emocional y despersonalización y decían tener más síntomas físicos relacionados con el estrés y depresivos.

AUTOR (AÑO) PAÍS	N, TASA DE RESPUESTA, LUGAR	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	HALLAZGOS PRINCIPALES
Hromco y cols (1995) EEUU	n=216, 21%, Hospital	Factores asociados con la satisfacción laboral	Rendimiento de la plantilla Carencia de entrenamiento de especialista Grandes cargas de casos
Koeske y Kelly (1995) EEUU	La misma muestra que Kirk y cols (1993)	Afrontamiento	Las estrategias de afrontamiento orientadas al control actuaban como amortiguadores del estrés laboral y que los que utilizaban la evitación decían tener mayores niveles de consecuencias negativas.
Marini y cols (1995) EEUU	n=39, 78%, Comunidad	Factores asociados con un aumento de estresores	Altos niveles de mancha personal Carencia de recursos personales Ser hombre
Koeske (1995) EEUU	La misma muestra que Kirk y cols (1993) en el mes 18.	Efectos amortiguadores de locus de control interno	La realización personal correlacionaba con niveles de control externos La satisfacción estaba relacionada con el locus de control interno
Finch y Krantz (1991) EEUU	n=48, 48%, facilidad de rehabilitación	Estrategias de afrontamiento	Intereses externos Redes de apoyo de compañeros Satisfacción derivada de ver el éxito en el trabajo
Wilcoxon (1989) EEUU	n=177, No establecido, Servicios de salud mental	Niveles de burnout Factores asociados con aumento del burnout	Medios a moderados Estilo de liderazgo
Cacciacame y cols (1986) EEUU	n=133, 92%, Pacientes externos y centros de rehabilitación (forenses)	Factores asociados con aumento del burnout	Género (mujeres) Duración del cargo
Corrigan y cols (1995) EEUU	n=51, 82%, Hospital	Factores asociados con aumento del burnout	Ansiedad Frecuencia de enfermedad Actitudes laborales contrarias Apoyo colegial pobre
Webster y Hackett (1999) EEUU	n=151, No establecido, Comunidad	Factores asociados con aumento de EE	Estilo de liderazgo de supervisión clínica
Pond y Geyer (1997) EEUU	n=226, No especificado, Hospital	Factores asociados con la satisfacción laboral	Edad de los trabajadores Alternativas de trabajo percibidas

AUTOR (AÑO) PAÍS	N, TASA DE RESPUESTA, LUGAR	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	HALLAZGOS PRINCIPALES
Schulz y cols. (1995) EEUU	n=132, No especificado, 43 organizaciones de salud mental	Fuentes de burnout y satisfacción laboral	Estructura de la organización del equipo Estilo de liderazgo
Chemiss y Egnatios (1978b) EEUU	n=174, 94%, Comunidad	Factores asociados con la satisfacción laboral	Estilo de supervisión clínica
Brady y cols (1980) EEUU	n=21, No establecido, Facilidad de tratamiento de pacientes externos	Factores asociados con aumento de la satisfacción laboral	Interacción con compañeros de trabajo Autonomía Innovación
Webb (1980) EEUU	n=367, 65%, 3 organizaciones de salud mental	Factores asociados con la satisfacción laboral	Remuneración Oportunidades de promoción
Buffum y Konick (1982) EEUU	n=297, No establecido, 3 hospitales	Factores asociados con la reducción de la satisfacción laboral	Alto grado de patología vivenciada por los pacientes Pacientes con conductas más problemáticas
Kirkcaldy y Stiefen (1991) Alemania	n=111, 67%, Hospital de niños y adolescentes	Presión relacionada con el trabajo Satisfacción laboral	Ser hombre Mayor duración del cargo Edad Género Estado civil
Garzotto (1992) Italia	n=210, 79%, Agencias de salud mental	Factores relacionados con el burnout	Aumento de los síntomas psicosomáticos auto-informados en la plantilla que estaba agotada
Geurts y cols (1998) Países Bajos	n=208, 80%, Comunidad, Hospital	Factores asociados con la intención de abandonar la institución y burnout	Comunicación negativa sobre la gerencia Desigualdad percibida en la relación laboral
Jeanneau y Armelius (2000) Suecia	n=754, No establecido, Hospital	Burnout y su relación con la autoimagen	Una autoimagen negativa estaba relacionada con mayor burnout

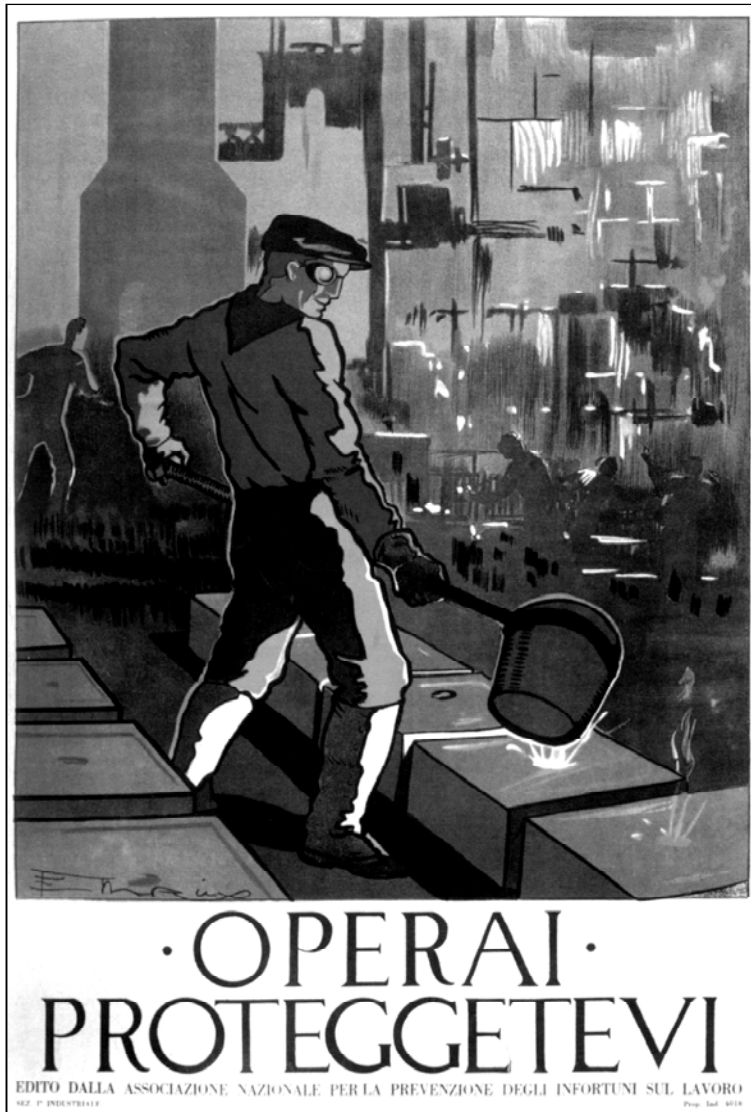
Por último, y con respecto a las investigaciones que se han llevado a cabo sobre el tratamiento del “burnout” en trabajadores de la salud mental, hay tres artículos que evalúan intervenciones de manejo del estrés:

- Los niveles de “burnout” no cambiaban en trabajadores de la salud mental que iban a talleres de desarrollo del personal, pero si estos talleres iban acompañados de un período de asesoramiento sostenido aparecían niveles significativamente menores de agotamiento emocional (Hunnicutt y MacMillan, 1983).
- Trabajadoras de la salud mental con riesgo de sufrir “burnout” vivenciaban un agotamiento emocional y una despersonalización significativamente menor después de participar en un programa intensivo de reducción del estrés con conferencias los fines de semana y grupos de apoyo de seguimiento (Mehr y cols., 1995).
- Después de un período de educación interdisciplinar, los trabajadores de la salud mental vivenciaban una mayor satisfacción con sesiones de educación continuas y si tenían compañeros disponibles para la interacción (Bhatara y cols., 1996).

No obstante, la manera más efectiva de manejar el estrés en el lugar de trabajo es eliminar los estresores. Para esto se deben llevar a cabo estrategias proactivas más que reactivas con respecto al ambiente de trabajo. No hay muchos trabajos de investigación sobre investigaciones a nivel organizacional.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bathara VS, Fuller WC, O'Connor-Davis L, Misra LK (1996). Improving job satisfaction of rural South Dakota mental health providers through education: a pilot study. *South Dakota Journal of Medicine*, 49, 93-06.
- (2) Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *Journal of Psychosomatic Research* 54 (2003) 171-178.
- (3) Burisch M. A longitudinal study of burnout: the relative importance of dispositions and experiences. *Work & Stress* (2002) 16, 1, 1-17.
- (4) Carson J, Fagin L (1996). Stress in mental health professionals: a cause for concern or an inevitable part of the job? (editorial). *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 79-81.
- (5) Carson J, Kuipers E (1998). Stress management interventions. In S., Hardy J, Carson & B., Thomas (Eds) *Occupational stress: personal and professional approaches* (pp. 157-174). Chaltenham: Stanley Thornes.
- (6) Casanova-Sotolongo P, Lima-Mompó G, Aldana-Vilas L, Casanova-Carrillo P, Casanova-Carrillo C. (2003). El estrés ocupacional como una de las preocupaciones de la salud pública actual. *Rev Neurol* 36: 565-7.
- (7) Cass MH, Siu OL, Faragher EB, Cooper CL. (2003) A meta-analysis of the relationship between job satisfaction and employee health in Hong Kong. *Stress and Health* 19: 79-95.
- (8) Diener E. (1984) Subjective well-being. *Psych Bull*; 9 (3):543-75.
- (9) Dillon C. (1990). Managing stress in health social work roles today. *Social Work in Health Care*, 14, 91-108.
- (10) Edwards D, Hannigan B, Fothergill A, Burnard P. Stress management for mental health professionals: a review of effective techniques. *Stress and Health* (2002) 18: 203-215.
- (11) Freudenberg HJ. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 12: 72-83.
- (12) Happell B, Pinikahana J, Martin T. (2003). Stress and burnout in forensic psychiatric nursing. *Stress and Health* 19: 63-68.
- (13) Hunnicutt AW, MacMillas TF (1983). Beating burnout: findings from a three-year study. *Journal of Mental Health Administration*, 10, 7-9.
- (14) Karasek RA. (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 24: 285-308.
- (15) Kivimäki M et al, Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort of industrial employees. *British Medical Journal*, 2002. (FALTA)
- (16) Lazarus RS y Folkman S (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- (17) Lloyd C, King R, Chenoweth L. (2002) Social work, stress and burnout: a review. *Journal of Mental Health* 11, 3, 255-265.
- (18) Maslach C, Jackson S. (1986) *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychol Press. Palo Alto (California).
- (19) Maslach C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996) *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, C.A. Consulting Psychologist Press.
- (20) 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.
- (21) Maslach C, Leiter MP. (1998) *The truth about burnout*. Amsterdam: Contact.
- (22) Mehr ML, Senteney SA, Creadie TM (1995). Daydreams, stress and burnout in women mental health workers: A preliminary clinical report. *Imagination, Cognition and Personality*, 14, 105-115.
- (23) Moore KA, Cooper CL (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 82-89.
- (24) Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347:724-8
- (25) Robie C, Ryan AM, Schmieder RA, Parra LF, Smith PC (1998). The relation between job level and job satisfaction. *Group & Organization Management*, 23, 470-495.
- (26) Schaufeli, W.B. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study & practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis
- (27) Schmidbauer, W. (1977) *Die hilflosen Helfer*. Hamburg: Rowohlt.
- (28) Sousa-Poza A y Sousa-Poza AA, (2000). Well-being at work: A cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. *Journal of Socio-Economics*, 29, 517-538.
- (29) Sterling, P. and J. Eyer. Allostasis: A New Paradigm to Explain Arousal Pathology. In Fisher, S. and J. Reason, eds. *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York, John Wiley & Sons. 1988, 629-649.
- (30) Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, de Haes HCJM. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*, Feb 4, 2003; 168 (3).



Extraído del libro DANGER, Colección de carteles de prevención de accidentes laborales (1925-1937) del ANC.

Editado por Viena Ediciones (Barcelona) con la colaboración de Fraternidad-Muprespa.

Autor: Tradico E., Milán (Italia).