

Estrés y trabajo: Cómo hacerlos compatibles

Coordinador: José Luis Nieto Toribio



SEPO - SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL Y DEL TRABAJO
CONSEJO REGULADOR DE PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL Y DEL TRABAJO

ESTRÉS Y TRABAJO:

CÓMO HACERLOS COMPATIBLES

**Caracterización, evaluación e intervención de las
relaciones disfuncionales entre ambos**

ESTRÉS Y TRABAJO:
CÓMO HACERLOS COMPATIBLES
Caracterización, evaluación e intervención de las
relaciones disfuncionales entre ambos

Coordinador: José Luis Arco Tirado

Instituto Andaluz de Administración Pública
2005 - Sevilla

Estrés y trabajo: cómo hacerlos compatibles. Caracterización, evaluación e intervención de las relaciones disfuncionales entre ambos. / coord. José Luis Arco Tirado

Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública, 2005

188 p: 24 cm.

D.L.:

I.S.B.N.: 84-8333-279-5

Sanidad laboral

Acoso moral en el trabajo

Estrés laboral

613.6

343.436-057.1

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS. NO ESTÁ PERMITIDA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL EN NINGÚN TIPO DE SOPORTE SIN PERMISO PREVIO Y POR ESCRITO

Título: Estrés y trabajo: cómo hacerlos compatibles. Caracterización, evaluación e intervención de las relaciones disfuncionales entre ambos

Coordinación: Jose Luis Arco Tirado

© INTUTUTO ANDALUZ DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Gestión de publicaciones en materias de Administraciones Públicas

Edita: Instituto Andaluz de Administración Pública

Maquetación e Impresión: J. De Haro Artes Gráficas, S.L.

I.S.B.N.: 84-8333-279-5

Depósito Legal:

PRESENTACIÓN

José Luis Arco Tirado

Coordinador Jornadas “Estrés y conciliación con la vida laboral”

El desarrollo que ha experimentado nuestra sociedad en las últimas décadas, está íntimamente ligado a los procesos de cambio que están afectando al trabajo, sus condiciones y a los valores asociados al mismo.

El avance del estado del bienestar y la consiguiente protección de los trabajadores, alcanzados en décadas de lucha durante la segunda mitad del siglo veinte, parece estar amenazado por una economía de mercado que enfatiza la competitividad y los bajos costes de producción, como única estrategia frente al fenómeno de la globalización de la economía. En este sentido, la modernización de las estructuras organizativas, productivas y de gestión que emplean las empresas, vienen siendo los mecanismos clave para su adaptación y supervivencia en un entorno cada vez más competitivo y global.

Hasta ahora, estos procesos de adaptación y saneamiento han afectado sólo al sector privado, sin embargo, esta tendencia se ha extendido también al sector público, de manera que actualmente, la mejora en la calidad de los servicios que provee la administración pública, se ha convertido en necesario objeto de negociación y acuerdo. Así lo refleja al menos el acuerdo entre la Administración de la Junta de Andalucía y las Organizaciones sindicales sobre mejoras en las condiciones de trabajo y en la prestación de los servicios públicos en la administración general de la Junta de Andalucía (BOJA, 21 de noviembre, 2003; pág. 24.517).

Desde la perspectiva de cualquier usuario de servicios de la administración pública, es motivo de satisfacción y esperanza que se alcancen acuerdos tan progresistas y prometedores como este, sin embargo, desde el ámbito profesional de la salud hemos de advertir que esa búsqueda continúa de mayores niveles de eficiencia y eficacia y de mejores condiciones de trabajo, acarrea también otros efectos no deseables en la ecuación del trabajo y particularmente en el factor humano. Por ejemplo, datos recientes reflejan que el estrés laboral afecta a más de 40 millones de trabajadores y cuesta a la UE 20 mil millones de euros (Europa Press, 2002; 26 de Noviembre); o bien el hecho de que el consumo de tranquilizantes se ha disparado en España en los últimos años (La Razón, 2003; 20 de Febrero); o que el 15% de los trabajadores europeos sufre mobbing (El médico interactivo, 2003; 1 de Abril). En ese contexto y bajo esa inquietud se propusieron y se han celebrado las jornadas sobre “Estrés y conciliación con la vida laboral”, celebradas en Almería en Noviembre de 2003.

En cuanto a los contenidos, este libro recoge en nueve capítulos, algunos de los temas más actuales relacionados con el Estrés y sus efectos en la vida laboral de los trabajadores. Están elaborados por autores expertos reconocidos en el ámbito nacional e internacional, y proceden de los ámbitos profesionales de la salud (mental), la educación o los recursos humanos. Aun cuando se incluyen contenidos teóricos conceptuales básicos, dominan los de carácter aplicado, además de abundante bibliografía que ayuda al lector, que quiera o lo necesite, a profundizar en autores o temas más específicos. Por tanto, constituye esta publicación una interesante y útil aproximación a los conceptos y procesos básicos que hay que conocer y manejar para mejorar nuestra capacidad de respuesta a los factores que pueden generar y/o mantener problemas de estrés, e incluso problemas de salud. Finalmente, se incluye en cada capítulo, la dirección de correo electrónico de cada uno de los autores, por si el lector desea realizar alguna consulta sobre alguno de los temas que le interese y/o necesite.

No quisiera finalizar esta breve presentación, sin antes manifestar mi agradecimiento a la responsable del IAAP en Almería, D^a Mari Carmen Pareja por su interés e iniciativa al proponer estas jornadas que culminan, por ahora, en este libro. También es justo reconocer la contribución de Yolanda Agudo al modélico desarrollo y gestión de las mismas. Mi especial agradecimiento también a los conferenciantes por aceptar mi invitación y por el acierto y la claridad con la que han seleccionado y transmitido sus conocimientos y experiencias en sus respectivas exposiciones. Y, por supuesto, a los participantes inscritos por su ejemplar actitud y comportamiento, motivo sin duda de la excelente acogida y aceptación que han tenido estas jornadas celebradas en la cada vez más bella ciudad de Almería.

Para finalizar es necesario mencionar la necesidad y conveniencia de extender y continuar estas y otras iniciativas dirigidas a mejorar los niveles de información con los que cuentan los trabajadores, sindicatos y administración para hacer frente a las múltiples y complejas necesidades que conectan trabajo y sociedad. En este sentido, parece responsabilidad de todos desmontar los falsos argumentos que contraponen administración pública con calidad, eficiencia y eficacia.

Granada, 19 de Septiembre de 2004

INDICE

Capítulo 1. Estrés y trabajo.....	11
Juan José Miguel-Tobal y Antonio Cano Vindel (jjmtobal@correo.cop.es)	
Capítulo 2. Educación emocional y estrés.....	29
José Luis Arco Tirado y Francisco D. Fernández Martín (jlarco@ugr.es)	
Capítulo 3. Estrés laboral: factores estresantes y adaptación.....	45
Jesús Martín García y Lourdes Luceño Moreno (gmartin@psi.ucm.es)	
Capítulo 4. Procesos de auto-regulación y síndrome de burnout.....	67
F. Manuel Montalbán Peregrín (fmontalban@uma.es)	
Capítulo 5. Sueño, estrés y trabajo.....	87
Gualberto Buela-Casal y Elena Miró Morales (gbuela@ugr.es)	
Capítulo 6. Enfermedades crónicas y estrés laboral.....	115
Vicente Pelechano (vepelecha@ull.es)	
Capítulo 7. El acoso laboral: caracterización y evaluación del fenómeno....	137
Fernando Justicia Justicia y Juan Luis Benítez Muñoz (justicia@ugr.es y jlbenitez@ugr.es)	
Capítulo 8. Técnicas de reducción de ansiedad.....	151
Héctor González Ordi (hectorgo@psi.ucm.es)	
Capítulo 9. Estrategias diarias para el tratamiento del estrés.....	167
Luis Valero Aguayo (lvalero@uma.es)	

ESTRÉS Y TRABAJO

Juan José Miguel Tobal

Antonio Cano Vindel

Universidad Complutense de Madrid

El estrés

El término estrés, *Astress@* en inglés, tiene su origen técnico a finales del siglo XVII, en el ámbito de la ingeniería, cuando un eminente físico de aquella época llamado Robert Hooke lo emplea para explicar la relación por la que la aplicación de una fuerza externa o carga sobre una estructura física llegaba a distorsionar y deformar dicha estructura física u objeto. Sin embargo, en un sentido no técnico se puede encontrar en épocas anteriores, recordando algunos autores (Lumsden, 1981) como dicho término ya se usaba en el siglo XIV para referirse al encuentro de dificultades, de adversidades o de contrariedades. En realidad, no ha de extrañar el significado que el término de estrés toma a lo largo de la historia si recordamos que la palabra estrés tiene su origen, desde una perspectiva etimológica, en el verbo latino *Astringere@*. Este verbo que significa apretar, oprimir, comprimir, estrechar, o contraer, acabó dando lugar a dos variantes, que en inglés fueron *Ato stress@* y *Ato strain@*, y que en español fueron *Aestrechar@* y *Aestreñir@* (Prieto, 1995). Así pues, en principio la palabra estrés no existía en español ya que no se había desarrollado como variante del verbo *stringere*, pero a pesar de ello, el término fue importado al español, se castellanizó y en 1984, la Real Academia Española de la Lengua la aceptó.

La concepción técnica del término estrés comenzó a utilizarse posteriormente, debido a la influencia del trabajo de Selye (1936), en otras áreas de la ciencia, como la biología, la psicología o la medicina, para referirse con él a diversos problemas que se derivan de la relación de la persona y el ambiente, la aceptación fue, entonces, mucho mayor (Engel, 1985). Hasta tal punto, la aceptación del concepto fue positiva, que como afirma Lazarus (1999) los modelos psicológicos que estudiaron el estrés a lo largo del siglo XX se han visto influenciados significativamente por ese primer análisis y conceptualización que se hizo del estrés.

En la psicología actual vamos a encontrar, como indicaba Brengelmann (1987), que el término de estrés va a utilizarse generalmente para referirse a situaciones que implican demandas fuertes para el individuo, hasta el punto de poder llegar a agotar los recursos de afrontamiento que ese individuo posee. Sin embargo, y a pesar de lo

aceptado y ampliamente asentado que se encuentra actualmente el concepto de estrés en la investigación psicológica, consensuar una definición de estrés ha sido, y todavía lo es, una cuestión difícil y problemática. Este hecho deriva fundamentalmente del mayor o menor énfasis que se da a uno u otro elemento de todos los que conforma la reacción de estrés. Así, se pueden encontrar propuestas que van a destacar la importancia que las variables situacionales poseen en la reacción de estrés enfatizando el valor de los Aestímulos estresores@ y de las Asituaciones estresantes@, mientras que otras propuestas van a considerar especialmente característico del estrés el patrón de activación fisiológica que se da en esta reacción, o las conductas que la acompañan (Sandi, 2000). Un repaso a la evolución que ha tenido el estudio del estrés puede ilustrar la distancia que ha habido entre distintos modelos teóricos a la hora de enfatizar unos u otros elementos característicos del estrés.

Las aportaciones de Cannon

Las distintas aproximaciones realizadas al estudio del estrés muestran como las definiciones dadas para el proceso de estrés vienen estando determinadas por el diferente énfasis que cada postura teórica ha dado a las variables ambientales o situacionales o a las variables más orgánicas o fisiológicas. Uno de los primeros autores relevantes en tratar específicamente el estrés y publicar sus propuestas fue Claude Bernard (1878), eminente fisiólogo francés del siglo diecinueve, que va a definir el estrés como una respuesta adaptativa ante estímulos externos, y que va a introducir un concepto básico dentro del ámbito del estrés, como es el de la homeostasis.

El principio de la homeostasis fue especialmente desarrollado por Cannon (1929, 1932), quien impulsó su estudio de tal manera que este principio se ha mantenido como una variable relevante en el proceso del estrés hasta nuestros días. El principio de homeostasis se refiere comúnmente al mantenimiento de las constantes del medio interno frente a las perturbaciones a las que se enfrenta el organismo, ya sean éstas externas o internas. El organismo tiende a responder a las presiones y provocaciones del ambiente con patrones coordinados de actividad fisiológica (y también de actividad conductual), es decir, con oscilaciones, o lo que es lo mismo, ritmos sistemáticos de cambios en las variables fisiológicas, que van a jugar un papel fundamental en la estabilidad y la adaptación (Giardino, Lehrer y Feldman, 2000, pp. 27-29). Cannon (1932) propone una formulación de la homeostasis que se basa en la afirmación de que cada organismo posee unos niveles constantes de componentes fisiológicos, existiendo unos niveles que son óptimos en cada organismo con respecto a la cantidad de los componentes fisiológicos. Así, el mecanismo homeostático consistiría en un intento por mantener los niveles más adecuados de componentes fisiológicos cuando se produjera una oscilación o desviación de los mismos.

La otra gran aportación hecha por Cannon al estudio del estrés fue la de identificar un tipo específico de respuesta que se da en el estrés. Cannon (1932) indicó que una de las principales consecuencias del estrés era la respuesta de Ataque-huida. Esta respuesta de ataque-huida es un mecanismo de emergencia por el que el organismo es capaz de activarse en pocos segundos y prepararse para dar una respuesta adecuada y eficaz ante una eventual amenaza, pudiendo consistir esa respuesta en una aproximación o ataque, o en una evitación o huida, ante esa amenaza, teniendo un gran valor para la supervivencia del organismo y de la especie (Miguel Tobal, 2000). Esta respuesta consiste principalmente en una serie de cambios a nivel fisiológico, concretamente, a una descarga de la rama simpática del sistema nervioso autónomo que facilitará la liberación de hormonas como la adrenalina y la noradrenalina por la médula suprarrenal. Esta activación afectará a los órganos inervados directamente por el sistema simpático y, especialmente, a los órganos diana que se han activado en este proceso. También se activaría el sistema somático, lo que se traduciría en un fuerte incremento del tono muscular y también de la frecuencia respiratoria (Fernández-Abascal, 1995). Todos los cambios fisiológicos producidos, como el aumento de capacidad respiratoria y de la tasa cardíaca, el mayor tono muscular o el mayor flujo de oxígeno, cumplen una función preparatoria que va a favorecer una mejor ejecución del organismo, con un aumento en la atención y en la eficacia perceptiva, tanto de la respuesta de ataque como de la respuesta de huida.

El Síndrome General de Adaptación (Selye)

La perspectiva desde la que actualmente se estudia el proceso de estrés proviene de los planteamientos realizados ya en los años treinta por el fisiólogo Hans Selye. Este autor extendió la noción de homeostasis anteriormente propuesta por Cannon incluyendo también el proceso de estrés respuestas mediadas por el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal. Selye desarrolló un modelo de estrés que recogía las características de la respuesta fisiológica del organismo ante la situación estresante, añadiendo también la referencia a las consecuencias que podría tener una exposición prolongada a la situación estresante, que afectaría negativamente al propio organismo (Sandí, 2000).

Las propuestas de Selye (1936) se enmarcaron en lo que denominó el Síndrome General de Adaptación, que consistiría en un conjunto de reacciones de carácter general que conforman un patrón típico de respuesta a través del cual se produce la movilización del organismo para adaptarse y sobrevivir. El Síndrome General de Adaptación se compone de tres fases que van a aparecer de forma secuencial en el tiempo, estando cada una de ellas vinculada a unos niveles de activación fisiológica distintos. Las tres fases son las siguientes:

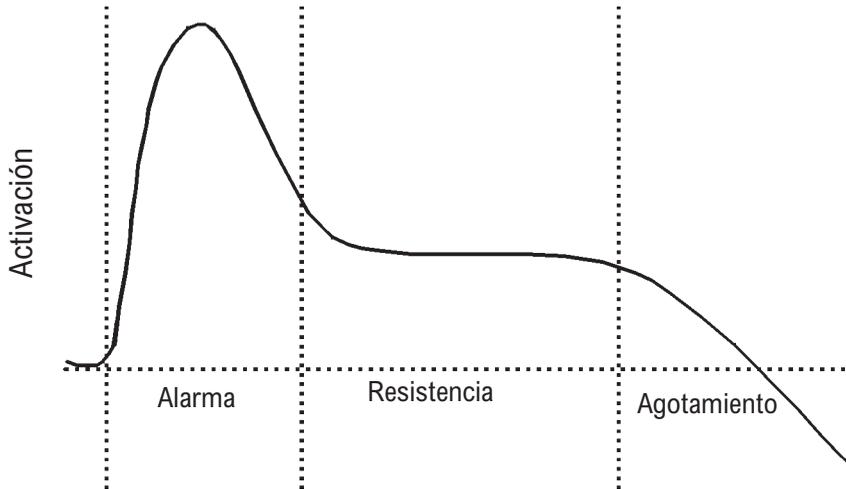
Reacción de alarma. Es la primera de las respuestas que se darán dentro del patrón de respuesta al estrés y describe las primeras acciones y movilizaciones del organismo que es expuesto a condiciones desadaptativas. En esta primera fase existen dos momentos, uno inicial de choque que se correspondería con la reacción de ataque-huida propuesta por Cannon y en la que tendría lugar una hiperactividad del sistema simpático-adrenomedular; y otra, que movilizaría al organismo para recuperar los niveles de homeostasis. La fase inicial de Reacción de alarma da paso, si las demandas de la situación siguen continuando estando presentes, a la fase siguiente del patrón de respuesta al estrés.

Fase de resistencia. Esta fase es consecuencia de la imposibilidad que el organismo tiene para mantener los niveles de activación que tenía en la fase inicial de reacción de alarma cuando el estímulo estresante sigue estando presente y persiste. Así, esta fase se caracterizará por un elevado nivel de activación, aunque menor que el que tenía lugar en la fase anterior, y que tiene por finalidad favorecer una adaptación del organismo a la continua presencia de los estresores. Esta fase está vinculada fundamentalmente con la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y va a permitir el ahorro y mantenimiento de la energía ya almacenada en el organismo, suprimiendo también algunas funciones del organismo, como por ejemplo la función sexual y reproductora. Sin embargo, si las demandas del ambiente se mantienen esta fase de resistencia que se ha mantenido a lo largo de un tiempo llega a acabarse y da paso a la siguiente fase del patrón de respuesta al estrés.

Fase de agotamiento. En esta fase se produce una fractura en la respuesta que el organismo está dando ante las persistentes demandas del ambiente, perdiendo definitivamente los recursos y las reservas de energía que permitían mantener los niveles de activación y de pseudo-equilibrio que el organismo poseía en la fase de resistencia. Esto acarreará consecuencias relacionadas con alteraciones fisiológicas y psicológicas, a las que Selye denominó Aenfermedades de la adaptación@. Estas alteraciones llegan a romper la homeostasis del organismo, llegando a provocar efectos nocivos irreversibles e incluso letales para el organismo.

En la figura 1 se muestran gráficamente los niveles de activación en las diversas fases del Síndrome General de Adaptación.

Figura 1: Síndrome General de Adaptación



El estrés fue definido por Selye como el estado que acompaña al Síndrome General de Adaptación centrándose especialmente en la respuesta fisiológica de este proceso y también en las consecuencias que tiene para la salud. Además de las reacciones fisiológicas que aparecen asociadas al estrés, existen también una consecuencias a nivel emocional que facilitarían la aparición de respuestas como la ansiedad, la ira o la depresión. En cualquier caso, los efectos negativos del estrés, especialmente los que se dan en la fase de resistencia y en la fase de agotamiento se pueden encontrar no sólo a nivel fisiológico sino también, y como se recoge en la tabla 1, a nivel cognitivo y a nivel conductual.

Tabla 1. Efectos negativos de las fases de resistencia y agotamiento

Cognitivo	Conductual	Fisiológico
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de concentración - Incapacidad para la toma de decisiones - Olvidos - Baja autoestima - Alta sensibilidad a la crítica 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor accidentalidad - Consumo adictivo de drogas estimulantes, alcohol, tabaco, cafeína, etc. - Hiperactividad - Impulsividad 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor nivel de catecolaminas, corticoesteroides y glucosa - Aumento de la frecuencia cardiaca y la presión arterial - Sudoración - Dilatación pupilar

(Tomada y modificada de Fernández-Abascal, 1995, p. 510)

El estrés como interacción: Modelo de Valoración y Afrontamiento

Frente al estudio del estrés como estímulo (basado en la búsqueda de estresores o estímulos inductores de estrés) o como respuesta (centrado en sus consecuencias) surge una orientación que pretende integrar los antecedentes y consecuentes del estrés mediante el estudio de los procesos que median entre ambos. El psicólogo que mayores aportaciones teóricas y prácticas ha realizado dentro de esta orientación ha sido probablemente Richard Lazarus, quién desde la publicación de su obra *APsychological stress and coping processess@* (1966) hasta la actualidad, ha centrado su estudio en los procesos de valoración sobre la situación y los recursos de afrontamiento, y en la relevancia que estos procesos tienen en el estrés y en la emoción. En la teoría de Lazarus sobre el estrés, éste es fruto de una valoración de la situación por parte del sujeto como superior a sus recursos y amenazante para su bienestar.

Lazarus (1999) indica que en el proceso de valoración existen dos actos: una valoración primaria y una valoración secundaria, que están interrelacionadas y funcionan de forma dependiente. El acto primario de valoración se refiere a la relevancia que posee lo que está sucediendo en relación a los objetivos, las metas, los valores, los compromisos o las creencias que la persona tiene. Así, el principio fundamental de esta primera valoración tiene que ver con lo comprometidos que se vean los objetivos o las metas, y con la importancia adaptativa que por lo tanto tenga para el individuo determinado suceso o evento. Si la situación o el evento no afecta al propio bienestar, o a los objetivos o las metas, no se producirá una reacción de estrés. El acto secundario de valoración es un proceso de evaluación que se centra en lo que la persona puede hacer ante esa situación relevante para mantener o conseguir el bienestar y una buena adaptación. Esta valoración secundaria es una evaluación de los recursos de afrontamiento de los que la persona dispone para manejar esa situación relevante para el propio bienestar.

Ahora bien, es preciso señalar algunas de las indicaciones que hace Lazarus (1999) sobre estos conceptos, como que el hecho de que se califique a estos dos tipos de valoración como primaria o secundaria no debe de significar que una sea más importante que la otra, ni tampoco debe significar que una valoración tenga lugar, temporalmente, antes que la otra. Las diferencias que existen entre estos dos tipos de valoración sólo tienen que ver con el contenido de dichos procesos, y esas diferencias entre contenidos justifican que sean tratadas separadamente a la hora de describirlas. La valoración primaria y la valoración secundaria son partes de un proceso común en el que ambas se combinan activamente y en el que son dependientes, y este hecho ha de tenerse en cuenta tanto en la investigación como en la práctica psicológica.

Lazarus (1999) identifica además los componentes de estos tipos de valoración, y así, entiende que la valoración primaria se compone de tres evaluaciones, una de la relevancia del objetivo, otra de la congruencia o incongruencia del objetivo, y otra que

tiene que ver con la implicación que el evento tiene para el ego, como por ejemplo (Lazarus, 1991), la estima social, los valores morales, las creencias, etc.. La valoración secundaria que interviene en la respuesta emocional pasaría a la vez por evaluar tres aspectos básicos, la responsabilidad en relación al resultado de la situación, el potencial de afrontamiento del individuo ante el evento, y las expectativas futuras al respecto.

Una vez que la evaluación de las demandas de la situación y de los recursos de que se disponen da como resultado una valoración de la situación como estresante, el afrontamiento que se hace de la situación puede ser múltiple habiendo un buen número de clasificaciones para el mismo. En términos generales se considera que el afrontamiento puede ser activo o pasivo y puede estar dirigido al problema o a la emoción. La elección de un estilo de afrontamiento u otro puede tener diversas consecuencias, por ejemplo, para la salud de manera que un afrontamiento pasivo se verá más relacionado con patrones fisiológicos que incrementan los glucocorticoides y reducen la competencia inmunológica, y, un afrontamiento activo se vinculará más a incrementos crónicos de la actividad simpática y de la responsividad cardiovascular.

Tabla 2: Modos de estudiar el estrés desde un punto de vista psicológico

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Estrés, como estímulo:<ul style="list-style-type: none">– sucesos vitales estresantes (sucesos negativos importantes)– sucesos vitales menores (contratiempos)– estresores menores estables (ruido, etc.)2. Estrés, como respuesta:<ul style="list-style-type: none">– Síndrome de Adaptación General– emoción o conjunto de emociones negativas3. Estrés, como interacción:<ul style="list-style-type: none">– desequilibrio entre demandas de la situación y recursos del individuo (valoración de la situación y de los recursos para enfrentarse a ella) |
|--|

Toda persona hace constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se le presentan, por lo tanto no todo el estrés tiene consecuencias negativas. Sólo cuando la situación desborda la capacidad de control del sujeto se producen consecuencias negativas. Este resultado negativo se denomina distrés, a diferencia del estrés positivo, o eustrés, que puede ser un buen dinamizador de la actividad conductual (laboral, por ejemplo).

Ansiedad y estrés

Muchas veces ansiedad y estrés se usan como sinónimos, entendiendo en ambos casos un mismo tipo de reacción emocional, caracterizada por alta activación fisiológica. Sin embargo, existen tradiciones diferentes a la hora de estudiar ambos fenómenos. El estrés es un proceso más amplio de adaptación al medio. La ansiedad es una reacción emocional de alerta ante una amenaza. Digamos que dentro del proceso de cambios que implica el estrés, la ansiedad es la reacción emocional predominante. Muchos estímulos o situaciones pueden provocar en el individuo la necesidad de movilizar recursos para dar respuesta a las demandas de dicha situación, o para volver al estado inicial de equilibrio en el que se encontraba inicialmente.

Todos los individuos experimentan emociones. La alegría, el miedo, la ansiedad, o la ira son emociones naturales que se dan en las más diversas culturas y en todos los individuos. Es evidente la importancia que las emociones juegan en la vida de las personas, en su comunicación, en la convivencia diaria, en múltiples y variadas situaciones: familiares, laborales, personales, etc. Pero además de jugar un papel importante en el bienestar de los individuos y cumplir una función social, las emociones están íntimamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que forman parte del proceso que podríamos denominar Asalud-enfermedad@.

Empleamos el término emoción para referirnos a ciertas reacciones que se vivencian como una fuerte conmoción del estado de ánimo o estado afectivo. Esta vivencia suele tener un marcado acento placentero o displacentero y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, o corporales, a veces intensos. Dichos cambios orgánicos se caracterizan, por lo general, por una elevada activación fisiológica, especialmente del sistema nervioso autónomo (sudoración, aumento de tasa cardíaca, etc.) y del sistema nervioso somático (tensión muscular). Al mismo tiempo, esta reacción puede reflejarse en expresiones faciales características (de alegría, tristeza, miedo, enfado, etc.), así como en otras conductas motoras observables (algunos movimientos, posturas, cambios de voz, etc.).

Existen por tanto tres tipos de manifestaciones de la reacción emocional, se muestran a través de un triple canal o sistema de respuesta: subjetivo o experiencial, fisiológico o somático y motor o expresivo.

Por lo general, las emociones surgen como reacción a una situación estimular concreta, sin embargo, también pueden ser provocadas por algún tipo de información interna del propio individuo, tal como: recuerdos, información propioceptiva, etc. La interpretación de una situación determinada no es igual para todos los individuos, ni siquiera a veces para el mismo individuo en distintos momentos. De cómo se interprete dicha situación dependerá el que surja o no alguna emoción, así como si la emoción será positiva (placentera) o negativa (desagradable).

La ansiedad es una emoción negativa caracterizada por sentimientos subjetivos desagradables de tensión, temor, inseguridad, etcétera, así como por una alta activación fisiológica e inquietud motora. Las respuestas de ansiedad más frecuentes a nivel subjetivo son: preocupación, temor, inseguridad, dificultades para tomar decisiones, falta de concentración, preocupación por la pérdida de control, pensamientos negativos sobre uno mismo y sobre su actuación ante los demás, etc. Las manifestaciones fisiológicas incluyen: palpitaciones, sudoración, temblor muscular, dificultades para tragar o respirar, molestias gástricas, tensión muscular, etc. Las respuestas motoras u observables de una reacción de ansiedad son: inquietud motora, evitación de ciertas situaciones, aumento de consumo de tabaco, comida o bebida, etc. Estas tres manifestaciones de la ansiedad (a nivel cognitivo, fisiológico y motor) son también comunes a las reacciones de estrés ya que, como ya se señaló el estrés implica la actuación de diversas reacciones emocionales entre las que predomina la ansiedad.

Estrés y trabajo

El estudio de las relaciones entre estrés y trabajo viene de antiguo, si bien con el empleo de distinta terminología. Así, Mosso y Maggiora estudiaron la fatiga física y psíquica producida por el trabajo en la Italia de 1908, Patrizi un año más tarde fundó el primer Laboratorio Experimental de Psicología del Trabajo centrándose en el estudio de estos temas. Myers desarrolló en el Reino Unido durante la I Guerra Mundial (1914-1918) un intenso trabajo dedicado al estudio de la relación entre fatiga, productividad y accidentes laborales entre los trabajadores de las fábricas de armas, fundando en 1921 el Instituto Nacional de Psicología Industrial. También en España se llevaron a cabo estudios en esta línea por parte de autores como Mira, Germain, Tallada y Lafora, creándose en 1918 el Institut d'Orientació Professional en Barcelona y en 1922 el Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo en Madrid.

Desde una perspectiva más actual, el estrés relacionado con el trabajo se ha convertido desde los años 60 en uno de los ámbitos de investigación más extendidos y fructíferos. El estrés laboral puede definirse como el 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, una emocionalidad negativa y la sensación de no poder hacer frente a la situación.

Desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en 1995, se ha dado un impulso a los aspectos relacionados con la Salud Laboral, señalándose el estrés como uno de los principales factores implicados en distintos problemas de salud, el deterioro de las relaciones interpersonales, el absentismo y la disminución de la productividad.

La Comisión Europea, a través de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo realizó en 1999 un estudio sobre el estrés laboral en el que concluye que el 28% de los trabajadores europeos padece estrés y el 20% burnout (se sienten "quemados" en su trabajo), siendo los sectores más afectados los trabajos manuales especializados, el transporte, la restauración y la metalurgia (Comisión Europea, 2000).

Los altos costes personales y sociales generados por el estrés laboral, han dado lugar a que organizaciones internacionales como la Unión Europea y la OMS insistan cada vez más en la importancia que tienen la prevención y el control del estrés en el ámbito laboral.

Epidemiología y costes del estrés laboral

Según un estudio de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (Comisión Europea, 2000) el 28% de los trabajadores europeos padece estrés:

- el 20% padece burnout
- más de la mitad de los 147 millones de trabajadores afirman que trabajan a altas velocidades y con plazos ajustados
- más de un tercio no pueden ejercer ninguna influencia en la ordenación de las tareas
- más de un cuarto no puede decidir sobre su ritmo de trabajo
- un 45% afirma realizar tareas monótonas
- para un 44% no hay posibilidad de rotación
- el 50% realiza tareas cortas repetitivas
- se piensa que estos *estresores+ relacionados con el trabajo han contribuido a importantes manifestaciones de enfermedad:
- un 13% de los trabajadores se quejan de dolores de cabeza
- un 17% de dolores musculares
- un 20% de fatiga
- un 28% de *estrés+
- un 30% de dolor de espalda
- muchos otros, de enfermedades que pueden poner en peligro la vida

Una estimación moderada de los costes que origina el estrés relacionado con el trabajo apunta a unos 20 000 millones de euros anuales

Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral

Cualquier situación o condición que presiona al individuo en su actividad laboral puede provocar la reacción de estrés. E incluso, en ocasiones, aunque la situación objetivamente no sea muy estresante (por ejemplo, puede que sea agobiante para un individuo, pero que no lo sea para otro), si un individuo interpreta dicha situación como un peligro, o como una amenaza potencial, surgirá la reacción de estrés. Por lo tanto, aunque hagamos un listado exhaustivo de factores que pueden desencadenar estrés, dicho listado será siempre incompleto. No obstante los siguientes factores han sido recogidos en un amplio informe sobre el estrés laboral de la Comisión Europea.

- Exceso y falta de trabajo
- Tiempo inadecuado para completar el trabajo de modo satisfactorio para nosotros y para los demás
- Ausencia de una descripción clara del trabajo, o de la cadena de mando
- Falta de reconocimiento o recompensa por un buen rendimiento laboral
- No tener oportunidad de exponer las quejas
- Responsabilidades múltiples, pero poca autoridad o capacidad de tomar decisiones
- Superiores, colegas o subordinados que no cooperan ni nos apoyan
- Falta de control o de satisfacción del trabajador por el producto terminado fruto de su trabajo
- Inseguridad en el empleo, poca estabilidad de la posición
- Verse expuesto a prejuicios en función de la edad, el sexo, la raza, el origen étnico o la religión
- Exposición a la violencia, a amenazas o a intimidaciones
- Condiciones de trabajo físico desagradables o peligrosas
- No tener oportunidad de servirse eficazmente del talento o las capacidades personales
- Posibilidad de que un pequeño error o una inatención momentáneos tengan consecuencias serias o incluso desastrosas
- Cualquier combinación de los factores anteriores

Consecuencias negativas del estrés

Las consecuencias negativas del estrés son múltiples, pero a grandes rasgos, cabe señalar su influencia negativa sobre la salud, así como sobre el deterioro cognitivo y el rendimiento.

El estrés puede influir negativamente sobre la salud por varias vías, como son:

- por los cambios de hábitos relacionados con la salud,
- por las alteraciones producidas en los sistemas fisiológicos (como el sistema nervioso autónomo y el sistema inmune)
- por los cambios cognitivos (pensamientos) que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud.

En primer lugar, el estrés modifica los hábitos relacionados con salud, de manera que con las prisas, la falta de tiempo, la tensión, etc., aumentan las conductas no saludables, tales como fumar, beber, o comer en exceso, y se reducen las conductas saludables, como hacer ejercicio físico, guardar una dieta, dormir suficientemente, conductas preventivas de higiene, etc. Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente a la salud y, por supuesto, pueden desarrollarse una serie de adicciones, con consecuencias muy negativas para el individuo en las principales áreas de su vida, como son la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la salud, etc. A su vez, el desarrollo de hábitos perniciosos para la salud puede aumentar el estrés.

En segundo lugar, el estrés puede producir una alta activación fisiológica que, mantenida en el tiempo, puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas o psicósomáticas, tales como dolores de cabeza tensionales, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, problemas sexuales, etc. (Labrador y Crespo, 1993); a su vez, el estrés puede producir cambios en otros sistemas, en especial puede producir una inmunodepresión que hace aumentar el riesgo de infecciones (como la gripe) y puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas, como el cáncer (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1994).

En tercer lugar, el estrés puede desbordar al individuo de manera que comience a desarrollar una serie de sesgos o errores cognitivos en la interpretación de su activación fisiológica, o de su conducta, o de sus pensamientos, o de algunas situaciones, que a su vez le lleven a adquirir una serie de temores irracionales, fobias, etc., que de por sí son un problema de salud (los llamados trastornos de ansiedad), pero que a su vez pueden seguir deteriorando la salud en otras formas. Por ejemplo, una persona sometida a estrés prolongado puede llegar a desarrollar ataques de pánico, o crisis de ansiedad, que son fuertes reacciones de ansiedad, que el individuo no puede controlar, con fuertes descargas autonómicas, temor a un ataque al corazón, etc. Durante esta crisis el individuo interpreta erróneamente su activación fisiológica y piensa que le faltará el aire (cuando realmente está hiperventilando), o que morirá de un ataque al corazón, o que se mareará y caerá al suelo, o que se volverá loco, etc. Posteriormente, estos ataques de pánico suelen complicarse con una agorafobia (evitación de ciertas situaciones que producen ansiedad), con una dependencia de los ansiolíticos, a veces con reacciones de depresión por no poder resolver su problema, etc. (Peurifoy, 1993; Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002).

El estrés también puede ocasionar una serie de perturbaciones sobre los procesos cognitivos superiores (atención, percepción, memoria, toma de decisiones, juicios, etc.) y un deterioro del rendimiento en contextos académicos o laborales.

RESUMEN

El término estrés etimológicamente deriva del verbo latino “stringere”, que significa apretar, oprimir, comprimir, estrechar o contraer. Dicho término, en inglés stress, cobra un sentido técnico a finales del siglo XVII cuando el físico Robert Hooke lo emplea en el ámbito de la ingeniería para explicar la relación por la que la aplicación de una carga o fuerza externa sobre una estructura física llega a deformar o distorsionar tal estructura.

Dentro del ámbito médico, el eminente fisiólogo francés del siglo XIX Claude Bernard fue quien lo definió como una respuesta adaptativa ante estímulos externos, introduciendo el concepto básico de homeostasis. Dicho principio referido comúnmente al mantenimiento de las constantes del medio interno frente a las perturbaciones a las que se enfrenta el organismo fue especialmente desarrollado por Walter Cannon (1929, 1932), impulsando su estudio de manera que este principio se ha mantenido como una variable de gran relevancia en el proceso de estrés hasta nuestros días. Sin embargo, fue Hans Selye (1936) quien incorporó de forma definitiva el concepto de estrés a los ámbitos biológico, médico y psicológico, desarrollando un modelo que recogía las características de la respuesta fisiológica del organismo y enmarcándolo en el Síndrome General de Adaptación. A partir de 1956, año en que se publica la influyente obra de Selye “The stress of life”, el término comienza a popularizarse siguiendo un ritmo creciente hasta nuestros días.

El estudio de la vinculación entre el estrés y el trabajo tiene más de un siglo de antigüedad, si bien la terminología empleada ha ido cambiando. Así, Mosso y Maggiora abordaron en Italia en 1908 el estudio de la fatiga física y psíquica. Un año más tarde Patrizi creó en Módena el primer laboratorio de Psicología del Trabajo, recogiendo esta temática. Myers estudió durante la I Guerra Mundial la relación entre fatiga, productividad y accidentalidad laboral. El número de estudios que relacionan el estrés, el trabajo y la salud no ha dejado de crecer desde los años 60, convirtiéndose en uno de los tópicos más frecuentes en la literatura psicológica actual.

A lo largo de los años el estrés ha sido entendido como estímulo, como respuesta y como interacción, siendo en la actualidad este último planteamiento el comúnmente aceptado. Así, el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores externos o internos) y los recursos de que dispone el sujeto (Lazarus y Folkman, 1986).

La presente conferencia pretende servir de marco a las Jornadas. En ella se abordarán el desarrollo histórico del estrés y el estrés vinculado al trabajo y se presentará una visión panorámica de los principales campos de estudio en este área (estrés laboral, estrés y salud, burnout, etc.), que posteriormente serán desarrollados en detalle por los diversos conferenciantes.

El presente capítulo pretende servir de marco al conjunto de trabajos que se presentan en esta obra, fruto de las Jornadas sobre el estrés y conciliación de la vida laboral. Aquí abordaremos fundamentalmente los orígenes y desarrollo del concepto de estrés así como las implicaciones de éste en el ámbito laboral. En los siguientes capítulos que componen la obra se abordarán de forma pormenorizada distintos aspectos del estrés laboral, el síndrome de burnout, el mobbing, sus implicaciones en la salud y diversos abordajes terapéuticos.

Bibliografía

- Bernard, C. (1878). *Les phenomenes de la vie*, vol1. Paris: Librairie J-B Bailliere et Fils.
- Brengelmann, J.C. (1987). Estrés y Terapia contra el Estrés: Un proyecto internacional. En M.C. López-Alschwager y F. Alcalá-Toca (Eds.), *Progresos en Análisis y Modificación de Conducta. J.C. Brengelmann: Publicaciones en España*. Valencia: Valencia: IFT Publicaciones (v.o. 1981).
- Cannon, W.B. (1929). Organization for physiological homeostasis. *Pyhsiology Reviews*, 9, 399-431.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (1994). Psicología, Medicina y Salud. *Monografía de Ansiedad y Estrés*, vol. 0. Murcia: Compobell.
- Comisión Europea (2000). Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»? Luxemburgo: Autor. Disponible en: http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/health_safety/publicat/stress_es.pdf
- Engel, B.T. (1985). Stress is a noun! no, a verb! no, an adjective!. En T.M. Field, P.M. McCabe y N. Schneiderman (Eds.), *Stress and Coping* (pp.3-11). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fernández Abascal, E.G. (1995). Estrés. En E.G. Fernández Abascal (Ed.), *Manual de Motivación y Emoción* (pp. 489-522). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Giardino, N.D. y Lehrer, P.M. y Feldman, J.M. (2000). The role of oscilations in self-regulation: Their contribution to homeostasis. En D.T. Kenny, J.G. Carlson, f.J. McGuigan y J.L. Sheppard (Eds.), *Stress and Health: Research and clinical applications* (pp. 27-51). Amsterdam: Arwood Academic Publishers.

- Labrador, F. y Crespo, M. (1993). *Estrés: Trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Processes*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company (Traducción española: Ed. Desclée de Brouwer, 2000).
- Lumsden, D.P. (1981). Is the concept of "stress" of any use, anymore?. En D. Randall (Eds.), *Contributions to primary prevention in mental health: working papers*. Toronto: Toronto National Office of the Canadian Mental Health Association.
- Miguel Tobal, J.J. (2000). Emociones y salud: principios y aplicaciones. En J.M. Peiró y P. Valcárcel (Coord.), *Psicología y sociedad* (pp.79-108). Valencia: Real Sociedad Económica de Amigos del País.
- Miguel-Tobal, J. J., y Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones. En E. G. F.-A. F. Palmero, F. Martínez y M. Chóliz (Ed.), *Psicología de la Motivación y la Emoción* (pp. 571-581). Madrid: McGraw-Hill.
- Peurifoy, R. (1993). *Venza sus temores. Ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Ed. Robin Book.
- Prieto, J.M. (1995). Stringere. *Ansiedad y Estrés*, 1 (2-3), i-v.
- Sandi, C. (2000). Estrés: aspectos psicobiológicos y significado funcional. En C. Sandi y J.M. Calés (Eds.), *Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas* (pp.13 - 45). Madrid: Sanz y Torres.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

EDUCACIÓN EMOCIONAL Y ESTRÉS

José L. Arco Tirado

Francisco D. Fernández Martín

Universidad de Granada

Cada vez con más frecuencia aparecen noticias en los medios de comunicación, relacionadas con el estrés, la ansiedad y los problemas laborales, sociales, económicos y de salud que generan. Por ejemplo, el consumo creciente de ansiolíticos, anti-depresivos, relajantes musculares y otras sustancias psicoactivas en nuestro país y en los países de nuestro entorno se incrementa cada año de manera preocupante. Las proporciones pandémicas que algunos problemas como el estrés están alcanzando entre los trabajadores europeos y el altísimo coste que su tratamiento supone para la seguridad social de cada país es otro de los temas con prioridad máxima entre los responsables de la salud pública. El riesgo creciente asociado a determinados trabajos en los que predomina la actividad mental, o la aparición de nuevos fenómenos, o al menos nuevos nombres como el mobbing, están igualmente acaparando la atención creciente de profesionales de la salud, de los medios de comunicación, de instituciones y también de investigadores.

Incluso, algunos estudios se convierten en noticia precisamente por la potencial peligrosidad que sus resultados encierran. Una de estas noticias ha sido el estudio realizado por la empresa Sosmatic (Servimedia, 2003) en la que se recoge que el 43% de los españoles insulta, grita o pega a su ordenador, cuando éste no se comporta conforme a lo esperado. Efectivamente, según la encuesta realizada por la multinacional a 350 usuarios, de los usuarios violentos, un 51,3% afirma que ha estado a punto de golpear a su ordenador en alguna ocasión, aunque finalmente se ha reprimido. Un 32,2% reconoce que ha golpeado algún componente para descargar su agresividad y un 16,4% responde con violencia verbal a los problemas informáticos. En cuanto a las partes del PC que suelen ser con más frecuencia víctimas de las iras de sus usuarios, la peor parte se le lleva el ratón, que es agredido por un 31,5% de ellos. Le siguen el monitor, golpeado por el 14,8%, la impresora (11%), la torre, el teclado y otros componentes. Por si esto fuera poco, una quinta parte de los encuestados se ha llegado a plantear en algún momento de enfado con el ordenador si realmente la informática le soluciona la vida o se la complica mucho más. Los "cuelgues" y caídas en la velocidad del equipo son los problemas que más irritan a los usuarios (23%), seguidos del "spam" (correo basura) y el exceso de correo electrónico (20%) y los virus (14%).

Evidentemente los datos anteriores esconden problemas relacionados con un control emocional deficiente, el estrés, la ansiedad y los impulsos agresivos que a veces generamos y que no siempre acertamos a reconducir en tiempo y forma. De no ser porque el 70% de las consultas en Atención Primaria están relacionadas con lo que se ha dado en llamar “Depresión-Ansiosa” y el coste económico que su atención y cuidado está teniendo en las frágiles cuentas del estado, quizás no estaríamos dedicando estas jornadas a este asunto. En este sentido, la Agencia de noticias Europa Press (26 Noviembre, 2002) establece que el estrés laboral afecta a más de 40 millones de europeos y cuesta la friolera de 20 mil millones de euros a las economías de los países afectados.

Pero si la preocupación de los economistas y de los políticos es fundamentalmente económica, la de los profesionales de la salud es fundamentalmente científica. Es decir, que hasta hace relativamente pocos años se ha dedicado muy escasa atención a investigar este complejo fenómeno dentro del desarrollo humano, al menos, en su componente emocional. Quizás, podemos encontrar razones para entender esta supuesta negligencia de investigadores y también de educadores, en el hecho de que prácticamente todo el protagonismo de la investigación sobre desarrollo humano se lo ha llevado la investigación sobre el desarrollo cognitivo y lingüístico. Sin embargo, hoy en día sabemos que puede que sea posible discutir el desarrollo cognitivo sin referencia explícita a la emoción, pero intuimos que el estudio del desarrollo emocional debe entenderse en relación a los avances sociales, cognitivos y lingüísticos del niño.

Primeras aproximaciones

Desde Darwin se ha hecho una distinción fundamental entre emociones que aparecen en la infancia temprana y emociones que aparecen más tarde en el desarrollo, dependiendo de procesos cognitivos complejos y, quizás únicamente humanos. Al contrario de lo que ocurre con expresiones ligadas a emociones básicas, para las cuales existen claros correlatos en el mundo animal, Darwin (1872/1965) entendió la conciencia de “sonrojarse” como “la expresión más peculiar y humana”.

Darwin creyó que el elemento esencial en las respuestas cognitivas que inducen a una persona a sonrojarse, incluyendo, timidez, vergüenza, modestia y culpabilidad era una fuerte atención a uno mismo. Más tarde añadió a su teoría, que esas emociones reflejaban una evaluación de uno mismo en relación con un estándar. Invocó el principio de asociacionismo para explicar la evolución de una respuesta que se vincula a nuestra apariencia física a los ojos de otros y a la autoconciencia en relación a una conducta moral.

Aproximaciones más recientes

El panorama actual marcado por los diseños curriculares de carreras como la psicología, revela que el descuido histórico y formativo de educadores y profesionales de la salud está corrigiéndose. Es decir, que el estudio del papel de las emociones en el conjunto del desarrollo humano, especialmente aquellas de las que el individuo es consciente, está recibiendo últimamente la atención que merece por parte de investigadores, educadores y clínicos. Entre estas emociones podemos incluir: avergonzarse, envidiar, empatizar, orgullo, vergüenza, y culpabilidad. Siguiendo a Darwin estas emociones se producen siempre que intervenga la conciencia del individuo junto con la interiorización de reglas y estándares.

El primero de estos prerrequisitos aparece en los humanos a partir del segundo año de vida aproximadamente. Otros sentimientos como vergüenza y empatía aparecen siempre en relación a conductas autorreferenciadas (Lewis, Sullivan, Stanger, y Weiss, 1989). Lewis argumenta que sentir vergüenza, a diferencia de estar avergonzado, requiere sólo la autoconciencia, pero no la auto-evaluación. Incluso antes de los dos años los niños reaccionan a demandas sociales comprendiendo que ciertas actividades están prohibidas (Kochanska, 1993; Kop, 1989). Como muchos autores han manifestado, la internalización completa de las reglas parentales, los valores sociales, y el desarrollo de principios morales individuales implican procesos de socialización que tienen lugar durante los primeros veinte años de vida. Es importante tener en mente, que aunque los avances cognitivos aportan la base para la emergencia de emociones conscientes, la intensidad de las mismas, así como el efecto positivo o (psico)patológico en el desarrollo, depende de la calidad del contexto interpersonal en el que los niños se han socializado, particularmente, de las relaciones de apego.

A pesar del trabajo temprano de carácter descriptivo de Darwin y el importante papel que la tradición psicoanalítica le ha otorgado a la vergüenza y la culpa (Freud, 1923/1961) y más tarde la teoría sobre desarrollo psicosocial y conducta prosocial de Erikson (1963), estos estados emocionales sólo han recibido atención empírica esporádica hasta muy recientemente (LaFreiniere, 2000). Otros autores como Eisenberg y Fabes (1992) han sugerido que la relación entre la respuesta emocional y la conducta prosocial quizás es más compleja de lo que pensamos. Sugieren que solamente ante niveles moderados de arousal se elicitaba conducta prosocial, y que con niveles bajos no existe suficiente motivación y con niveles altos puede provocar en el sujeto distress y consecuentemente conductas de evitación para escapar a la fuente de estrés. Para estos autores, la habilidad del niño para modular su reacción emocional es la clave para que la respuesta de ayuda a otra persona estresada sea la esperada, es decir, se focalice en la otra persona y no en su propio estrés. Esta habilidad para moderar el nivel propio de arousal implica regulación neuropsicológica, control atencional, appraisal cognitivo y habilidades de afrontamiento.

Los psicólogos evolutivos consideran que hablar sobre los estados emocionales internos es importante puesto que permite mejorar y fortalecer las habilidades emergentes del niño para coordinar emoción con cognición y conducta a la hora de resolver situaciones sociales desafiantes. Esta función del lenguaje referido a las emociones y su regulación o control, como hemos dicho anteriormente, ha comenzado recientemente a estudiarse tanto en sus aspectos intrapersonales como interpersonales.

Todavía no existe una visión compartida por científicos y especialistas sobre el curso que sigue el desarrollo de las emociones conscientes. Lo anterior se ha debido a las dificultades que su estudio plantea, bien por la dificultad de inferir la presencia de esas emociones, bien por las dificultades éticas asociadas a planteamientos más experimentales. No obstante, ha sido a través de la observación naturalista como se ha aportado más información y datos.

Desarrollo emocional

De acuerdo con Bretherton, Fritz, Zahn-Waxler y Ridgeway (1986), entre la edad de 18 y 36 meses los niños aprenden a (1) nombrar sus emociones y las de otros, (2) referirse a emociones pasadas y futuras, (3) discutir los antecedentes y consecuentes de las emociones. Con el desarrollo del lenguaje, los niños alcanzan una nueva forma de entender sus propias experiencias emocionales, así como las de otros. Se abre por tanto la posibilidad de reconocer y nombrar las emociones, hablar sobre emociones y comprender sus causas y consecuencias.

El descenso gradual que los niños experimentan en enfados, frustraciones, conducta desafiante y rabietas al comienzo del preescolar (Kuczynski y Kochanska, 1990), se debe a sus progresos en dirigir y monitorizar su propia conducta (Koop, Krakow y Vaughn, 1983), en resistirse a tentaciones e inhibir conductas (Luria, 1980), expresar sus emociones internas en palabras (Bretherton et al. 1986) y a usar el lenguaje y el afecto para persuadir a otros de que satisfagan sus necesidades emocionales (Dunn y Brown, 1991). Al resultado de todos estos procesos y aprendizajes se le denomina **regulación emocional**. Es decir, al proceso mediante el cual los niños controlan sus estados emocionales y la expresión de estos estados para adaptarse a diferentes situaciones y demandas sociales. Thompson (1994) lo define de la siguiente manera: “*la regulación emocional consiste en los procesos intrínsecos y extrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus parámetros de intensidad y duración, para alcanzar un objetivo*”.

La participación de *procesos externos e internos* en la regulación emocional también es reconocida por autores de la tradición psicoanalítica (Kopp, 1989) enfatizando los aspectos afectivos-motivacionales y también de la tradición soviética (Luria, 1980;

Vygostky, 1978), enfatizando el papel de las interacciones verbales entre padres e hijos. Otros autores como Sroufe (1996) desde una perspectiva organizacional, enfatiza que la *regulación* que ejerce el *cuidador* sobre la tensión del niño durante los primeros seis meses de vida, da lugar a la emergencia de la auto-regulación en el segundo año y el control internalizado durante los siguientes años.

Autores desde la perspectiva de la Personalidad han reconocido igualmente, la importancia de la habilidad de un individuo para mantener el control en situaciones con alto grado de arousal.

Cuando el niño presenta desajustes a la vida académica, según profesores, padres y clínicos es que subyacen dificultades para controlar la frustración, regular el enfado y controlar la conducta agresiva. Entonces se les denomina problemas de conducta por exceso. Estos problemas también pueden aparecer por defecto y es cuando el niño se inhibe conductual y emocionalmente ante la más mínima señal de distress, lo cual acaba siendo, obviamente, contraproducente.

Engaño táctico (Tactical Deception)

La investigación animal ha sido siempre una fuente de datos e inspiración para la investigación posterior con humanos. Este es el caso del experimento realizado con chimpancés en el ámbito de la inteligencia social. Uno de esos experimentos con monos de 3-4 años de edad, consistió en mostrarles el lugar donde se escondía una banana, la cual sólo podían alcanzar con la ayuda de dos experimentadores. El primer experimentador era “bueno” y al conseguir la banana mediante la ayuda del animal, éste se la daba al mono para comerla. El segundo experimentador era malo y se la comía el mismo. Pues bien, tras varios ensayos los animales aprendieron a comportarse de manera distinta ante uno y otro experimentador. Al primero le indicaban honestamente pistas para conseguir la banana. En cambio al segundo pretendían engañarlo mostrando que no sabían donde estaba la banana e incluso dándole pistas falsas. Un experimento similar realizado con niños de 3, 5 y 8 años, consistió en esconder un juguete en uno de tres lugares posibles. Se le dijo al niño que debía engañar al adulto que buscaba el juguete. Todos los niños de 3 años fallaron en sus intentos de engañar al adulto, pues bien encogían sus hombros y pretendían que no sabían donde estaba el juguete escondido, miraban de vez en cuando hacia donde estaba escondido, lo cual les delataba. Los niños entorno a cinco años mostraban más control sobre la conducta no verbal, al no mirar hacia el lugar en que se escondía el juguete, aunque prácticamente todos utilizaron una estrategia previsible a la hora de decidir dónde esconder el juguete. Solamente los niños de ocho años entendieron que si no cambiaban la estrategia de esconder el juguete, entonces el adulto lo averiguaría por sí sólo, por lo que el 80% de los niños de esta edad, utilizaron una estrategia irregular para esconder el juguete. Igualmente mostraron más estrategias y más efectivas

al intentar confundir al adulto que buscaba, como por ejemplo mirar a lugares donde no estaba escondido el juguete.

Este experimento se inserta en los estudios conducidos para mostrar lo que se ha denominado Teoría de la Mente (TOM) (LaFreniere, 1988). O dicho de otro modo, la habilidad que presentan algunos animales y por supuesto los humanos, para anticipar e interpretar los deseos, emociones e intenciones de otros.

Psicología de la creencia-deseo

Wellman (1990) propone que la psicología de la creencia-deseo transcurre en dos etapas. Primero, los niños pueden explicar y predecir la conducta de otra persona basándose en la asunción que realizan sobre sus emociones y deseos. Segundo, discriminar que una creencia es una representación de la realidad, no la realidad misma. Quizás un ejemplo que nos permite entender esta cuestión procede de experimentos realizados con niños de 4-6 años que prefieren meter la mano en una caja cuyo interior no ven y que se les dice que tiene un muñeco imaginario dentro, que meterla en otra caja que han inspeccionado antes y que se le dice que hay un monstruo dentro. Incluso algunos piden que no se les deje solos en la habitación con la caja.

Si bien con los experimentos anteriores se demuestra el conocimiento y dominio progresivo de los niños de sus propias emociones, está menos claro que puedan comprender que ciertos eventos les disparan emociones contradictorias. Los niños anteriores de 8 años difícilmente imaginarán la presencia de emociones contradictorias el último día de clase, pero niños de 10 años sí que pueden hacerlo. Ejemplo, felicidad ante la llegada del verano y tristeza porque dejarán de ver a sus amigos del colegio (Harter y Buddin, 1987).

Ambivalencia emocional

A continuación aparece la ambivalencia emocional (Emocional Dissemblance) o habilidad para externalizar respuestas no congruentes con los estados emocionales internos (Goffman, 1959). El niño deja de ser espontáneo e impulsivo para pasar a ser más controlado según pautas sociales. Ejemplos son: "cuando te den algo has de mostrarte agradecido, incluso si no te gusta". De no hacerlo, el niño se verá continuamente involucrado en situaciones desagradables y problemáticas en sus interacciones con los demás y, por tanto, perjudicado en su desarrollo. De nuevo nos encontramos con otra habilidad extraordinariamente importante desde el punto de vista evolutivo, pero también muy peligrosa desde el punto de vista de la adaptación psicológica del sujeto a su entorno social. Ejemplo: -cuando a uno le dicen buenos días en el ascensor y el otro se queda pensando... ¿Qué me habrá querido decir?...-.

Parece, por tanto, que la comprensión de la ambivalencia emocional no aparece bien instaurada antes de la edad de 9 años. A partir de este momento y hasta la adolescencia y la adultez los niños van mejorando su habilidad para incorporar a su repertorio, respuestas emocionales complejas apropiadas a las demandas del entorno. La interiorización de esas pautas sociales adquiere distintas funciones como mejorar la inserción del individuo en el grupo, o la organización y predictibilidad del mismo. Por lo que las circunstancias sociales y culturales van a influenciar la probabilidad de que una emoción se exprese, tanto por sus consecuencias interpersonales como intrapersonales. Cuatro habilidades parecen necesarias para manejar las emociones de manera efectiva:

- (1) conocimiento respecto a qué situaciones son apropiadas para expresar la emoción,
- (2) habilidad para controlar la conducta expresiva,
- (3) la motivación para hacerlo y
- (4) el nivel de comprensión cognitivo.

A partir de este momento es cuando la cultura comienza a adueñarse del individuo, es decir, a dotarle de una forma de ver (interpretar) el mundo y un patrón de cómo interaccionar (comportarse) con él. Quedando por tanto afectados tanto lo que *sienten*, como lo que *piensan* como lo que hacen. Y por razones que aun no alcanzamos del todo a comprender, y menos aun de aislar en un laboratorio, el supuesto equilibrio que mantienen entre sí los (tres) componentes de lo que somos se pierde, y es entonces cuando en un momento dado nos “damos cuenta” o nos hacemos más plenamente conscientes de que “no controlamos”, que estamos estresados, ansiosos o incluso ya con problemas de salud. Entonces es cuando aceleramos el uso de la herramienta más poderosa que disponemos para transformarlo todo, esto es, nuestro pensamiento. Lo intentamos poner a nuestro servicio y lo que conseguimos es, en realidad, más desorganización, más incertidumbre, más dudas, más cansancio, más estrés, quedando de esta forma “tocados” no sólo el trabajo, los compañeros, los amigos o la familia, sino también incluso la integridad de uno mismo se puede poner en peligro, cuando hacemos un uso inadecuado de esa herramienta.

Pero la verdad es que nadie nos dice cual es su naturaleza y cómo hay que usarla. No viene con un manual de usuario, ni con garantía, ni con un período de rodaje. Cuando ya la tenemos podemos usarla para cualquier cosa que “se nos ocurra”. Y así lo hacemos y por eso a veces, nos encontramos que no sabemos cómo pararla, ni porqué nos lleva a donde nos lleva, ni cómo deshacernos de ella y de la recurrencia de muchos de sus pensamientos y sus correspondientes estados de ánimo. Y acabamos perdidos en el laberinto de los pensamientos y las emociones, es decir, los “pensociones” y los “emosamientos”.

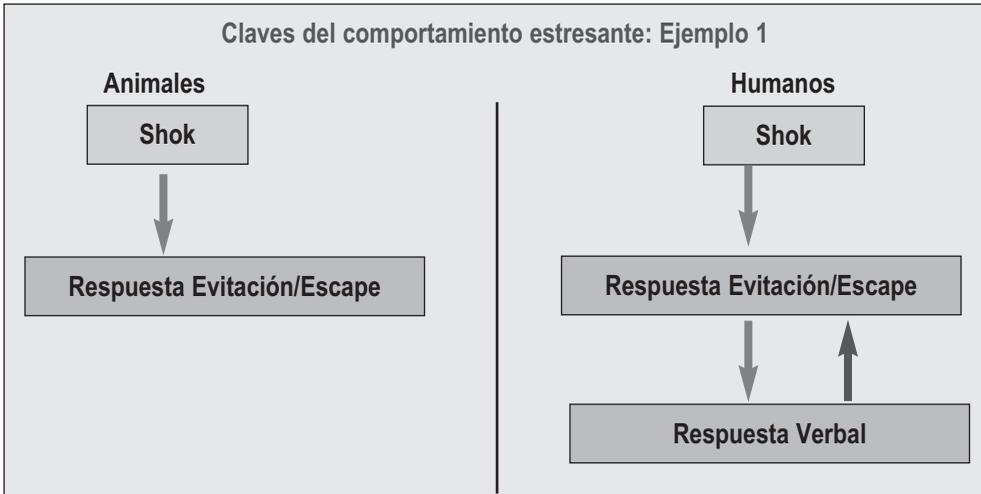
Por lo tanto, sabemos que tenemos por un lado, las condiciones laborales que se dan en el trabajo que cada individuo realiza, tanto las ligadas a la dirección, como a las tareas, como a la organización, como a la jornada, etc., por otro, las condiciones personales como por ejemplo el estilo atribucional, las creencias, las expectativas, etc., y, finalmente, las enfermedades laborales o estados patógenos del cuerpo o del funcionamiento psicológico (mental). La interacción de todos estos elementos entre sí, tiene lugar mediante una serie de respuestas cognitivas, motóricas y emocionales que permiten al individuo ajustar su comportamiento a las exigencias y necesidades del ambiente. Pero debido tanto al número de variables involucradas de manera simultánea en cada una de estas transacciones entre individuo y ambiente, como a la incalculable velocidad a la que tienen lugar, como también a la complejidad de muchas de esas variables y nuestro limitado conocimiento acerca de su naturaleza como ocurre por ejemplo con el estrés y la ansiedad, nuestra capacidad para comprender e intervenir tales fenómenos es limitada. Es decir, que la potencia de los tratamientos psicológicos disponibles para atajar con eficacia en el corto y medio plazo esas dificultades, es también limitada.

Entre las variables que cita la literatura sobre el tema tenemos las siguientes:

- Respuesta del organismo (involuntaria): taquicardia, alteraciones ritmo, respiración, aumento tensión muscular, aumento glucemia en sangre, aumento metabolismo basal, aumento colesterol, inhibición sistema, inmunológico, sensación nudo en la garganta, dilatación pupilar, etc.
- Respuesta de la persona (in-voluntaria): sensación de preocupación, indecisión, bajo nivel de concentración, desorientación, mal humor, olvidos, hipersensibilidad a la crítica, sentimientos de indefensión, desesperanza, culpabilidad, pensamientos en zig-zag, pensamientos obsesivos, pensamiento radical, etc.
- Problemas de salud: Gastritis Úlcera, Ansiedad, Accidentes, Consumo / Abuso sustancias, Insomnio, Colitis nerviosa, Migraña, Depresión, Agresividad, Disfunción familiar, Trastornos sexuales, Hipertensión, Infarto miocardio, Trombosis cerebral, Conductas antisociales, Neurosis, Psicosis, etc.
- Condiciones laborales: Trabajo apresurado, Peligro constante, Riesgo vital, Confinamiento, Alta responsabilidad, Riesgo económico

Modelo funcional de desarrollo psicológico

Diagrama de flujo sobre el estrés y su génesis



Si comparamos la respuesta que emite un animal de laboratorio como por ejemplo una rata con la respuesta que emite un humano, encontramos que ante la presencia de un shock eléctrico, tanto el animal como la persona reaccionan emitiendo respuestas de evitación o escape. Sin embargo, las diferencias entre ambos patrones de comportamiento residen precisamente en que el animal, deja de emitir respuestas de evitación o escape, inmediatamente después de que el estímulo amenazante ha desaparecido. No ocurre lo mismo en el caso de humanos, pues está demostrado que junto a la emisión de la conducta de evitación o escape de carácter motórico, emite otra conducta adicional de carácter simbólico o lingüístico, como puede ser por ejemplo un pensamiento o verbalización sobre el evento vivido. Esta respuesta adicional, si se presenta bajo determinados parámetros de frecuencia, intensidad y duración, puede llegar a convertirse en disfuncional. Ya que por sí sola es capaz de elicitar respuestas de evitación o escape adicionales incluso a estímulos neutros que posteriormente quedan condicionados. Estamos por tanto, ante un fenómeno que si bien tiene indudablemente implicaciones adaptativas vitales en el caso de los humanos, puede también llegar a tener serias consecuencias perjudiciales para la salud física y mental del individuo.

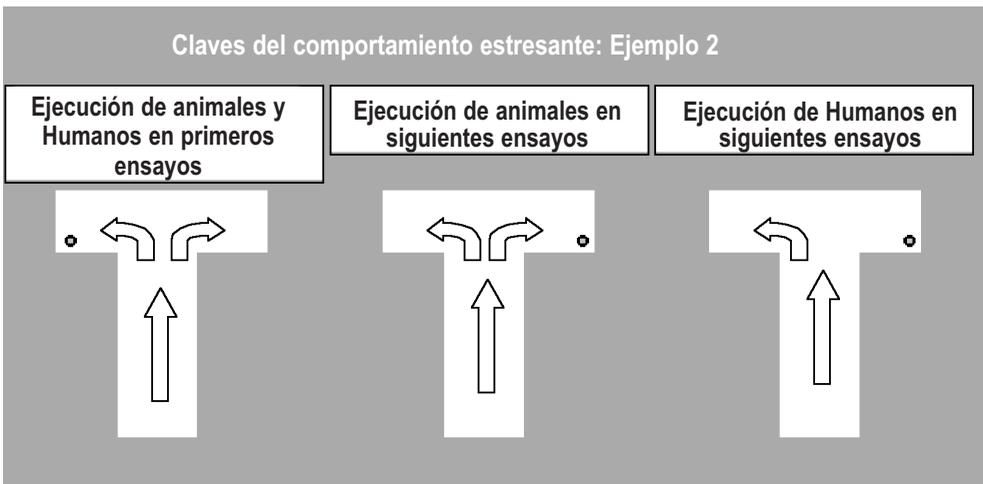
El ejemplo que aparece abajo es otra forma gráfica alternativa de poner de manifiesto las diferencias en comportamiento entre humanos y no humanos en tareas simples de laboratorio, pero que tienen su prolongación en situaciones concretas también de la vida cotidiana y especialmente en situaciones laborales. Piensese por ejemplo, cuando intentamos encontrar un archivo en nuestro ordenador, que por la razón que sea, se ha ubicado en una carpeta o subdirectorio que desconocemos o no recorda-

mos. En lugar de utilizar las herramientas de búsqueda que el propio software informático dispone para tal fin, en muchas ocasiones nos empeñamos en utilizar estrategias erróneas en la localización del archivo perdido. Esto da lugar frecuentemente a respuestas de activación de tipo psicofisiológico (arousal) que a poco que se combinen con otras circunstancias como la prisa, la necesidad o la importancia del documento, nos encontramos ante un episodio más de estrés.

Si durante ese episodio aparecen ciertos pensamientos relacionados con la situación (ej. “dónde lo dejaría”, “si es que no me entiendo con estos aparatos”, “quien me manda...”) entonces, tenemos grandes probabilidades de condicionar negativamente esa tareas como es la búsqueda de un documento. Y desgraciadamente también otras, como puede ser por ejemplo el talante que portamos al hablar con algún compañero de trabajo, o también, la prisa o la velocidad con la que minutos después almorzamos.

La misma secuencia o patrón podemos aplicar a multitud (prácticamente la totalidad) de eventos y tareas de nuestro trabajo, pues desgraciadamente una vez que este patrón de comportamiento se asienta en la forma de responder de una persona, se generaliza a otros ámbitos de su vida personal o familiar, etc.

Mapa de la conducta humana en contraposición a la de otros animales.



Para finalizar intentaremos reflejar de una forma sistemática y comparativa, en la tabla que aparece más abajo, las diferencias que subyacen entre el modelo llamémoslo tradicional de enfocar y entender el funcionamiento psicológico humano y la forma alternativa que proponemos como medida para paliar y prevenir problemas de salud mental y física asociada a dificultades laborales y personales de la vida cotidiana

En la tabla tenemos dos columnas donde se refleja la información descriptiva básica relativa a cada una de las dimensiones que aparecen en las filas de la tabla. En

concreto tenemos en la primera fila, las asunciones básicas que subyacen a cada uno de los dos planteamientos analizados en este trabajo, a continuación tenemos la definición de salud o normalidad que se maneja en ambas posturas, así como las implicaciones que puede llegar a tener el hecho de partir de una definición más o menos próxima a planteamientos basados en la concepción médica de la salud mental. A continuación aparecen en sendas filas, los factores que facilitan o dificultan una respuesta más adaptativa de las personas a las situaciones demandantes que tanto el entorno laboral como personal les plantea.

Tabla comparativa entre el modelo culturalmente dominante de salud mental y el modelo contextual-funcional.

	MODELO FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO MÁS EXTENDIDO	MODELO PSICOLÓGICO ALTERNATIVO SOBRE FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO (FUNCIONAL)
ASUMCIONES BÁSICAS	<ul style="list-style-type: none"> • EL CUERPO ESTÁ CONSTITUIDO PARA PERMANECER SALUDABLE A TRAVÉS DE SUS PROPIOS MECANISMOS Y MEDIOS • MODELO PSICOLÓGICO IMPORTADO EL MODELO MÉDICO 	<ul style="list-style-type: none"> • LA SALUD FÍSICA ES UN ESTADO NATURAL Y HOMEOSTÁTICO AL QUE TIENDE EL ORGANISMO A TRAVÉS DE SUS PROPIOS MECANISMOS Y MEDIOS, PERO NO OCURRE LO MISMO CON LA SALUD PSICOLÓGICA • EL MODELO MÉDICO NO ES EXTRAPOLABLE A LO PSICOLÓGICO • EL BIENESTAR PSICOLÓGICO HAY QUE GANARLO DÍA A DÍA
DEFINICIÓN SALUD PSICOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> • EL BIENESTAR PSICOLÓGICO ES LO NORMAL ANORMALIDAD=ENFERMEDAD 	<ul style="list-style-type: none"> • LA ANORMALIDAD ES TAMBIÉN SALUD PSICOLÓGICA (MALESTAR PSICOLÓGICO≠ENFERMEDAD)
FACTORES QUE LO FAVORECEN	<ul style="list-style-type: none"> • RACIONALIZACIÓN • CONTROL SOBRE EL PENSAMIENTO. (INTENTO...) • CONTROL DE LOS SENTIMIENTOS. (NO QUIERO SENTIRME...) 	<ul style="list-style-type: none"> • CONOCIMIENTO SOBRE LEYES FUNCIONAMIENTO DEL PENSAMIENTO. (EJ. NO QUIERES ALGO...) • EL BIENESTAR PSICOLÓGICO HAY QUE APRENDER A PRODUCIRLO Y MANTENERLO. EJ. TENGO QUE IR AL TRABAJO PERO NO ME SIENTO BIEN/NERVIOSO/ATURDIDO/MUY CANSADO
FACTORES QUE LO PERJUDICAN	<ul style="list-style-type: none"> • TENDENCIA A EXPLICAR O JUSTIFICAR TODO • PARA QUE TU VIDA FUNCIONE HAS DE CONTROLAR • CONFUNDIR LAS PIEZAS CON EL TABLERO • EN LA CABEZA ESTÁN LAS RESPUESTAS 	<ul style="list-style-type: none"> • LA ARROGANCIA DEL LENGUAJE (EJ. DIME COMO ANDAR) "CONTROL IS THE PROBLEM.(EJ. ELEFANTE BLANCO). SOMOS LO QUE PENSAMOS (EJ. SOY UN ESTÚPIDO). TENER QUE ALIARSE CON ALGUIEN (EJ. TIRAR DE LA CUERDA). • CONVENCIONES DEL LENGUAJE (EJ. "PERO" VS. "Y") • TENDENCIA A JUSTIFICAR TODO (EJ. POR QUÉ NO ESTABA EL BOCADILLO)

Si nos fijamos en el modelo psicológico más extendido (columna del centro) encontramos que, según este enfoque, el cuerpo está constituido para permanecer saluda-

ble (mentalmente) a través de sus propios mecanismos o medios. Tal y como ocurre en el ámbito de la medicina, en donde se parte de que el organismo tiende, mediante mecanismos homeostáticos, a permanecer en equilibrio en indicadores bioquímicos, biológicos y fisiológicos básicos (metabolismo, funcionamiento hormonal, digestión, flujo sanguíneo, conservación de energía, etc.). Al comparar este modelo con el que hemos denominado funcional, por proceder de la tradición funcionalista y conductual de la psicología, nos encontramos asunciones muy diferentes. Es decir, que si bien la salud física es un estado natural y homeostático al que tiende el organismo a través de sus propios medios, no ocurre lo mismo con la salud psicológica. Ya que el bienestar psicológico no se considera como algo que nos viene dado, sino que hay que ganarlo día a día. En otras palabras, que el concepto de salud física del modelo médico no es extrapolable al concepto de salud o bienestar psicológico.

El segundo aspecto sobre el que establecemos comparaciones con la finalidad de entender mejor por qué a veces nos comportamos de manera deficiente desde el punto de vista de adaptarnos o no a las exigencias del entorno y por tanto desde el punto de vista de disfrutar niveles aceptables o no de felicidad en nuestras vidas, tiene que ver con la definición de salud psicológica. Mientras que el modelo médico adopta una concepción de salud psicológica como normalidad y por tanto, la ausencia de bienestar psicológico se entiende como presencia de enfermedad; el modelo alternativo que proponemos entiende que la anormalidad, en el sentido de presencia de malestar psicológico no equivale a enfermedad. Es decir, que si en algunos o muchos momentos nos sentimos mal desde el punto de vista psicológico no deberíamos sobreentender que “nos pasa algo” o que “algo no funciona bien dentro”, pues estas emociones o sentimientos forman parte de nuestro repertorio de comportamientos psicoemocionales y por tanto, de nuestra normalidad. Lo que sucede es que lógicamente nadie quiere o le gusta estar triste, deprimido o continuamente enfadado, por lo que ponemos en marcha respuestas con la intención de cambiar esas condiciones o estados de ánimo. La clave está precisamente ahí, es decir, en el tipo de respuestas que emitimos o adoptamos para responder y cambiar esas emociones o estados de ánimo.

Entre las respuestas que efectivamente incorporamos en nuestro repertorio para modificar las sensaciones internas o los pensamientos que nos presionan, estresan o amenazan, están la racionalización, y los intentos de controlar los pensamientos y las emociones que tenemos. Todos ellos forman parte de la cultura en la que nos movemos y de los aprendizajes que de manera automática realizamos. El problema radica en ello precisamente, en que aprendemos a utilizar estas estrategias de racionalización y control como estrategias efectivas en nuestras interacciones con el entorno como por ejemplo comprender el funcionamiento de un cajero automático o calcular el coste de unas vacaciones en función del número de días, lugar, etc., o bien cerrar la ventana si tenemos frío, pero no nos advierten de que esas mismas estrategias aplicadas a eventos internos de nuestro cuerpo resultan completamente ina-

decuadas. Un ejemplo lo encontramos cuando intentamos no pensar en algo (por ejemplo intente no pensar durante los próximos 3 minutos en...un elefante azul, y observe qué es lo que consigue) y, efectivamente acabamos pensando aun más en ello, pues no podemos dejar de pensar de manera voluntaria en algo, sino que ello va a depender de la presencia en ese momento de otros elementos bien ambientales (alguien llama a la puerta e interrumpe con ello nuestra cadena de pensamientos) o bien personales (continuar realizando la tarea que estábamos haciendo o bien iniciar alguna otra).

Si en cambio, conocemos cómo se comporta el pensamiento y las leyes que obedece su funcionamiento, como por ejemplo sucede con las cadenas de pensamientos en forma de Zig-Zag, o cómo hemos de conciliar desde el punto de vista comportamental los pensamientos con las emociones y con el resto de comportamientos, para adquirir e internalizar repertorios más adaptativos en el medio y largo plazo y no en el corto, entonces estaremos en mejores condiciones para hacer frente a la presión o la amenaza que representan muchos de esos pensamientos e ideas.

En contraposición a lo anterior tenemos entonces que todos los intentos por entender y/o justificar continuamente todo lo que hacemos y todo lo que nos ocurre y por controlar todo nuestro entorno, pueden dar lugar precisamente a todo lo contrario a lo que esperamos y deseamos. Es por tanto el momento de conocer y poner en práctica estrategias más adaptativas desde el punto de vista personal y vital como es por ejemplo admitir la “Arrogancia del lenguaje”, que los intentos de aplicar control operante sobre nuestro mundo interior, tal y como hacemos con el exterior, no son las formas más recomendables de hacer frente a un entorno y a un mundo, incluido el laboral, cada vez más inhumanos.

RESUMEN

La educación emocional es un área emergente y relativamente nueva en el panorama de la psicología en particular y de las ciencias de la salud en general. Quizás ello se deba a la extraordinaria incidencia y prevalencia de trastornos médicos y psicológicos cuyo agente principal parece ser la respuesta emocional que genera la interacción del individuo con el medio y consigo mismo.

Estos problemas variados de salud física (a través de la somatización) y mental, creemos que están generados y mantenidos por la escasa o nula información y conocimiento que en general la población tiene sobre cómo funcionamos realmente en el ámbito psicológico los humanos. El modelo médico prevalente hasta el momento, basado en la idea de homeostasis aplicada al funcionamiento de órganos, estructuras y sistemas, parece que no sirve para entender ni ajustar el funcionamiento a nivel psicológico de los humanos. De ahí quizás, que actualmente casi dos tercios de las consultas en Atención Primaria, estén relacionadas con el problema emergente de la denominada “depresión-ansiosa”.

El stress y la ansiedad parecen ser los cauces naturales que utiliza el cuerpo para manifestar tales respuestas emocionales, sin embargo, el flujo de ese caudal, y por tanto el grado de psicopatología asociada al mismo, parece estar controlado por una habilidad evolutiva de doble filo que hemos heredado. Esta habilidad no es otra que el propio lenguaje y cómo lo utilizamos para entender y responder a todos los eventos que tienen lugar en nuestra vida cotidiana.

Por tanto, intentar conocer en mayor medida el impacto que sobre nuestra salud mental tiene lo que nos decimos, cómo nos lo decimos y para qué nos lo decimos, es una vía que se está investigando recientemente. De los avances en estas formas alternativas a las tradicionales de aproximarnos al fenómeno de la conducta verbal en interacción con el resto de repertorios del individuo, depende nuestra eficacia en la lucha contra la aparición y desarrollo entre la población de este tipo de dificultades y problemas de salud mental o bienestar psicológico.

Bibliografía:

- Bretherton, I., Fritz, J., Zahn-Waxler, C., y Ridgeway, D. (1986). Learning to talk about emotions: A functionalist perspectiva. *Child Development*, 3, 325-341.
- Dunn, J., y Brown, J. (1991). Relationships, talk about feelings, and the development of affect regulation in early childhood. En J. Garber y K. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 89-108). Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Eisenberg, N. y Fabes, R. (1992). Emotion, regulation, and the development of social competence. En M.S. Clark (Ed.), *Emotion and social behaviour: Vol. 14. Review of personality and social psychology* (pp. 119-150). Newbury Park, CA: Sage.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd. Ed.) New York: Norton.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday.
- Harter, S. y Buddin, B.J. (1987). Children's understanding of the simultaneity of two emotions: A five-stage developmental acquisition sequence. *Developmental Psychology*, 23, 388-399.
- Kopp, C. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Kochanska, G. (1993). Toward a synthesis of parental socialization and child temperament in early development of conscience. *Child Development*, 64, 325-347.
- Kuczynski, L. y Kochanska, G. (1990). Children's non-compliance from toddlerhood to age five. *Developmental Psychology*, 26, 398-408.
- Kopp, C. Krakow, J. y Vaughn, B. (1983). The antecedents of self-regulation in young handicapped children. En M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 17, pp. 93-128). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- LaFreiniere, P.J. (2000). *Emotional Development. A Biosocial Perspectiva*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- LaFreiniere, P.J. (1988). The ontogeny of tactical deception in humans. En R.W. Byrne y A. Whiten (eds.), *Machiavellian intelligence: Social expertise and the evolution of intelligence in monkeys, apes, and humans*. Oxford: Oxford University Press.
- Lewis, M., Sullivan, M., Stanger, C., y Weiss, M. (1989). Self-development and self-conscious emotions. *Child Development*, 60, 146-156.
- Luria, A.R. (1980). *Higher cortical functions in man* (2nd ed.) New York: Basic Books.
- Servimedia, (2003). El 43% de los españoles insulta, grita o pega a su ordenador. Servimedia: Madrid.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. En N. Fox (Ed.), *Emotion regulation: Behavioural and biological consideration. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (Serial No. 240), 25-52.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind and society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wellman, H. M. (1990). *The child's theory of mind*. Cambridge, M.A. MIT Press.

ESTRÉS LABORAL: FACTORES ESTRESANTES Y ADAPTACIÓN

Jesús Martín García

Lourdes Luceño Moreno

Universidad Complutense de Madrid

Introducción

El término estrés proviene de la ingeniería y la arquitectura, refiriéndose a la fuerza que se aplica a un objeto que puede deformarlo o romperlo.

Selye (1956), fisiólogo canadiense, lo importa a la Psicología definiéndolo como una respuesta inespecífica del organismo ante situaciones estresantes, a la que denominó “*Síndrome de adaptación general*” y que incluía tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. Selye (1974) diferenció dos tipos de estrés: *Distres* ó estrés negativo, asociado a la emocionalidad negativa y al desarrollo de enfermedades, y *eustrés* o estrés positivo, asociado a una emocionalidad positiva.

El término estrés se ha definido como estímulo, como respuesta, ó como interacción de ambos. Esta última aproximación es la más aceptada actualmente, configurando los enfoques interactivos del estrés. Situándonos en este paradigma consideramos que el estrés se produce por un desequilibrio entre las demandas ambientales y los recursos disponibles del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986).

Al hablar del término estrés con el adjetivo laboral, “*estrés laboral*”, los autores lo definen siguiendo los *enfoques interactivos del estrés*, como un desequilibrio entre el trabajador y su entorno laboral, ó como una respuesta, es decir como tensión (strain).

Entre los autores e instituciones que ponen el foco de interés, al definir el estrés laboral, en el desequilibrio entre las demandas ambientales y los recursos del sujeto, podemos citar a: Brengelman (1987) que define estrés laboral como aquellas situaciones que provocan fuertes demandas para el individuo y pueden agotar sus recursos de afrontamiento; Mc Grath (1976), que entiende el estrés como “un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)”; Para el *National Institute of Occupational Safety and Health de EEUU, NIOSH*, “el estrés en el trabajo puede definirse como las respuestas nocivas y emocionales que se producen cuando las exigencias del trabajo no corresponden a las capacidades, recursos, o necesidades del trabajador. El estrés en el trabajo puede conducir a una mala salud o a una lesión” (Cincinnati, 1999).

Entre las definiciones de estrés laboral que se centran en el tipo de respuesta que provoca el estrés, podríamos incluir las definiciones de: La *Organización Mundial de la Salud* (O.M.S), “el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”; La *Comisión para la Salud y la Seguridad Británica* (Health and Safety Comisión, HSC, 1999), “el estrés es la reacción de las personas a presiones excesivas u otro tipo de exigencias con las que se enfrentan”; La *Comisión Europea*, (1999), define estrés laboral “como un modelo de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de conducta a los aspectos adversos y dañinos del propio trabajo, la organización y el entorno laboral. Es un estado caracterizado por altos niveles de agitación y angustia y, a menudo, del sentimiento de no saber sobrellevarlo”.

Aunque las investigaciones señalan que el estar sometido a estrés laboral tiene efectos perjudiciales para el trabajador, el estrés laboral no se encuentra entre las enfermedades profesionales, ni existe legislación específica sobre la misma. Aunque la *Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales en su Art. 14 establece que: “En cumplimiento del deber de protección, el empresario debe garantizar la salud y la seguridad de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo”*; e incluye unas matizaciones sobre la misma en su *Art. 15 sobre Principios de Acción Preventiva: “El empresario aplicará las medidas que integran el deber general de prevención con arreglo a los siguientes principios generales: Evitar los riesgos; Evaluar los riesgos que no se pueden evitar; Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud;...; Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro; Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo; Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual; Dar las debidas instrucciones a los trabajadores”*.

El término estrés laboral tampoco se incluye dentro de las categorías que establece la clasificación psicopatológica DSM-IV (1995). En dicha clasificación el estrés se incluyen dentro de los *Trastornos de Ansiedad*, y hacen referencia al *Estrés Postraumático*, y al *Trastorno por Estrés Agudo*. Las definiciones de estos dos trastornos están muy alejadas de lo que actualmente se considera estrés laboral, y por tanto no nos sirven como guía de referencia.

El estrés laboral cobra en la actualidad un especial interés, debido sus efectos tanto en la salud de los trabajadores como en los resultados empresariales, en forma de bajas laborales, incapacidad laboral, pobre rendimiento, absentismo, etc. Sin olvidar la preocupación de las empresas por posibles denuncias por “acoso moral”. En la rama organizacional de la Psicología, lo que se estudia actualmente son aquellos factores psicosociales que afectan al trabajador, para intentar modificarlos interviniendo

en la empresa (*Intervención Primaria*), aunque esto no significa que se minusvalore la intervención psicológica ó sanitaria a nivel individual (*Intervención Terciaria*) y/o las estrategias dirigidas a mejorar la calidad de vida del trabajador (*Intervención Secundaria*).

Hablamos de *factores psicosociales* como “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo” (INSHT, NTP 443).

Epidemiología

De acuerdo con la última *Encuesta de Calidad de Vida Laboral* (2002), elaborada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales sobre un total de 6.020 trabajadores españoles, pertenecientes a todas las comunidades autónomas: El 30.40% de la población encuestada considera que siempre o frecuentemente trabajan bajo condiciones estresantes, frente al 36.3% de trabajadores que casi nunca o nunca lo perciben como estresantes, y el 32.9% que algunas veces perciben dichas condiciones laborales como estresantes (tabla 1.).

Con respecto a la variable género, el 30.8% de los varones perciben *siempre* o *frecuentemente* su trabajo como estresantes, frente al 28.9% de las mujeres (tabla 1.)

Tabla 1. Porcentaje de trabajadores, según la frecuencia de percepción de su trabajo como estresante, de acuerdo con la variable género

Distribución porcentual

	Total	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe/no contesta
TOTAL	100,0	12,6	17,5	32,9	17,2	19,1	0,7
GÉNERO							
Varones	100,0	12,9	17,9	32,8	17,8	17,9	0,7
Mujeres	100,0	12,1	16,8	32,9	16,3	21,2	0,6

Si nos centramos en la edad de los trabajadores, los más estresados son aquellos que se encuentran entre los 30 y los 44 años, ya que el 34% de éstos perciben *siempre* o *frecuentemente* estrés en su entorno laboral. Los trabajadores que menos estrés perciben son aquellos que se encuentran entre los 16 y los 19 años, ya que sólo el 13.5% de ellos perciben *siempre* o *frecuentemente* las condiciones de su entorno laboral como estresantes (tabla 2.).

Tabla 2

EDAD	Total	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe/no contesta
De 16 a 19 años	100,0	8,2	5,3	28,8	22,7	35,0	0,0
De 20 a 24 años	100,0	8,6	12,9	37,9	18,3	21,8	0,4
De 25 a 29 años	100,0	10,7	18,3	36,5	15,9	18,2	0,5
De 30 a 44 años	100,0	14,2	19,8	32,8	15,9	16,8	0,5
De 45 a 54 años	100,0	13,9	17,9	31,4	17,3	18,4	1,0
De 55 a 64 años	100,0	11,3	13,7	28,2	21,2	24,7	0,9
De 65 y más años	100,0	6,9	5,2	30,4	25,4	26,6	5,5

Porcentaje de trabajadores, según la frecuencia de percepción de su trabajo como estresante, de acuerdo a la variable edad

Con respecto al nivel de estudios, los trabajadores sin estudios (menos que primarios) son los que presentan un menor porcentaje de estrés laboral (el 25% consideran *siempre* o *frecuentemente* su trabajo como estresante), frente a los universitarios (el 39,9% de éstos consideran *siempre* o *frecuentemente* su trabajo como estresante).

Tabla 3

NIVEL DE ESTUDIOS	Total	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe/no contesta
Menos que primarios	100,0	11,4	13,6	26,6	23,0	23,0	1,6
Primarios	100,0	12,4	16,1	30,2	19,9	19,9	1,1
Secundarios	100,0	11,0	16,5	34,5	17,3	17,3	0,5
Universitarios	100,0	17,3	22,6	32,6	13,1	13,1	0,5
Otros	100,0	18,4	18,6	28,0	13,8	13,8	0,0
NO CONTESTA	100,0	4,9	10,3	49,8	21,3	21,3	7,6

Porcentaje de trabajadores, según la frecuencia de percepción de su trabajo como estresante, de acuerdo a la variable Nivel de estudios.

De acuerdo a la variable ocupación, utilizando la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994, el 45.5% de los técnicos y profesionales e investigadores, perciben *siempre* o *frecuentemente* su trabajo como estresante, frente al 18,2% de los trabajadores cualificados en agricultura y pesca (tabla 4.).

Tabla 4.

OCUPACIÓN	Total	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe/no contesta
Dirección de las empresas y de la Adm. Pública	100,0	12,9	21,2	31,1	16,5	18,1	0,1
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	100,0	21,0	24,3	34,1	7,8	12,6	0,1
Técnicos y profesionales de apoyo	100,0	13,8	19,1	34,7	16,5	15,6	0,2
Empleados de tipo Administr.	100,0	10,5	22,2	34,9	16,4	15,8	0,3
Trab. servicios restauración, personales, protección y vendedores de comercio	100,0	12,8	17,2	34,1	16,6	18,8	0,5
Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	100,0	4,0	14,2	29,6	23,2	27,8	1,3
Artesanos y trab. cualif. ind. manufac., constr. y minería	100,0	9,6	13,9	33,7	21,5	20,6	0,8
Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	100,0	16,3	20,8	34,9	12,3	14,7	1,1
Trabajadores no cualificados	100,0	9,6	10,3	27,0	23,3	28,3	1,4
Fuerzas Armadas	100,0	26,9	11,4	35,4	6,2	20,1	0,0
NO CONTESTA	100,0	21,4	9,6	49,1	11,9	0,0	8,0

Porcentaje de trabajadores, según la frecuencia de percepción de su trabajo como estresante, de acuerdo a la variable Ocupación.

Si nos centramos en la variable sector de actividad, el más estresante es el de las industrias extractivas (el 53.6% de los trabajadores perciben *siempre* o *frecuentemente* su trabajo como estresante), frente a las personas que trabajan en el sector de los

hogares que emplean personal doméstico que perciben menor estrés en su trabajo (el 9.5% de los trabajadores de este sector consideran *siempre* o *frecuentemente* su trabajo como estresante). Ver tabla 5.

Tabla 5

SECCIÓN DE ACTIVIDAD	Total	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe/ no contesta
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	100,0	6,2	14,3	29,3	24,7	25,0	0,5
Pesca	100,0	6,5	20,8	20,7	25,9	26,1	0,0
Industrias extractivas	100,0	38,3	15,3	23,1	5,8	17,5	0,0
Industrias manufactureras	100,0	11,8	14,8	33,3	18,7	20,5	1,0
Produc. y distr. de electricidad, gas y agua	100,0	6,9	19,1	42,9	13,8	17,3	0,0
Construcción	100,0	10,3	16,1	35,9	19,5	17,5	0,7
Comercio y reparaciones	100,0	8,7	13,8	31,5	22,6	22,9	0,4
Hostelería	100,0	17,6	19,6	35,7	11,5	15,4	0,2
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	100,0	20,2	25,3	33,2	11,7	9,3	0,4
Intermediación financiera	100,0	23,5	21,7	32,6	12,9	9,4	0,0
Inmobiliarias y alquileres. Servicios empresariales	100,0	12,3	20,6	33,4	14,1	17,2	2,4
Admón. Pública. Defensa. Seg. Social. Org. Extrat.	100,0	10,1	16,7	36,5	15,0	21,2	0,5
Educación	100,0	22,0	24,6	31,3	8,6	13,5	0,0
Activ. Sanitarias y veterinarias. Servicios Sociales	100,0	19,4	19,8	30,4	15,4	14,9	0,1
Otras actividades sociales. Servicios personales.	100,0	7,4	17,8	32,0	18,6	24,2	0,0
Hogares que emplean personal doméstico	100,0	1,5	8,0	17,3	20,7	51,2	1,3
NO SABE/NO CONTESTA	100,0	10,2	23,2	37,9	17,8	9,2	1,6

Porcentaje de trabajadores, según la frecuencia de percepción de su trabajo como estresante, de acuerdo a la variable Ocupación.

Si analizamos los datos de acuerdo a la variable tipo de contrato y situación laboral, la situación que produce mayor estrés es la de ser cooperativista, ya que el 49.1% de éstos trabajadores consideran su trabajo *siempre* o *frecuentemente* como estresante, frente a los trabajadores que trabajan sin salario en el negocio familiar (sólo el 16.6% de éstos últimos consideran su trabajo como *frecuentemente* estresante). Ver tabla 6.

Tabla 6.

SITUACIÓN PROFESIONAL	Total	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe/no contesta
Asalariados	100,0	12,8	17,6	33,3	17,1	18,6	0,7
Sector Público	100,0	14,3	21,6	34,1	13,7	16,1	0,2
Sector Privado	100,0	12,4	16,6	33,1	17,9	19,3	0,8
Empresario o profesional con asalariados	100,0	15,4	20,3	32,5	13,7	18,1	0,0
Profesional o Trab. autónomo sin asalariados	100,0	10,7	16,4	31,4	19,3	21,2	1,0
Trabaja, sin salario, en el negocio familiar	100,0	0,0	16,6	35,1	20,7	27,6	0,0
Trabaja, con salario, en el negocio familiar	100,0	11,5	8,3	29,9	23,3	26,3	0,6
Cooperativista	100,0	18,5	30,6	21,2	14,8	14,8	0,0
Otra situación	100,0	6,0	18,4	26,8	4,4	44,5	0,0
NO CONTESTA	100,0	0,0	21,5	0,0	53,6	25,0	0,0

Porcentaje de trabajadores, según la frecuencia de percepción de su trabajo como estresante, de acuerdo a la variable Situación Profesional.

Como se puede observar en la tabla 7, la percepción de estrés de los trabajadores aumenta según aumenta el tamaño de la empresa, así los trabajadores que trabajan en empresas de 250 ó más trabajadores son los que perciben mayor nivel de estrés, ya que el 40.8% de éstos consideran *siempre* o *casi siempre* su trabajo como estresante; frente al 14.8% de los trabajadores que trabajan en empresas de menos de 10 trabajadores.

Tabla 7

TAMAÑO DE LA EMPRESA	Total	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe/no contesta
Menos de 10 trabajadores	100,0	10,0	14,8	31,8	19,5	23,2	0,7
De 10 a 49 trabajadores	100,0	12,7	19,2	34,7	16,6	16,3	0,5
De 50 a 249 trabajadores	100,0	16,3	20,2	29,4	16,1	17,6	0,5
De 250 o más trabajadores	100,0	18,6	22,2	35,6	12,2	11,2	0,2
NO SABE/NO CONTESTA	100,0	7,4	12,2	33,2	19,9	25,3	2,0

Porcentaje de trabajadores, según la frecuencia de percepción de su trabajo como estresante, de acuerdo a la variable Tamaño de la empresa

Al igual que ocurre con la variable tamaño de la empresa, la percepción de estrés laboral por parte del trabajador aumenta en el mismo sentido que el tamaño del municipio, ya que los mayores porcentajes (36%) de trabajadores que *siempre* o casi *siempre* consideran su trabajo como estresante viven en un municipio de más de un millón de habitantes (ver tabla 8.).

Tabla 8

TAMAÑO DEL MUNICIPIO	Total	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	No sabe/no contesta
Menos de 10.000 habitantes	100,0	8,8	14,8	30,7	19,8	24,5	1,3
De 10.001 a 50.000 habitantes	100,0	11,5	17,8	35,0	14,5	20,5	0,6
De 50.001 a 100.000 habitantes	100,0	15,7	17,0	32,1	17,9	16,5	0,9
De 100.001 a 1.000.000 habitantes	100,0	15,6	17,8	33,4	17,6	15,5	0,2
Más de 1.000.000 habitantes	100,0	13,2	22,8	32,5	15,4	15,7	0,4

Porcentaje de trabajadores, según la frecuencia de percepción de su trabajo como estresante, de acuerdo a la variable Tamaño del municipio

Otro dato referente a estrés laboral que se obtuvo en esta encuesta, fue el *nivel medio de estrés laboral percibido* por el ocupante del puesto en una escala de uno a diez

(*Índice de estrés laboral*). Se incluyeron las mismas variables que en el estudio anterior pero diferenciando las puntuaciones por género. Los resultados obtenidos por los trabajadores en los *Índices de Estrés Laboral* para cada una de las variables estudiadas, confirman los datos expresados en porcentajes de frecuencias de las tablas. Con esta segunda medida de estrés se observa que el nivel medio de estrés de los trabajadores entrevistados es de 4.68 puntos, manteniéndose un mayor índice en los varones (4.76 puntos) frente a las mujeres (4.55 puntos).

Al comparar los datos entre varones y mujeres para el resto de las variables vemos que la mayoría de los índices son mayores en los varones que en las mujeres, aunque existen diferencias en algunas de las variables que comentaremos a continuación con más detalle:

1.- En la variable *edad* el índice medio de estrés laboral es mayor para las mujeres de 16 a 19 años que en los varones (4.33 y 2.82 puntos respectivamente). Lo mismo ocurre en los trabajadores de 65 y más años, dónde el índice de estrés para las mujeres es de 4.29 puntos frente a 2.89 puntos en los varones. Aunque el rango de edad en el que los trabajadores están más estresados se sigue manteniendo en aquellos que se encuentran entre los 30 y los 44 años tanto para los varones (5.07 puntos) como para las mujeres (4.79 puntos).

2.- Para la variable *situación profesional*, las mujeres cooperativistas presentan un índice de estrés laboral mayor que los varones (6.15 puntos frente a 5.24 puntos). También en la situación profesional *trabaja con salario en negocio familiar* existe una pequeña diferencia en el índice de estrés laboral a favor de las mujeres (3.97 puntos frente a 3.82 puntos en varones). Si retomamos los datos del estudio anterior podemos observar que la situación laboral *cooperativista* era la que presentaba mayores porcentajes de trabajadores que percibían su trabajo *siempre* o *frecuentemente* como estresante.

3.- Con respecto a la *ocupación*, el índice de estrés laboral es mayor en las mujeres que trabajan como *técnicos y profesionales científicos intelectuales* que en sus compañeros varones (5.88 y 5.79 puntos respectivamente). Lo mismo ocurre en las trabajadoras *cualificadas en agricultura y pesca* (4.33 puntos frente a 3.45 puntos). Si nos fijamos en los datos anteriores estas dos ocupaciones son respectivamente las que presentan a su vez mayor y menor porcentaje de trabajadores que perciben *siempre* o *frecuentemente* su trabajo como estresante.

4.- De acuerdo al sector de *actividad* las mujeres presentan mayores índices de estrés laboral que los varones, en las siguientes actividades: *Agricultura, ganadería, caza y sicultura* (5.12 puntos frente a 3.50 puntos); *Producción y distribución de electricidad, gas y agua* (4.94 puntos frente a 4.55 puntos); *Construcción* (5.50 puntos frente a 4.51 puntos); *Hostelería* (5.36 puntos frente a 5.28 puntos); Y *hogares que emplean personal doméstico* (2.21 puntos frente a 0.98 puntos).

5.- Si se tiene en cuenta la variable *tamaño del municipio*, las mujeres puntúan más alto en el índice de estrés laboral cuando viven en municipios de *menos de 10.000 habitantes* (4.14 puntos frente a 4.05 puntos en los varones).

Por tanto, y en general, las características sociodemográficas y laborales más estresantes, estudiadas de forma independiente, serían: Pertenecer al *rango de edad de 30 a 44 años*; poseer estudios universitarios; tener una *situación profesional de cooperativista*; ser *técnico y profesional científico e intelectual*; pertenecer al *sector de industrias extractivas*; trabajar en *una empresa de 250 o más trabajadores*; y vivir en un municipio de *mas de un millón de habitantes*.

Modelos y teorías

Las teorías actuales sobre estrés laboral estudian la interacción que se produce entre el trabajador y su entorno laboral. La mayoría de ellas consideran esta interacción como un desequilibrio, es decir existe una descompensación entre el trabajador y su organización. Por supuesto en este tipo de interacciones los estresores (factores psicosociales) no suponen una amenaza directa para la vida de los trabajadores y son fruto de relaciones laborales muy complejas.

De entre las teorías que estudian la interacción entre el trabajador y su entorno laboral vamos a considerar tres de ellas por ser las más relevantes en Psicología Organizacional: La *Teoría del ajuste Persona-Entorno* (P-E), (French y Rogers y Coob, 1974); El *Modelo Demanda-Control* (Demand Control Model) (Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990), ampliado posteriormente con la variable *Apoyo Social* (Johnson y Johansson, 1991); y el *Modelo del desequilibrio Esfuerzo – Recompensa* (Effort - Reward Imbalance Model) (Siegrist, 1996, 1998).

La **Teoría del ajuste Persona-Entorno (P-E)** (Person Environment Fit Theory), evalúa la forma en que la interacción de las características personales y del trabajo, contribuyen al bienestar del trabajador.

De entre las formulaciones teóricas del modelo podemos citar las de Dewis y Lofquist (1984), French y col., 1974), Levi (1972), Mc Grath (1976) y Pervin (1967).

Sin embargo el modelo más conocido sobre la teoría del ajuste Persona-Entorno (P-E), es el de French y col (1974), según el cual un mal *ajuste entre la persona y el entorno* puede contemplarse desde el punto de vista del trabajador como el desequilibrio que se produce entre las necesidades que tiene el trabajador de utilizar sus capacidades y habilidades, y lo que le ofrece su entorno laboral; ó desde el punto de vista de la empresa, como la discrepancia entre las exigencias del puesto de trabajo y el grado en que las capacidades y aptitudes satisfacen las exigencias del trabajo.

El **Modelo Demanda-Control** (Demand Control Model) (Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Johansson, 1991), postula que las principales fuentes de estrés se encuentran en dos características básicas del trabajo: (1) *las demandas psi-*

cológicas del trabajo y (2) el control que se tiene del mismo. La dimensión *Demandas* hace referencia a cuánto se trabaja (la imposición de plazos, carga mental, conflictos, etc). En esta dimensión no se incluye las demandas físicas, aunque éstas puedan dar lugar a demandas psicológicas. En la dimensión de *Control* se tiene en cuenta tanto el control sobre las tareas, como el *control de las capacidades*. El *control sobre la tarea* se entiende como el control socialmente predeterminado sobre aspectos pormenorizados del cumplimiento de la tarea (autonomía); El *control sobre las capacidades* sería aquel que ejerce el sujeto sobre el empleo de sus capacidades.

El modelo postula que las reacciones de tensión psicológica más negativas (fatiga, ansiedad, depresión y enfermedad física), se producen cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son elevadas y, el sujeto posee un escaso control en la toma de decisiones.

La segunda predicción del modelo es que la motivación, el aprendizaje y el crecimiento personal, aparecerán en los trabajadores cuando tanto las demandas que requiere el trabajo son altas como el control que los sujetos tienen sobre ellas (*hipótesis del aprendizaje activo*) (Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Johansson, 1991). Así el modelo indica que se producirá un aumento de la productividad en los entornos laborales que promueven el aprendizaje y el crecimiento personal. De igual modo en situaciones laborales de escasas exigencias y escaso control, se produce un entorno laboral muy poco motivador que puede dar lugar a la pérdida de aprendizajes ya adquiridos, a la falta de motivación o al aprendizaje de conductas negativas tanto para el trabajador como para la organización.

En las últimas formulaciones del modelo, a las dimensiones *Demandas* y *Control*, se le ha añadido la dimensión *Apoyo social*, ya que los trabajadores expuestos a demandas elevadas, poco control y bajo apoyo social presentan un riesgo dos veces mayor de morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular que los que tienen empleos de baja demanda, mucho control y fuerte apoyo social (Johnson y Hall, 1994). La dimensión de "*Apoyo social*" hace referencia a todos los posibles niveles de interacción en el trabajo, tanto con los compañeros como con los superiores.

El **Modelo del desequilibrio Esfuerzo – Recompensa** (Effort - Reward Imbalance model) (Siegrist, 1996, 1998), centra su atención en el desequilibrio entre "costes" y "ganancias", entendido como el esfuerzo que el trabajador realiza y las recompensas que recibe por ello. El modelo predice que elevados esfuerzos unido a bajas recompensas pueden provocar un aumento de tensión. Se pueden distinguir dos fuentes de "esfuerzo" dentro del modelo, el "*esfuerzo extrínseco*", que hace referencia a las demandas del trabajo, y el "*esfuerzo intrínseco*" que hace referencia a la motivación de los trabajadores en relación a las demandas que requiere la situación.

Las recompensas que reciben los trabajadores por su esfuerzo provienen de tres fuentes: (1) *monetaria*, salario adecuado; (2) *Apoyo social*, respeto y apoyo; y (3) *Seguridad*, perspectivas de promoción y seguridad en el puesto de trabajo.

Este modelo incluye en la dimensión *esfuerzo extrínseco* tanto el esfuerzo físico como psicológico, y además tiene en cuenta características del sujeto que pueden provocar que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no sea real; es decir, el autor describe un tipo de sujetos que define como “excesivamente comprometidos” (*overcommitment*) y que se caracterizan por exagerar los esfuerzos que realizan en su trabajo.

Actualmente hay bastantes estudios que relacionan altos esfuerzos en el entorno laboral unido a bajas recompensas, como un factor de riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, leves desórdenes psiquiátricos y quejas psicósomáticas (ver por ejemplo, Siegrist et al. 1990; Peter & Siegrist, 1997; Bosman, Peter, Siegrist & Marmot, 1998; Peter, Afredsson, Hammar, Siegrist, Theorell & Westerholm, 1998; Peter, Geibler & Siegrist, 1998; Stansfeld, Bosman, Hemingway & Marmot, 1998; Stansfeld, Head, Marmot, 1998).

Desarrollo y discusión

Al estudiar los datos epidemiológicos referentes a estrés laboral en Europa, encontramos que según la *Tercera Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo* (Paoli & Merllié, 2000): El 60% de los trabajadores europeos consideran que el trabajo afecta a su salud; Los trastornos con mayor prevalencia son: El estrés, la fatiga crónica y los trastornos músculo esqueléticos. Del 28 al 30% de la población encuestada, considera padecer estrés, y el 23% fatiga crónica. Con respecto a los trastornos músculo esqueléticos, el 33% de los europeos encuestados padece dolores de espalda, y el 23% dolores de cuello y hombros. Por tanto el estrés relacionado con el trabajo aparece como el segundo trastorno más importante que afecta a la salud de los trabajadores. El primero de ellos, las enfermedades músculo esqueléticas, a su vez se presentan muy relacionadas con estrés laboral. Son asimismo numerosas y frecuentes las investigaciones que han descrito una estrecha relación entre padecer estrés y trastornos músculo esqueléticos (Lim y Carayon, 1994; Bongers, Winter, Kampier & Hildebrandt, 1993).

En España, ya hemos comentado en el apartado epidemiología, que de acuerdo con la *Encuesta de Calidad de Vida Laboral* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002) el 30.40% de la población encuestada considera que *siempre o frecuentemente* trabajan bajo condiciones estresantes. La *Cuarta Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo* (Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 2001) concluye que del total de consultas médicas demandadas por los trabajadores en el último año, el 20% están relacionadas con daños derivados del trabajo, siendo el 4.6% de estos motivos producto del estrés laboral; Aunque la mayoría de los motivos de consulta médica son por trastornos músculo esqueléticos, siendo la mayoría de ellos referentes a dolores de espalda y de los miembros superiores (20.4% y 10.2%, respectivamente).

En referencia a las enfermedades cardiovasculares (ECV), son numerosos los estudios que encuentran un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular asociado a la exposición al estrés profesional (Gardell, 1981; Karasek y Theorell, 1990, Johnson y Johansson, 1991). En estas investigaciones se muestran evidencias que relacionan los factores psicosociales del entorno laboral con el riesgo de sufrir una ECV.

Los primeros estudios epidemiológicos sobre condiciones psicosociales del trabajo relacionados con ECV, sugerían que las grandes *demandas* profesionales aumentaban el riesgo de padecer un infarto de miocárdio. Estudios posteriores muestran que no son solamente las grandes demandas profesionales las que aumentan el riesgo de padecer infarto de miocárdio, si no que a ello se le debe unir un bajo nivel de *control* sobre la forma en que se lleva a cabo el trabajo, entendido el control como la libertad para tomar decisiones (Karasek, 1979, Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Johansson, 1991).

Recientemente a los factores psicosociales altas *demandas* y bajo *control* (modelo Demanda-Control) (Karasek, 1979, Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Johansson, 1991), se le ha añadido el Apoyo social, demostrándose que los trabajadores expuestos a *demandas elevadas, poco control y bajo apoyo social* presentan un riesgo dos veces mayor de morbilidad y mortalidad por ECV que los que tienen empleos de baja demanda, mucho control y fuerte apoyo social (Johnson y Hall, 1994).

El modelo *Esfuerzo-Recompensa* (Siegrist, 1996, 1998), aporta otras dos dimensiones psicosociales relacionadas con un mayor riesgo de sufrir una ECV. Estas son, la realización de un gran esfuerzo por parte del sujeto unido a *bajas recompensas*. El modelo se basa en la hipótesis de que un gran esfuerzo que no va acompañado de recompensas importantes para el sujeto incrementa significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Otros aspectos de la organización que se asocian con un mayor riesgo de ECV son los turnos de trabajo. Ejemplos como la rotación continua entre jornadas laborales diurnas y nocturnas vienen asociadas con un aumento del riesgo de sufrir un infarto de miocardio (Kristensen, 1989).

Estas investigaciones son de gran relevancia si se tiene en cuenta que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en sociedades económicamente desarrolladas, manifestándose como una de las variables más importantes a la hora de incrementar los costes sanitarios de estos países.

En la bibliografía referente a salud laboral, son numerosos los estudios que demuestran la relación entre factores psicosociales en el trabajo y la aparición de trastornos músculo esqueléticos, entre éstos últimos se describen, el dolor en la parte baja de la espalda y trastornos en los miembros superiores.

Estos estudios indican que los factores psicosociales más relevantes a la hora de predecir un trastorno músculo esquelético son la presión en el trabajo unido a un

escaso poder de decisión (Lim y Carayon, 1994; Bongers, De Winter, Kompier & Hildebrandt, 1993). Por tanto, el modelo *Demanda-Control* además de poder explicar el mayor riesgo de sufrir una ECV, también puede explicar, el riesgo de padecer una enfermedad músculo esquelética.

Algunos trastornos psicológicos severos también aparecen relacionados con el estrés crónico profesional, en especial la depresión y el abuso de drogas. La depresión se ha estudiado en un gran número de profesiones, como por ejemplo, secretarías (Garrison y Eaton, 1992); profesionales y directivos (Phelan, Schwartz, Bromet & Dew, 1991; Bromet, Parkinson, Curtis, Blane, Dunn, Phelan, Dew & Schwartz, 1990), informáticos (Mino, Babazona, Aoyama, Inoue, Sato & Ohara, 1993), etc.

Actualmente se investiga la relación de sufrir estrés laboral con un mayor riesgo de padecer cáncer o una enfermedad gastrointestinal, en concreto úlcera gástrica y duodenal, síndrome de colon irritable y dispepsia no ulcerosa (Sauter, Murphy, Hurrell & Levi, 2001). Todavía no se tienen datos concluyentes, pero se espera que en futuros trabajos se compruebe fehacientemente la relación entre padecer un trastorno por estrés y sufrir cáncer o una enfermedad gastrointestinal.

En la actualidad existen suficientes evidencias que relacionan estrés laboral con un incremento del riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular, un trastorno músculo esquelético (dolores en la parte baja de la espalda y trastorno de los miembros superiores), depresión y abuso de sustancias tóxicas (drogodependencias). Éstos trastornos además del grave perjuicio personal, suponen un gasto tanto para las organizaciones, como para el sistema sanitario y social en general.

Los costes pueden ser tanto directos, aquellos costes que la empresa tiene que pagar, como indirectos, aquellos beneficios que la empresa deja de ingresar. Entre los costes directos se incluirían: Subsidios por bajas, invalidez, jubilaciones anticipadas, costes extras de selección, costes jurídico administrativo por sanciones, deterioro del material, seguros de enfermedad (dos o tres veces más indemnizaciones por seguro de enfermedad que el resto de los trabajadores, según la O.I.T. 1987).

Los costes indirectos estarían relacionados con la disminución del rendimiento, la rotación de los trabajadores y el absentismo laboral producto de estos trastornos.

La suma de todos los efectos, tanto personales (enfermedad del trabajador), como económicos (costes directos e indirectos) que supone el padecer estrés laboral, obliga a los profesionales a poseer y utilizar métodos eficaces que puedan evaluar los factores que la investigación ha relacionado con estrés laboral, para que posteriormente se pongan en marcha políticas dirigidas a la prevención e intervención.

Por tanto, es importante disponer de instrumentos de evaluación que sean capaces de medir fielmente los factores psicosociales que se han relacionado con estrés laboral. Nuestra línea actual de investigación se centra en construir un instrumento

válido y fiable en lengua española que mida la percepción que tienen los trabajadores sobre determinados factores psicosociales que la investigación ha vinculado con el estrés laboral (Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Johansson, 1991; Siegrist, 1996, 1998). Así estamos desarrollando el *Cuestionario Multidimensional DECORE: Demanda, Control, Recompensa* (Luceño, Martín, Tobal, 2003), en el que se pregunta a los sujetos sobre diferentes situaciones relacionadas con un potencial riesgo de padecer estrés. Los factores psicosociales estudiados son: La falta de reciprocidad entre las demandas del trabajo y el control sobre el mismo (*Modelo Demanda-Control*, Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Johansson, 1991); y el desequilibrio entre los esfuerzos que el trabajador realiza y las recompensas que obtiene (*Modelo del desequilibrio Esfuerzo-Recompensa*, Siegrist, 1996, 1998).

Puesto que los comienzos en la construcción de un test deben fundamentarse en su validez de contenido, los inicios del cuestionario se basaron en un *estudio de jueces independientes*, en el cual ocho expertos en estrés juzgaron, de forma independiente, los 128 ítems originales del test. Finalmente se obtuvo un cuestionario piloto formado por 120 ítems agrupados en cuatro escalas: *Demandas Cognitivas, Demandas Físicas, Control y Recompensa*; y tres subescalas de la escala recompensa: *Salario, Apoyo Organizacional y Seguridad*.

Conclusiones

El estrés laboral tiene una gran importancia en la actualidad debido a los efectos perjudiciales que puede suponer tanto en la salud y calidad de vida de los trabajadores como en la salud organizacional, fundamentalmente en la disminución del rendimiento y el aumento del absentismo laboral.

Una forma de abordar este problema es estudiar los *factores psicosociales* que afectan al trabajador e intentar modificarlos. Esto es la *intervención primaria*, es decir, intervenir en las causas, en los factores psicosociales, a través de políticas organizacionales dirigidas a modificar dichos factores.

Lamentablemente, éste tipo de intervenciones son escasas, y la mayoría de las que se realizan en las empresas van dirigidas a modificar los síntomas (*intervención terciaria*) a través de tratamiento médico ó psicológico. La intervención secundaria cada vez tiene una mayor popularidad y se dirige a modificar estilos de vida perjudiciales para la salud, como son eliminar o disminuir el consumo de tabaco y alcohol, promover el ejercicio físico, una alimentación sana, realizar ejercicios de relajación y tener buenos hábitos de sueño. Actualmente están muy de moda los cursos de meditación y relajación de corte oriental, como por ejemplo: Yoga, Tai-chi, Shiatsu, etc.

Algunas empresas han desarrollado *Programas de Asistencia Para el Empleado*, que se centran fundamentalmente en atención secundaria y terciaria, pero la mayoría de las intervenciones que se realizan sobre estrés laboral son de carácter terciario.

Aunque actualmente tenga un mayor peso la intervención terciaria y secundaria, a la hora de abordar el estrés laboral, la mejor prevención e intervención siempre es aquella que va dirigida a modificar las causas, y por tanto a modificar los factores psicosociales relacionados de alguna forma con el estrés laboral.

Para poder poner en marcha políticas de prevención e intervención del estrés laboral, necesitamos conocer qué factores psicosociales hay que modificar, y he aquí la importancia de la evaluación. En este punto, nos parece muy importante el poder disponer de medidas válidas y fiables para poder evaluar dichos factores psicosociales. Actualmente no existe un instrumento de evaluación sobre factores psicosociales en Español que sea lo suficientemente eficaz y eficiente en el estudio del estrés laboral. Eficaz en el sentido de que presente unos buenos índices de validez y fiabilidad y eficiente en el sentido de rentabilidad organizacional.

Por tanto nuestra investigación se centra en la elaboración de un cuestionario de factores psicosociales de estrés laboral (cuestionario multidimensional *DECORE*), que pueda ser aplicado tanto en el entorno laboral como en el ámbito clínico. La utilidad principal en el entorno organizacional es localizar aquellos factores psicosociales que son fuente de problemas en una organización, puesto de trabajo ó grupo de trabajadores para posteriormente elaborar medidas preventivas ó intervenir directamente sobre los mismos. La aplicación en el ámbito clínico estaría dirigida a conocer aquellos factores psicosociales que afectan al trabajador para dotarle de las estrategias más adecuadas para hacer frente a cada uno de ellos, a través de tratamiento psicológico y tratamiento médico individual.

Actualmente estamos validando el cuestionario multidimensional *DECORE*, y esperamos que en breve podamos disponer de estudios sobre sus características psicométricas.

RESUMEN

De acuerdo con la Tercera Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (Paoli & Merllié, 2000), el 60% de los trabajadores europeos consideran que el trabajo afecta a su salud; Los trastornos con mayor prevalencia son: El estrés, la fatiga crónica y los trastornos músculo esqueléticos. Del 28 al 30% de la población encuestada, considera padecer estrés, y el 23% fatiga crónica. Con respecto a los trastornos músculo esqueléticos, el 33% de los europeos encuestados padece dolores de espalda, y el 23% dolores de cuello y hombros. Estos datos describen al estrés relacionado con el trabajo como el segundo trastorno más importante que afecta a la salud de los trabajadores. El primero de ellos, las enfermedades músculo esqueléticas, se presentan a su vez directa y, estrechamente relacionadas con el estrés laboral. Son numerosas, las investigaciones que han descrito una estrecha relación entre padecer estrés y trastornos músculo esqueléticos (Lim y Carayon, 1994; Bongers, Winter, Kampier & Hildebrandt, 1993).

En referencia a las enfermedades cardiovasculares (ECV), algunos estudios concluyen que existe un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular asociado a la exposición al estrés profesional (Gardell, 1981; Karasek y Theorell, 1990, Johnson y Johansson, 1991). En estas investigaciones se muestran evidencias que relacionan los factores psicosociales del entorno laboral con el riesgo de sufrir una ECV.

Cuando nos referimos a factores psicosociales, estamos hablando de “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo” (INSHT, NTP 443).

De acuerdo con lo anteriormente dicho, creemos firmemente que es necesario un instrumento que sea capaz de evaluar fielmente los factores psicosociales que se han relacionado con estrés laboral. En la actualidad, una de las líneas preferentes de investigación en nuestro laboratorio, se centra en construir un instrumento válido y fiable en lengua española que mida la percepción que tienen los trabajadores sobre determinados factores psicosociales que la investigación ha vinculado con el estrés laboral (Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Johansson, 1991; Siegrist, 1996, 1998). Así hemos desarrollado el *Cuestionario Multidimensional DECORE: Demanda, Control, Recompensa* (Luceño, Martín, Tobal, 2003), en el que se pregunta a los sujetos sobre diferentes situaciones relacionadas con un potencial riesgo de padecer estrés. Los fac-

tores psicosociales estudiados son: La falta de reciprocidad entre las demandas del trabajo y el control sobre el mismo (*Modelo Demanda-Control*, Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990; Johnson y Johansson, 1991); y el desequilibrio entre los esfuerzos que el trabajador realiza y las recompensas que obtiene (*Modelo del desequilibrio Esfuerzo-Recompensa*, Siegrist, 1996, 1998). Con este instrumento pretendemos tener un mayor conocimiento sobre dichos factores psicosociales para poder mejorar las intervenciones en el entorno laboral.

Bibliografía

- American Psychiatric Associatio. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4ª edición. Washington, D. C: APA. (Traducción de la versión abreviada. Barcelona: Masson, 1995).
- Bongers, P. M., De Winter, C. R., Kompier, M., and Hildebrandt, V. H. (1993). Psychosocial factors at works and musculoskeletal disease. *Scandinavian Journal Work Environment Health*, 19, 297-312.
- Bosman, H., Peter, R., Siegrist, J., Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*. 88, 68-74.
- Brengelmann, J. C. (1986). Estrés, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. *Evaluación Psicológica*, 2, 47-78.
- Brengelmann, J. C. (1987). Estrés y terapia contra el estrés: Un proyecto Internacional. En M. C. López-Altschwager y F. Alcalá-Toca.: *Progresos en Análisis y Modificación de Conducta*. J. C. Brengelmann: Publicaciones e España. Valencia IFT Publicaciones (v.o. 1981).
- Bromet, E. J., Parkinson, E. C., Curtis, H. C., Blane, H., Dunn, L. O., Phelan, J., Dew, J. E & Schwartz. (1990). Epidemiology of depression and alcohol abuse/dependence in a managerial and professional workforce. *Journal Occupational Medicine*, 32 (10), 989-995.
- Cincinnati, O. (1999). Stress at work. National Institute of Occupational Safety and Health.
- Comisión Europea. (1999). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?*. Bruselas: Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. Publicada en: http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/h&s/publicat/pubintro_en.ttm
- Dewis, R. V., Lofquist, L. H. (1984). *A Psychological Theory of Work Adjustment*. Minneapolis, Minnesota: University of Minnesota Press.

- French, J. R., Rogers, W., and Cobb, S. (1974). Adjustment as person-environment fit. En G. V. Goelho, D. A y J. E. Adams (Eds.). *Coping and Adaption*. Nueva York: Bantam Books.
- Gardell, B. (1981). Psychosocial aspects of industrial production methods. En L. Levin. (Eds), *Society, Stress and Disease*. Oxford: OUP.
- Garrison, R., Eaton, W. (1992). Secretaries, depression and absenteeism. *Women Health.*, 18, 53-76.
- Health and Safety Comisión, HSC. (1999). *Managing stress at work. Discussion Document*. Londres: Health and Safety Commission.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Nota Técnica de Prevención, NTP 443, *Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Publicado en <http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp.htm>.
- Johnson, J.V., y Hall, B.M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 10, 1338-1342.
- Johnson, J.V., y Hall, B.M. (1994). Social support in the work environment and cardiovascular disease. In S. Shumaler, & S. Czajkowski. (Eds.), *Social Support and Cardiovascular Disease*. Nueva York: Baywood.
- Johnson, J. V., y Johansson, G. (1991). *The Psychosocial Work Environment: Work Organization, Democratization and Health*. Amityville, Nueva York: Baywood.
- Karasek, R. A., Jr. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kristensen, T. S. (1989). Cardiovascular disease and the work environment. A critical review of the epidemiologic literature on nonchemical factors. *Scandinavian Journal Work Environment Health*, 15, 165-179.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *El estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. (v.o.: 84).
- Levi, L. (1972). *Stress and Distress in Response to Psychosocial Stimuli*. Nueva York: Pergamon Press.
- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos laborales. BOE nº 269, de 10 de Noviembre. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Lim, S., & Carayon, P. (1994). *Relationship between physical and psychosocial work factors and upper extremity symptoms in a group of officers workers. Proceedings of the 12th Triennial Congress of the International Ergonomic Association*. 6. 132-134.
- Mc Grath, J. E. (1976). Stress and behavior in organizations. En M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (1351-1396). Chicago: Rand McNally.
- Mc Grath, A., Reid, N., Boore, J. (1989). Occupational stress in nursing. *Journal Nursing Stud*, 26 (4), 343-358.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS) . (2002). *Encuesta de Calidad de Vida Laboral*. Barcelona: MTAS. www.mtas.es/Estadisticas/ecvt/Ecvt2002/
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2001). *IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Barcelona: MTAS. www.mtas.es/Estadisticas/
- Mino, Y. T., Babazona, H., Aoyama, H., Inoue, S., Sato, H., Ohara, H. (1993). Depressive states in workers using computers. *Environmental Research*, 63 (1), 54-59.
- Organización Internacional del Trabajo. (1987). *Medios contra el consumo de drogas y de alcohol en el trabajo*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1984). Health promotion: A discussion document on the concept and principles. *Health Promotion*, 1, 73-76.
- Paoli, P & Merllié, D. (2000). *Third European survey on working conditions 2000*. Dublin: European Foundation for the Improvement on Living and Working Conditions.
- Peater, R., Afredsson, L., Hammar, N., Siegrist, J., Theorell, T., y Westerholm, P. (1998). High effort, low reward and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF Study. *Journal of Epidemiological and Community Health*, 52, 540-547.
- Peater, R., Geibler, H., Siegrist, J. (1998). Associations of effort-reward imbalance at work and reported symptoms in different groups of male and female public transport workers. *Stress Medicine*, 14, 175-182.
- Peater, R., Siegrist, J. (1997). Chronic work stress, sickness absence and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanations?. *Social Science and Medicine*, 45. 1111-1120.
- Pervin, L. A. (1967). A twenty-college study of student x college interaction usign TAPE (Transactional Analysis of Personality and Environment) Rationale, reliability, validity. *Journal Educational Psychology*, 58, 209-302.

- Phelan, J., Schwartz, J. E. Bromet, M. A & Dew, M. A. (1991). Work stress and depression in professional and managerial employees. *Psychological Medicine*, 21, 999-1012.
- Sauter, S. L., Murphy, L. R., Hurrell, J. J., & Levi. L. (2001). Factores Psicosociales y de Organización. En Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Eds), *Enciclopedia de la organización internacional del trabajo* (pp 34.13). Publicado en: [http:// www.mtas.es/insht/EncOIT/index.htm](http://www.mtas.es/insht/EncOIT/index.htm)
- Selye, H. (1956). *The Stress of life*. Nueva York: Mc Graw Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without Distress*, Philadelphia: Lippincott
- Siegrist, J., (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J., (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance at work: theory, empirical support and implications for prevention. In: Cooper, C. L. (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 190-204). Oxford: Oxford University Press.
- Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Creme, P., and Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischaemic heart disease: Prospective evidence from blue collar men. *Social Science and Medicine* 31, pp. 1127-1134.
- Stansfeld, S. A., Bosman, H., Hemingway, h., Marmot, M. G. (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: The Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine* 60, 247-255.
- Stansfeld, S. A., Head, J., Marmot, M. G. (1998). Explaining social class differences in depression and well-being. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 33, 1-9.

PROCESOS DE AUTO-REGULACIÓN Y SÍNDROME DE *BURNOUT*

F. Manuel Montalbán Peregrín

Universidad de Málaga

Introducción

A partir de su conceptualización inicial en la década de los setenta el denominado síndrome de estar quemado (*burnout*; Freudenberg, 1974) ha recibido un interés creciente, generalmente asociado al estudio de la calidad de vida laboral y sus repercusiones tanto en el ámbito individual como organizacional. Se puede hablar incluso de una ingente labor de construcción y recreación del *burnout*, a modo de ficción borgiana, una etiqueta para poner nombre a una paradoja organizacional.

El síndrome de estar quemado se conecta estrechamente a la investigación genérica sobre estrés laboral, pudiendo incluso confundir su delimitación conceptual con éste. Así algunos autores prefieren hablar del *burnout* como estrés laboral asistencial ligado generalmente al trato con usuarios de servicios especializados, de índole sanitaria, educativa, social, seguridad, etc., aunque dada la complejidad connatural del síndrome se va imponiendo la necesidad de aclarar su relación no sólo con el estrés sino con otros múltiples criterios del comportamiento organizacional. Cada vez parece más aceptada una primera definición referencial que sitúa al *burnout* como respuesta, generalmente de carácter desadaptativo, asociada al estrés laboral crónico. Así el *burnout* no suele aparecer sólo sino que se hace acompañar de toda una cohorte de síntomas variados: insatisfacción, absentismo, desmotivación, problemas de salud física y mental, etc.

Desde una visión secuencial e interactiva el estrés se considera fruto, más o menos directo, de una disparidad o desajuste (real o percibido) entre demandas ambientales y recursos con que se cuenta. El síndrome de *burnout* aparecerá entonces como resultado del padecimiento continuado de dicho desajuste y de la ausencia, por inexistencia o eliminación continuada, de expectativas de superación del mismo.

De un modo u otro la mayoría de las definiciones del síndrome de estar quemado tendrían en cuenta las siguientes características:

- Proceso (estado para algunos autores) en el que se dan cita variables afectivas, cognitivo-aptitudinales y actitudinales (Gil-Monte y Peiró, 1997). A partir de la elaboración y utilización, posteriormente masiva aunque no exclusiva, del M.B.I por

Maslach y Jackson (1981/1986), los factores esenciales implicados en este proceso se suelen categorizar en torno a agotamiento (físico, emocional y mental), dificultad para la autorrealización personal en el trabajo y despersonalización o toma excesiva de distancia respecto de las personas a atender, pacientes, clientes, alumnos, familiares, etc.

Desde esta definición trifactorial el síndrome no puede considerarse un indicador unitario del desajuste laboral. La propia definición del estar quemado obliga a tener en cuenta las relaciones existentes entre estos tres factores, sobre todo a la hora de concretar la génesis y el desarrollo del mismo.

- Otro elemento definicional nos orienta hacia la relativa dependencia conceptual de contextos y actividades laborales dedicadas a la provisión de servicios ofrecidos a otras personas como objeto de trabajo (Freudenberger, 1974; Maslach y Jackson, 1981; Rodríguez-Marín, 1995).

- Así como a la aparición a partir de la relación interpersonal y organizacional que se da cita en el contexto laboral y que tanto para el sujeto como para la organización en su conjunto conlleva consecuencias negativas (Farber, 1984; Leiter y Durup, 1994)

- Fuerte implicación situacional y dependencia de los efectos organizacionales sobre el proceso de interacción profesional-usuario (Kalekin-Fishman, 1986).

Personal de servicios y *burnout*

El amplio horizonte del personal de servicios es el ámbito profesional sobre el que se ha centrado un mayor número de investigaciones referidas al burnout. Quizá en estos grupos profesionales es donde se puede evidenciar de manera más directa la paradoja implícita a este síndrome. En principio, muchos de éstos pueden ser considerados como una opción profesional sustentada en una fuerte orientación vocacional que se ve confrontada, sin embargo, con una realidad organizacional diversa y compleja donde conviven elementos culturales contradictorios desde la excesiva burocratización de los procesos hasta la puesta en marcha de novedosas políticas de calidad total y excelencia.

La negativa incidencia del síndrome tanto en la adaptación laboral de los profesionales que lo padecen como en la calidad de atención y prestación de los sistemas públicos, por ejemplo en el ámbito de la salud, ha sido objeto de debate reciente en el Parlamento Europeo a través del "Informe Hermans-Lenz". En este informe se pone de manifiesto que la explicación del porqué este tipo de profesiones son las más afectadas por este tipo de síndromes está estrechamente relacionado con la propia etiología del burnout. Se enfatiza el hecho de que este tipo de profesiones ligadas tradicionalmente a una ética humanista de servicio a la sociedad, con una fuerte identificación vocacional y un sistema consistente de expectativas laborales, no siempre encuentran su posibilidad de expresión en las correspondientes estructuras organizacionales.

Se genera, de este modo, un peligroso desfase entre las expectativas profesionales y la realidad laboral que, por otra parte, las políticas de recursos humanos, especialmente las formativas, no aciertan siempre a reducir y que en último término desvirtúa la calidad percibida por el ciudadano. Ante el incumplimiento de expectativas y aunque el trabajo represente todavía un medio eficaz de realización personal, el profesional puede comenzar a replantearse las condiciones de ajuste entre esfuerzo y beneficios. La falta real de recursos personales u organizacionales o la dificultad para canalizar su obtención puede condicionar la aparición de sentimientos crecientes de distanciamiento y desimplicación, que conlleven inhibición e incluso evitación de la actividad laboral.

Posiciones teóricas

La propia confusión conceptual existente entre el *burnout* y otros constructos relacionados, como depresión o tedio, ha obligado a definir criterios diferenciadores. Así, Pines, Aronson y Kafry (1981) apuestan en la definición del síndrome por una perspectiva eminentemente social frente a otras aproximaciones de carácter más clínico o intrapersonal.

Según Maslach (1993), una de las autoras pioneras en la aproximación conceptual y evaluadora al constructo, el propio bagaje psicosocial preponderante ha llevado a enmarcar el *burnout* preferentemente en términos de relación interpersonal, optando para ello por una perspectiva multidimensional. Esta marcada influencia se ha visto reflejada en la propia estructura tridimensional asignada mayoritariamente al síndrome, que reserva uno de los factores a una expresión de “autodefensa deshumanizadora”, así como en la aparición de cierto sesgo situacionista en la investigación del burnout, potenciado paradójicamente por el actual predominio de la perspectiva organizacional y laboral en este campo de estudio. De hecho, la propia autora llega a afirmar que el mayor interés recibido por los factores situacionales ligados al puesto y la organización como predictores del burnout se ha promovido a expensas del relativo olvido de factores individuales. Los propósitos de enmienda reconocen, en este sentido, la necesidad de repensar la influencia potencial de los factores individuales e interpersonales, tanto como de desarrollar modelos conceptuales que permitan una más clara identificación de las variables relevantes desde una vocación integradora (Schaufeli, Maslach y Marek, 1993).

Sin embargo, la relativa dependencia conceptual del estrés laboral a la que el síndrome parece abocado condiciona igualmente la integración de este fenómeno en marcos teóricos más amplios que aun siendo necesarios para aprehender la complejidad subyacente al síndrome se muestran, en algunas ocasiones, un tanto ajenos a su propio universo teórico y empírico. Respecto a los modelos propios en el estudio del *burnout*, podemos distinguir, no obstante, dos grandes aproximaciones.

La primera estaría basada en el establecimiento de la secuencia procesual de los componentes del *burnout* y caracterizada por un escaso horizonte explicativo aunque mayor esfuerzo empírico, cuya consolidación tendrá, sin duda, una especial relevancia en la planificación y diseño de medidas de intervención y control sobre el síndrome. Dada la riqueza de implicaciones comportamentales inherentes a este fenómeno que tiene su expresión directa en la estructuración multifactorial de la mayoría de los instrumentos de medida, los investigadores demuestran un interés creciente en el establecimiento de propuestas secuenciales no sólo respecto a los factores intrínsecos al burnout sino también respecto a otros criterios comportamentales (actitudes laborales, fundamentalmente) directamente relacionados. La mayoría de propuestas en este sentido retoma la estructura trifactorial clásica sugerida por Maslach y Jackson y altera el orden de los tres componentes, afectivo, cognitivo y actitudinal de los mismos (Ramos, Montalbán y Bravo, 1997).

Pero la inclusión del *burnout* en los modelos generales de estrés laboral y la consideración de la ingente producción empírica en torno a la relación del síndrome con una amplia variedad de variables antecedentes y consecuentes complica aún más el panorama de la supuesta secuencialidad del proceso de quemarse en el trabajo. Esta relación es especialmente compleja en el caso de las actitudes laborales, en general, y de la satisfacción laboral, en particular. El síndrome muestra una relación inversa con la satisfacción laboral en múltiples investigaciones de carácter correlacional (McDermott, 1984; García, 1991). Más aún, algunos autores (Dolan, 1986; Friesen, Prokop y Sarras, 1988; Montalbán, Bonilla e Iglesias, 1996) llegan a la conclusión de que la satisfacción laboral es un buen predictor del burnout, si bien, es posible considerar igualmente la relación causal de manera inversa (Wolpin, Burke y Greenglass, 1991).

De cualquier modo, nos parece de especial interés la necesidad planteada por Gil-Monte y Peiró (1997) de realizar un mayor número de estudios longitudinales que permitan aclarar el sentido de la direccionalidad en ésta y otras relaciones de carácter procesual. Estos autores apuntan incluso la posibilidad de que la satisfacción laboral, dada su estrecha conexión con ciertos componentes actitudinales y afectivos del quemarse en el trabajo, pueda convertirse al mismo tiempo en antecedente y consecuente de los tres factores estimativos del M.B.I. o desarrollarse, al menos, de modo paralelo.

La segunda línea seguida por estas aproximaciones se distingue por una mayor dedicación explicativa de carácter procesual que, sin embargo, retrasa su corroboración empírica, centrada todavía, en la mayoría de los casos, en el desarrollo de hipótesis parciales referidas a las relaciones entre desencadenantes, facilitadores y consecuencias del síndrome. La mayoría de modelos generados ven la luz a partir de la década de los ochenta. Hace ya algunos años, la obra *Professional burnout: Recent developments in theory and research* de Schaufeli, Maslach y Marek (1993a) recogía algunas de las contribuciones de mayor interés. Entre éstas destacan para nuestros propósitos en el presente trabajo la perspectiva sociocognitiva que, siendo heredera directa

de los trabajos de A. Bandura, enfatiza la asociación existente entre el pensamiento autorreferente y el comportamiento humano en la organización, respecto tanto a esfuerzo, dedicación y consecución de objetivos como a sus reacciones emocionales consiguientes.

La dimensión sociocognitiva

La aportación más interesante de los modelos sociocognitivos estriba en el desarrollo de propuestas interaccionistas que incluyen la importante, aunque a veces relegada, influencia de ciertas dimensiones de personalidad sobre el comportamiento organizacional ampliamente conceptualizado. Medianamente superada la tensión existente durante décadas entre rasgo y situación, se hace necesaria la identificación de las variables de personalidad adecuadas que se implican, conjuntamente con factores situacionales del propio trabajo y la organización, en la aparición de los efectos y consecuencias del ajuste laboral, entre ellos, el síndrome de *burnout*.

Desde la Teoría del Aprendizaje Social desarrollada por Bandura se analiza la conducta en términos de determinismo recíproco entre influencias ambientales, cognitivas y conductuales. A partir de esta visión, se reintroduce el concepto de “auto-sistema” en el estudio de la personalidad y en el propio abordaje de procesos intrapersonales, entre personas e, incluso, en contextos sociales más amplios (Bandura, 1987). Más aún, se considera que la mayoría de las influencias externas afectan a la conducta a través de procesos cognitivos de carácter intermediario que se convierten en verdaderos (auto)reguladores conductuales. Se trata de estructuras cognitivas que proveen mecanismos de referencia y funciones de percepción, evaluación y autorreferencia (Bandura, 1987; 1989).

En este sistema de reciprocidad triádica los procesos autorreferenciales no operan únicamente como determinantes recíprocos de la conducta sino que ocupan igualmente una posición central en la percepción y configuración de las propias influencias ambientales. Como afirma Bandura (1977:347) “los factores cognitivos determinan parcialmente qué hechos externos serán observados, cómo serán percibidos, qué efecto perdurable tendrán, si han de tenerlo, qué valencia y eficacia poseerá y cómo va a ser organizada para su futuro uso la información que conlleva”.

La aplicación de esta teoría autorreferencial al estudio del *burnout* parte de dos hipótesis fundamentales (Gil-Monte y Peiró, 1998):

- La persona puede ejercer influencia sobre sus propios actos y percepciones a través de creencias de autoinducción cognitiva y la organización de incentivos condicionados para sí mismo.
- Como expresión de la autorregulación conductual, la percepción y evaluación que el sujeto realiza de sus propias capacidades determinará el esfuerzo y la

posibilidad personal para conseguir ciertos objetivos así como la aparición de toda una serie de reacciones emocionales que acompañarán a sus acciones.

Detallaremos a continuación los argumentos esenciales de los principales modelos sociocognitivos del síndrome de *burnout*, así como los hallazgos empíricos más significativos en este ámbito. En principio el interés por destacar el papel de los procesos autorreferenciales en la etiología del mismo se ha centrado en las variables autoeficacia y autoconciencia-autoconfianza.

Autoeficacia

En el estudio del síndrome de *burnout* varios modelos centran su interés, implícita o explícitamente, en el papel de la autoeficacia que Bandura (1989) define como aquel conjunto de creencias que las personas desarrollan respecto a su capacidad para ejercer control sobre situaciones que les afectan. Estas creencias determinarán el esfuerzo y la persistencia empleada por las personas para superar obstáculos y experiencias difíciles. El carácter autorregulador de la eficacia percibida condicionará que aquellas personas que se juzguen a sí mismas como ineficaces en el afrontamiento de las demandas ambientales sobrevalorarán sus propias deficiencias así como las dificultades potenciales a las que tendrían que hacer frente (Bandura, 1982).

El modelo de Harrison (1983) relaciona estrechamente la motivación prosocial y las expectativas de autoeficacia. En las profesiones con riesgo potencial de aparición del *burnout*, especialmente las de servicio de ayuda a otros, suele ser patente una filosofía humanística del trabajo con una fuerte motivación vocacional y elevados sentimientos prosociales. Sin embargo el complejo entorno laboral no siempre facilita la expresión de esta orientación profesional. Así el modelo de Harrison distingue factores de ayuda, entre los que destacaría el apoyo social, la retroalimentación recibida, la autonomía, la disponibilidad de recursos, etc., y factores barrera, entre otros, ambigüedad, conflicto, sobrecarga laboral, cultura despersonalizadora, etc. (Ver figura 1).

En presencia de factores de ayuda la autoeficacia inicial, condicionada por la propia motivación prosocial, crecerá y se consolidará, generando a su vez mayores sentimientos de competencia laboral que redundarán, dado su carácter altamente reforzante, en la apreciación de los factores de ayuda, lo que incidirá igualmente en un aumento de la eficacia percibida.

Los factores denominados barrera, por el contrario, dificultan la expresión de la motivación de ayuda, condicionando así un descenso en las expectativas de autoeficacia. La prevalencia de esta discrepancia entre expectativas y realidad laboral contribuirá, en gran medida, a la aparición del síndrome de quemarse por el trabajo de tal forma que sean activados, más si cabe, los propios factores barrera.

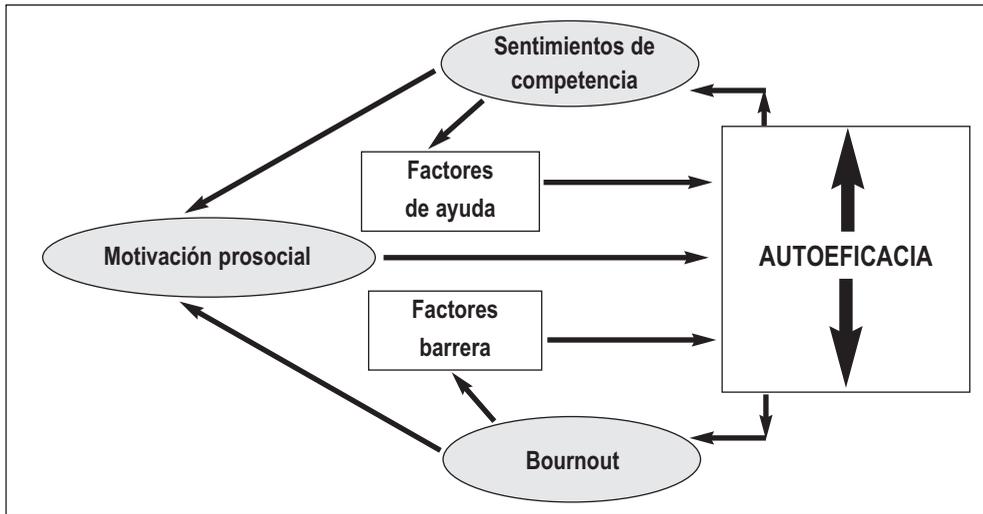


Figura 1: Adaptado del modelo de Harrison (1983:31)

Partiendo de influencias variadas, entre las que se encuentra el propio modelo de Harrison, Pines (1993) conecta la presencia de la motivación prosocial con el intento de los profesionales de las organizaciones de servicio de dar un “sentido existencial” a su trabajo. Más aún, Pines sitúa el origen del *burnout* en la búsqueda incesante de significación, utilidad e importancia que es mayor, si cabe, en este tipo de profesiones. El síndrome se hace manifiesto a partir de la imposibilidad, generada por los factores barrera del entorno laboral, de dotar a la existencia profesional de un sentido vital de carácter humanista y de ayuda a otros. Entonces sólo los individuos altamente motivados correrán el riesgo de padecer burnout; otros trabajadores sin esa fuerte motivación inicial podrán experimentar insatisfacción, estrés, fatiga, etc., pero no el hecho de quemarse como tal, que queda reservado al prerrequisito motivacional.

Ciertas conclusiones de los estudios sobre motivaciones y *burnout* en el voluntariado social corroboran la estrecha relación planteada entre orientación prosocial y sentimientos de competencia y autoeficacia. Así se evidencia que las motivaciones heterocentradas (por ejemplo la motivación prosocial) centran su acción en el inicio del voluntariado mientras que las autocentradas (sentimientos de efectividad personal, autoconocimiento, etc.) explican en mayor medida la permanencia y continuidad de las personas en el mismo (Winniford, Carpenter y Stanley, 1995).

Por su parte, la aproximación de Cherniss (1993) insiste igualmente en el papel central de la autoeficacia en la etiología del *burnout*. Cherniss parte del modelo de “éxito psicológico” de Hall (1976) sobre motivación y actitudes laborales. Para Hall la satisfacción y la implicación laboral son fruto de los sentimientos subjetivos de éxito que el trabajador experimente en el desempeño de su trabajo, mientras que los sentimien-

tos de fracaso condicionan la retirada emocional de la situación, la apatía, el afrontamiento de defensa, el conflicto, etc. Cherniss (1993) entiende que estos sentimientos de éxito o fracaso están estrechamente relacionados con la noción de eficacia percibida, de manera tal que la consecución de objetivos personales aumentará la percepción de autoeficacia mientras que ésta se verá especialmente reducida en el caso de que los sentimientos aparecidos sean de fracaso. Las aportaciones de Hall reforzaron la idea de Cherniss de que existe una conexión entre burnout e inhabilidad para lograr un sentimiento de competencia o éxito en el propio trabajo, destacando el protagonismo de la “crisis de competencia” a la que están expuestos los profesionales al afrontar su actividad laboral.

Para Cherniss (1993) la autoeficacia está unida a un papel o situación particular, por lo que será especialmente importante en este caso el concepto de “autoeficacia profesional” entendida como las creencias de los profesionales sobre sus habilidades para desempeñar roles laborales. Se distinguen tres ámbitos fundamentales de expresión de la autoeficacia en su relación con el *burnout*.

- La propia tarea, referida a aspectos técnicos del rol profesional.
- Las relaciones interpersonales, reflejando la habilidad de trabajar armoniosamente con otros.
- La organización, sobre todo respecto al grado de influencia social y política.

La autoeficacia consolidada en estos ámbitos reducirá en los sujetos la percepción de las situaciones como amenazantes y estresantes, facilitando al mismo tiempo el afrontamiento exitoso. En caso contrario los sentimientos de fracaso podrían sumir al trabajador en el desgaste psíquico. Esta variable puede señalar algunas nuevas direcciones valiosas para la investigación, teoría e intervención sobre el *burnout* en el futuro. Las conclusiones de Cherniss (1995) señalan que cuando no se alcanzan sentimientos de competencia y eficacia profesional aparecen altos niveles de estrés y en algunos casos se manifiesta el síndrome de quemarse en el trabajo. El logro de un sentimiento de competencia laboral aparece como un objetivo particularmente importante y podría estar detrás de muchas de las “fuentes de estrés” identificadas por los sujetos (p.e. las quejas dirigidas al hecho de que los clientes / pacientes no mejoren al ritmo deseado o al escaso apoyo administrativo).

La percepción de eficacia profesional parece estar también estrechamente relacionada tanto con el apoyo informacional recibido cuanto con la autonomía de la que se disfruta en el puesto de trabajo, a pesar de que la evidencia empírica al respecto es todavía contradictoria. En este sentido cabe destacar la reciente contribución de Van Yperen (1998) cuyos resultados indican que la conexión entre apoyo informacional y síntomas de *burnout* es mediada por la equidad percibida en la relación de intercambio con la organización. Asimismo se comprueba que únicamente cuando los profesionales de enfermería muestran bajas percepciones de autoeficacia, la escasez de

apoyo informacional está relacionada con inequidad percibida en la relación con la organización, lo cual les hace más vulnerables al burnout. Los datos sugieren que el apoyo informacional es un factor que puede reducir o prevenir las percepciones de inequidad en esas relaciones empleado-organización, aunque esto parece ser cierto exclusivamente entre quienes tienen escasez de habilidades o confianza para manejarse eficientemente con problemas difíciles o eventos inesperados. Independientemente del nivel de apoyo informacional recibido, los profesionales de enfermería con elevadas percepciones de autoeficacia se sienten más equitativamente tratados por la organización que los profesionales con percepciones de baja autoeficacia. A la vista de estos resultados se hace patente la importancia de desarrollar estrategias efectivas para reforzar las percepciones de autoeficacia de los empleados.

También Cherniss (1993) analizó la autonomía inicial de diversos grupos de profesionales, resaltando que los enfermeros con menor experiencia reflejaban menos estrés y *burnout*, incluso con autonomía muy limitada, pues al ser novatos preferían una mayor estructuración de tareas y la existencia de guía comportamental para sentirse competentes en su trabajo. En los inicios de la socialización laboral, autoeficacia y autonomía parecían estar reñidas, resultando la primera esencial para ayudar a los profesionales a evitar la aparición temprana del burnout.

En el seguimiento que el autor realiza más de una década después de iniciar sus primeras investigaciones, muchos profesionales que originariamente presentaron *burnout* se habían recuperado del síndrome, a costa de disminuir su compromiso inicial. Muchos de ellos perdieron su compromiso y filosofía humanitaria del trabajo, y pocos, sin embargo, consiguieron recuperar la dedicación inicial, aunque sus razones para trabajar habían cambiado. A pesar de que la motivación intrínseca seguía siendo un aspecto muy importante en el trabajo de esta minoría, los elementos extrínsecos del mismo habían ganado en importancia. El sentimiento de competencia seguía siendo básico para los profesionales, aunque gozar de cierto estatus y prestigio entre los colegas, o incluso el nivel de ingresos, ofrecía también a los profesionales señales tangibles de éxito personal.

No obstante, en el estudio de Jayaratne, Vinokur-Kaplan y Chess (1995) el nivel de autonomía aparece como un predictor más importante y consistente que la percepción de la propia competencia a la hora de explicar las diferencias en satisfacción laboral y *burnout*, entre trabajadores sociales que desarrollan su labor en ámbitos públicos y privados.

En nuestro país, hemos tenido la oportunidad también de valorar la influencia antecedente de la autoeficacia, junto a estresores ligados al rol laboral, en concreto conflicto y ambigüedad, sobre las tres dimensiones factoriales del *burnout* evaluadas por la escala MBI. La muestra estuvo constituida por trabajadores de organizaciones hospitalarias del S.A.S (N:118, 50 en puestos administrativos y 68 sanitarios). Los

resultados más interesantes muestran como los efectos de la autoeficacia como predictor del burnout son diferentes para los dos grupos estudiados. Entre el personal administrativo, la ambigüedad de rol (su ausencia) y la autoeficacia (su presencia) anteceden significativamente la presencia de realización personal en el trabajo. Los valores de la autoeficacia no son significativos, sin embargo, para las otras dos dimensiones del burnout. En el grupo sanitario el papel de la autoeficacia fue otro. La ambigüedad de rol explicaba el mayor porcentaje de varianza respecto a la dificultad para lograr la autorrealización, mientras que el conflicto era el principal predictor de la aparición de despersonalización.

En España las investigaciones empíricas respecto a las relaciones existentes entre el síndrome y la autoeficacia, aunque todavía minoritarias en este ámbito de estudio, se han centrado en instituciones policiales y sanitarias.

El estudio de Vega y Garrido (1995) se centra en los efectos de la autoeficacia de tarea y una serie de estresores laborales y de rol sobre el compromiso y el síndrome de quemarse en el trabajo. Los análisis se realizan en función del sexo de los agentes. En la muestra de hombres se comprueba la influencia directa tanto de la autoeficacia como del conjunto de estresores sobre el compromiso organizacional y las tres dimensiones del *burnout*. Sin embargo, en las mujeres desciende el peso directo de los estresores. Asimismo en el colectivo femenino la autoeficacia reservaba su influencia directa para el compromiso pero no para el burnout. Se corrobora igualmente el papel protector de la autoeficacia respecto a los efectos modulares. En este sentido son los agentes varones con mayor percepción de autoeficacia los que perciben la mayor utilidad de la formación y los que desarrollan mejores actitudes hacia la ciudadanía.

Respecto a las mujeres la baja autoeficacia, hacía aumentar la relación existente entre la serie de estresores y el síndrome de quemarse, a excepción de la relación entre conflicto de rol percibido y baja autorrealización.

Montalbán, Durán y Bravo (2000) han realizado también un estudio con el objetivo de determinar la influencia de, entre otras variables, la autoeficacia profesional sobre el *burnout*. Nuestro objetivo general era valorar el carácter antecedente de la autoeficacia, junto a estresores ligados al rol, sobre las tres dimensiones factoriales del burnout evaluado por la escala MBI, de Maslach y Jackson (1981), que mide realización personal en el trabajo, agotamiento y despersonalización. La muestra estuvo constituida por 118 trabajadores de organizaciones hospitalarias del Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía, 50 de los cuales ejercían sus labores en puestos administrativos mientras que los 68 restantes lo hacían como personal de enfermería (auxiliares y diplomados). Los sujetos respondieron a un cuestionario que contenía, entre otras, diversas preguntas referidas a factores sociodemográficos, variables cognitivas (autoeficacia profesional), estresores de rol (ambigüedad y conflicto) y síndrome de quemarse en el trabajo. Concretamente la autoeficacia profesional se valoraba

a partir de la capacidad percibida para superar con éxito una serie de tareas laborales significativas. La consistencia interna de esta escala (12 ítem con cinco alternativas de respuesta) se situó en 0.81 y la extracción factorial realizada aportó dos factores "tareas técnicas" y "relación con usuarios" que explicaban respectivamente el 35.2% y el 20.8%. Por su parte los niveles de conflicto y ambigüedad de rol fueron evaluados a partir de seis ítem, tres por cada variable, extraídos de la escala Organizational Stress Questionnaire de Caplan, Cobb, French, Van Harrison y Pinneau (1975). Los coeficientes de fiabilidad se situaron en 0.71 para el conflicto y 0.70 para la ambigüedad de rol.

Fueron realizados sendos análisis de regresión (stepwise), diferenciando los dos grupos de la muestra, para las tres dimensiones del MBI, a partir de las medidas de autoeficacia y estrés de rol. Los efectos de la autoeficacia como predictor del *burnout* se mostraron diferentes en los dos grupos laborales estudiados. Entre el personal administrativo la ambigüedad de rol y la autoeficacia anteceden significativamente a la presencia de realización personal en el trabajo. Los valores obtenidos por la autoeficacia no son significativos en el caso del agotamiento emocional y la despersonalización, cuyos porcentajes de varianza explicados quedan reservados al conflicto de rol exclusivamente. Sin embargo, en la muestra de personal de enfermería el papel de la autoeficacia fue otro. La ambigüedad de rol explicaba el mayor porcentaje de varianza respecto a la dificultad para lograr la realización personal mientras que el conflicto era el predictor principal en el caso de aparición de la despersonalización. Por su parte, la autoeficacia percibida incrementó significativamente el porcentaje de varianza explicado en ambas variables. El conflicto de rol fue la técnica variable determinante en la predicción del agotamiento emocional.

En el caso del personal administrativo la autoeficacia sigue una tendencia similar a la de otras variables sociocognitivas investigadas empíricamente, reservando su valor antecedente para un solo componente del síndrome de quemarse, la realización personal en el trabajo. Por su parte, los dos componentes del estrés de rol respetan también la asociación recurrente que conecta la ambigüedad a la realización personal y el conflicto al agotamiento y la despersonalización. Gil-Monte y Peiró (1997) explican estas dos líneas de relación autónomas entre componentes del *burnout* y variables antecedentes a partir de la propia naturaleza diferencial de estos componentes, emocional-actitudinal en el caso del agotamiento y la despersonalización y cognitiva-aptitudinal para la autorrealización en el trabajo. Sin embargo, en el caso del personal de enfermería la autoeficacia no limita su influencia a variables de índole cognitiva sino que la percepción de ineficacia personal en el trabajo parece anteceder igualmente la aparición de la despersonalización ligada al síndrome de estar quemado. Esta evidencia iría en línea con las previsiones derivadas de algunos modelos como el de Harrison (1983) que sugiere la estrecha conexión existente entre la dificultad para superar los factores barrera en la expresión de la motivación prosocial (supuestamente más elevada en el personal de enfermería) y la percepción de ineficacia profesional, que puede condicionar la aparición de estrategias despersonalizadoras.

Autoconciencia y autoconfianza

La propuesta de Thompson, Page y Cooper (1993) recurre al modelo de autocontrol en el estudio del estrés de Carver y Scheier (1988) que participaría de la definición general del estrés como proceso marcado por las discrepancias existentes entre demandas ambientales y recursos del sujeto. Thompson y col. (1993) (ver figura 2) consideran en este caso la influencia fundamental del nivel de autoconciencia, variable personal conceptualizada como la capacidad de autorregular la percepción o anticipación de las discrepancias entre demandas y recursos durante el desarrollo de una tarea concreta. Un nivel de autoconciencia elevado intensificará la tendencia a autopercebirse y a concentrarse en la discrepancia estresante, lo que afectará negativamente al estado de ánimo del trabajador, que consecuentemente conllevará la reducción de la propia confianza profesional, variable autorreguladora de significado cercano al de la autoeficacia. Según Thompson y col. (1993) los efectos de la disminución de la confianza percibida producirán en el trabajador bajos sentimientos de realización personal en el trabajo que pueden derivar incluso en intención de abandono tanto mental, en forma de agotamiento emocional, como conductual, mediante el recurso a la despersonalización.

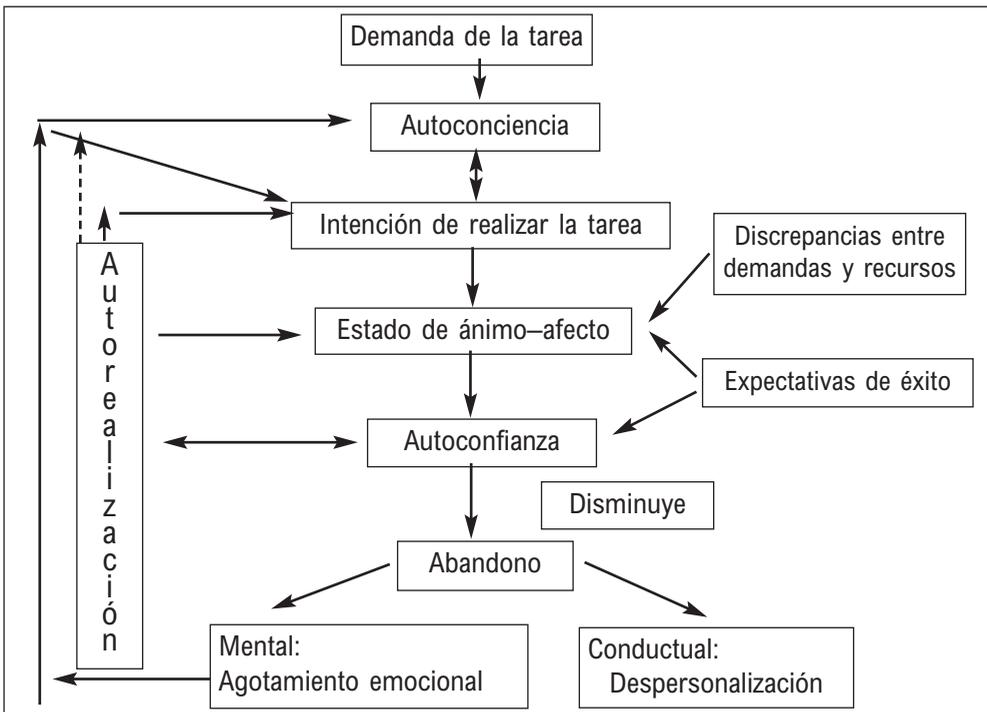


Figura 2: Adaptado de Thompson y col. (1993)

Entre nosotros Gil-Monte y col. (1995) recogen también en un modelo integrado de *burnout* el papel de la autoconfianza como antecedente del síndrome. La autoconfianza puede ser definida como “la creencia o grado de certeza que los individuos poseen sobre su habilidad para ser exitosos en la tarea” (Gil-Monte y col. 1995:2). Como ya hemos señalado la relación de esta variable con la autoeficacia es manifiesta, llegándose incluso a confundir por parte de algunos autores ambos términos. Desde el modelo se insiste, no obstante, en la idea de que las personas con una autoconfianza reducida percibirán como más estresantes las demandas ambientales al exagerar el grado de dificultad de las mismas, mientras que las personas que disfrutaban de una mayor autoconfianza pondrían en funcionamiento más frecuentemente actividades de afrontamiento efectivo. La autoconfianza elevada se presenta entonces como predictor de la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento de control así como la consecución de sentimientos de realización personal.

Por su parte, el estudio de Pierce y Molloy (1990) pone de manifiesto, entre otros resultados, que los niveles elevados de *burnout* se relacionan con baja autoconfianza, peor salud física, mayores tasas de absentismo, así como una mayor frecuencia en el uso de estrategias de afrontamiento regresivas. Hallberg (1994), por su parte, evalúa los efectos de la supervisión clínica sistemática sobre 11 enfermeras en una sala de cuidado psiquiátrico infantil. La percepción de ser comprendido y comprender a otros conlleva un aumento de la cooperación y autoconfianza, y una base de conocimiento más amplio incrementa las acciones de cuidado activo y orientadas hacia los objetivos en el trabajo clínico. En estas condiciones la satisfacción aumentaba significativamente en cuanto a responsabilidad, organización, calidad de cuidado, cooperación, y confort en el grupo de trabajo. El grado de tedio disminuyó significativamente, pero no se encontraron cambios significativos en los niveles de *burnout*.

Cabe mencionar asimismo la contribución de Quick, Joplin, Nelson y Mangelsdorff (1996) donde se examina el papel de la autoconfianza/seguridad en uno mismo como predictor del éxito durante cursos de entrenamiento militar. Los dos estudios presentados señalan que los alumnos con mayor seguridad en sí mismos obtenían mejores resultados en el entrenamiento. Asimismo mostraban mejores índices de salud, una autoestima más elevada, menor *burnout* y tasas más elevadas de finalización satisfactoria de dicho curso.

Conclusiones

Con lo comentado en los apartados anteriores es fácil, y necesario, coincidir con Maslach (1993) al considerar que la adopción de un modelo multidimensional en el estudio del síndrome de quemarse en el trabajo contribuirá a la planificación y diseño de las intervenciones pertinentes que tienen como objetivo la prevención y, en su caso, reducción del mismo. Así, frente a aplicaciones literales desde una perspectiva gene-

ral de control del estrés laboral, esta autora aboga por intervenciones específicas a partir de la detección de factores implicados, tanto entre las propias dimensiones del *burnout* cuanto entre las variables que parecen estar afectando a la etiología y desarrollo de éste.

Desde este punto de vista el reconocimiento de la influencia de variables que pudiéramos englobar dentro del ambiente de trabajo y propiamente organizacional no debería distraer nuestra atención respecto a la existencia también de características personales que muestran positivamente efectos predictores y moduladores sobre el síndrome. Será entonces la interacción dinámica entre individuo y medio la que determine la secuencia del comportamiento humano en las organizaciones a lo largo de la vida profesional. A pesar de no constituir todavía una opción mayoritaria entre las estrategias de intervención de tipo individual propuestas, el fortalecimiento de las variables autorreferenciales despierta un interés creciente, ligado fundamentalmente al afrontamiento de carácter cognitivo. En este sentido, se enfatiza la idea de que se pueden aumentar las posibilidades de afrontamiento efectivo a través tanto de las propias percepciones sobre el problema en cuestión, cuanto del grado de seguridad percibido en las propias capacidades.

Las formas más eficaces de incrementar la autoeficacia profesional se relacionan con el desempeño -sea directo o vicario- de experiencias de dominio (Bandura, 1982). Esta vivencia de éxito profesional puede verse propiciada desde el propio diseño organizacional a través de la presencia de recursos y ausencia de obstáculos con objeto de ayudar a los individuos a lograr metas significativas. Por su parte, Cherniss (1993) considera de modo más específico cuatro factores que tendrán influencia directa en el desempeño laboral de los profesionales: estándares internos de desempeño, conocimiento y habilidad en cada uno de los dominios de la autoeficacia profesional, predictibilidad y controlabilidad del ambiente laboral, y el estatus social concedido al profesional.

RESUMEN

A partir de su conceptualización inicial en la década de los setenta el denominado síndrome de *estar quemado* (*burnout* Freudenberger, 1974) ha recibido un interés creciente, generalmente asociado al estudio de la calidad de vida laboral y sus repercusiones tanto en el ámbito individual como organizacional. Se puede hablar incluso de una ingente labor de construcción y recreación del *burnout*, a modo de ficción *borgiana*, una etiqueta para poner nombre a una paradoja organizacional.

El síndrome de estar quemado se conecta estrechamente a la investigación genérica sobre estrés laboral, pudiendo incluso confundir su delimitación conceptual con éste. Así algunos autores prefieren hablar del *burnout* como estrés laboral asistencial ligado generalmente al trato con usuarios de servicios especializados, de índole sanitaria, educativa, social, seguridad, etc., aunque dada la complejidad connatural del síndrome se va imponiendo la necesidad de aclarar su relación no sólo con el estrés sino con otros múltiples criterios del comportamiento organizacional. Cada vez parece más aceptada una primera definición referencial que sitúa al *burnout* como respuesta, generalmente de carácter desadaptativo, asociada al estrés laboral crónico. Así el *burnout* no suele aparecer sólo sino que se hace acompañar de toda una cohorte de síntomas variados: insatisfacción, absentismo, desmotivación, problemas de salud física y mental, etc.

Desde una visión secuencial e interactiva el estrés se considera fruto, más o menos directo, de una disparidad o desajuste (real o percibido) entre demandas ambientales y recursos con que se cuenta. El síndrome de *burnout* aparecerá entonces como resultado del padecimiento continuado de dicho desajuste y de la ausencia, por inexistencia o eliminación continuada, de expectativas de superación del mismo.

Los elementos claves para entender el *burnout* en cualquier organización, se refieren a tres ámbitos fundamentales: la persona, o lo que es lo mismo, el profesional que trabaja, el trabajo que desempeña y la organización en la que lo hace. En nuestro caso nos vamos a centrar en toda una serie de procesos de auto-referencia o autorregulación personal que en las dos últimas décadas han demostrado un alto valor predictivo en la aparición del síndrome.

Desde la Teoría del Aprendizaje Social desarrollada por A. Bandura se analiza la conducta en términos de determinismo recíproco entre influencias ambientales, cognitivas y conductuales. Más aún, Bandura (1978) considera que la mayoría de las influencias externas afectan a la conducta a través de procesos cognitivos de carácter intermediario que se convierten en verdaderos (auto)reguladores conductuales. Se

trata de estructuras cognitivas que proveen mecanismos de referencia y funciones de percepción, evaluación y autorreferencia.

En este sistema de reciprocidad triádica los procesos autorreferenciales no operan únicamente como determinantes recíprocos de la conducta sino que ocupan igualmente una posición central en la percepción y configuración de las propias influencias ambientales. Como afirma Bandura (1977:347) “los factores cognitivos determinan parcialmente qué hechos externos serán observados, cómo serán percibidos, qué efecto perdurable tendrán, si han de tenerlo, qué valencia y eficacia poseerá y cómo va a ser organizada para su futuro uso la información que conlleva”.

La aplicación de esta teoría autorreferencial al estudio del *burnout* parte de dos hipótesis fundamentales (Gil-Monte y Peiró, 1998):

- La persona puede ejercer influencia sobre sus propios actos y percepciones a través de creencias de autoinducción cognitiva y la organización de incentivos condicionados para sí mismo.

- Como expresión de la autorregulación conductual, la percepción y evaluación que el sujeto realiza de sus propias capacidades determinará el esfuerzo y la posibilidad personal para conseguir ciertos objetivos así como la aparición de toda una serie de reacciones emocionales que acompañarán a sus acciones.

Repasaremos los argumentos esenciales de los principales modelos sociocognitivos del síndrome de *burnout*. Nos detendremos especialmente en el papel de los procesos reguladores en la etiología del mismo, haciendo especial referencia a dos variables: autoeficacia y autoconfianza.

Bibliografía

- Bandura, A. (1977) Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1982) Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1987) *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bandura, A. (1989) Human agency in social cognitive theory. *American psychologists*, 44 (9), 1175-1184.
- Buunk, B. Schaufeli, W. e Ybema, J. (1994) *burnout*, uncertainty and the desire for social comparison among nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, (19), 1701-1718.
- Carmel, S. (1997) The professional self-esteem of physicians scale structures, properties, and the relationship to work outcomes and life satisfaction. *Psychological Reports*, 80, (2), 591-602.

- Carver, C. y Scheier, M. (1982) Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-200.
- Cherniss, C. (1993) The role of professional self-efficacy in the etiology of *burnout*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis.
- Cherniss, C. (1995) *Beyond burnout: Helping teachers, nurses, therapist, and lawyers recover from stress and disillusionment*. Nueva York: Routledge.
- Dolan, N. (1987) The Relationship between *burnout* and Job Satisfaction in Nurses. *Journal of Advances Nursing*, 12, 3-12.
- Farber, B.A. (1984) Stress and *burnout* in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77, 6, 325-331.
- Freudenberger, H. (1974) Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-166.
- Friesen, D.; Prokop, C.M.. y Sarros, J.C. (1988) Why teachers burn out. *Educational Research Quarterly*, 12, 3, 9-19.
- Friedman, I. y Farber, B. (1992) Professional self-concept as a predictor of teacher *burnout*. *Journal of Educational Research*, 86 (1), 28-35.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1995) A causal model of *burnout* process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. *Seven European Congress on Work and Organizational Psychology*, Győr (Hungria).
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997) *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Golembiewski, R. y Aldinger, R (1994) *burnout* and self-esteem: A replication in a military setting. *Organizational Development Journal*, 12 (3), 41-48.
- Golembiewski, R. y Kim, B. (1989) Self-esteem and phases of *burnout*. *Organizational Development Journal*, 7 (1), 51-58
- Hall, D.T. (1976) *Careers in organizations*. Pacific Palisades, CA: Goodyear.
- Hallberg, I. (1994) Systematic clinical supervision in a child psychiatric ward. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8 (1), 44-52.
- Harrison, W.D. (1983) A social competence model of *burnout*. En B.A. Farber (Ed.) *Stress and burnout in the human services professions*. Nueva York: Pergamon Press.
- Jayarathne, S., Vinokur-Kaplan, D. y Chess, W. (1995) The importance of personal control: A comparison of social workers in private practice and public agency settings. *Journal of Applied Social Science*, 19 (1), 47-59.

- Kalekin-Fishman, D. (1986) *burnout* or alienation? A context specific study of occupational fatigue among secondary school teachers. *Journal of Research and Development in Education*, 19, 3, 24-34.
- Maslach, C. (1993) *burnout*. A multidimensional perspective. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pág. 19-32). Nueva York: Taylor & Francis.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981/1986) *Maslach burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Mazur, P. y Linch, M. (1989) Differential impact of administrative, organizational and personality factors on teacher *burnout*. *Teaching and Teacher Education*, 5 (4), 337-353.
- McCranie, E. y Brandsma, J. (1988) Personality antecedents of *burnout* among middle-aged physicians. *Behavioral Medicine*, 14 (1), 30-36.
- McDermott, D. (1984) Professional *burnout* and its Relation to Job Characteristics, Satisfaction and Control. *Journal of Human Stress*, 10, 2, 78-85.
- McMullen, M. y Krantz, M. (1988) *burnout* in day care workers: The effects of learned helplessness and self-esteem. *Child and Youth Care Quarterly*, 17 (4), 275-280.
- Montalbán, F.M.; Bonilla, J. e Iglesias, C. (1996) Actitudes laborales y estrés asistencial: Un modelo de relación secuencial. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12, 1, 81-88.
- Pierce, C. y Molloy, G. (1990) Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of *burnout*. *British Journal of Educational Psychology*, 60 (1), 37-51.
- Pines, A.M. (1993) *burnout*. "An existential perspective". En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis.
- Pines, A.M., Aronson, E., y Kafry, D. (1981) *burnout. From tedium to personal growth*. Nueva York: The Free Press.
- Quick, J., Joplin, J., Nelson, D. y Mangelsdorff, A. (1996) Self-reliance and military service training outcomes. *Military Psychology*, 8 (4), 279-293.
- Ramos, J., Montalbán, F.M. y Bravo, M. (1997) Estrés en las organizaciones: concepto, consecuencias y control. En M.I. Hombrados (Comp.) *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Rodríguez-Marín, J. (1995) *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rosse, J., Boss, R., Johnson, A. y Crown, D. (1991) Conceptualizing the role of self-esteem in the *burnout* process. *Group and Organizational Studies*, 16 (4), 428-451.

- Schaufeli, W.B.; Maslach, C. y Marek, T. (Eds.) (1993a) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B.; Maslach, C. y Marek, T. (1993b) The future of *burnout*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis.
- Thompson, M.S., Page, S.L. y Cooper, C.L. (1993) A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring *burnout* among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Van Yperen, N. (1998) Informational support, equity and *burnout*. The moderating effect of self-efficacy. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71 (1), 29-33.
- Winniford, J., Carpenter, C. y Stanley, C.G. (1995) An analysis of the traits and motivations of college students involved in service organizations. *Journal of College Student Development*, 36 (1), 27-38.
- Wolpin, J.; Burke, R.J. y Greenglass, E.R. (1991) Is Job Satisfaction an Antecedent or a Consequence of Psychological *burnout*? *Human Relations*, 44, 2, 193-209.

SUEÑO, ESTRÉS Y TRABAJO

Elena Miró Morales

Gualberto Buela-Casal

Universidad de Granada

Introducción

El padecimiento de estrés laboral es por desgracia una condición muy frecuente en nuestros días. En las sociedades actuales el medio ambiente de trabajo junto con el estilo de vida personal del trabajador suele provocar la acción de factores psicológicos y sociales negativos. Según un reciente informe, publicado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, el estrés laboral constituye después de la gripe el segundo problema de salud en la Unión Europea. El estrés laboral afecta aproximadamente a uno de cada tres empleados europeos, unos 40 millones de personas (en España afecta a unos 3,5 millones de trabajadores). Además, figura como la principal causa de baja laboral (representa una cuarta parte de las mismas) y cuesta a los 15 países miembros de la UE alrededor de 20.000 millones de euros al año en gasto sanitario y en absentismo laboral. No es, por tanto, de extrañar que las actuales tendencias en la promoción de seguridad e higiene en el trabajo incluyan no solo un abordaje de los riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales, sino también de los múltiples factores psicosociales relacionados con la empresa que influyen en el bienestar físico y mental del trabajador. Algunos de los principales factores psicosociales que con notable frecuencia condicionan la presencia de estrés laboral involucran a las tareas de desempeño profesional (ej. realizar actividades de alto grado de dificultad o responsabilidad, trabajo monótono, tener la creatividad e iniciativa restringidas, etc.); al estilo de dirección (ej. liderazgo inadecuado, manipulación o coacción del trabajador, atribuciones ambiguas, etc.); al medio ambiente de trabajo (ej. exposición a riesgo físico constante, ambiente laboral conflictivo, etc); o a la administración y sistemas de trabajo (ej. rotación por turnos, jornadas de trabajo excesivas, sueldo escaso, etc.). En muchos casos los acelerados cambios tecnológicos en las formas de producción han modificado el entorno laboral de los trabajadores y sus rutinas de trabajo y han aumentado el desarrollo de las alteraciones asociadas al estrés como, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, los problemas de salud mental o los trastornos musculares y esqueléticos. Uno de los aspectos más vulnerables de nuestro organismo que va a sufrir un impacto notable e inmediato cuando estamos estresados es el sueño. El sueño es una función biológica funda-

mental, baste solo recordar que pasamos durmiendo aproximadamente un tercio de nuestra existencia. La investigación actual muestra cada vez con mayor fuerza empírica que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud de una persona. En el lado positivo una buena medida de la salud mental y física de un individuo podría valorarse en la habilidad de quedarse dormido y permanecer dormido un periodo ininterrumpido de tiempo. En el lado negativo, como cuando hay alteraciones del sueño, pérdida crónica de sueño debido al estrés laboral, etc, el sueño puede hacer una simbiosis negativa con numerosas enfermedades médicas y trastornos psicológicos. Como veremos, la situación se agrava cuando la razón del estrés laboral se debe a un sistema de turnos rotativos de trabajo o de trabajo nocturno. El deterioro del normal ciclo sueño-vigilia en estos casos es muy marcado y las consecuencias negativas a nivel de salud importantes. A continuación, se exponen estos distintos aspectos de las complejas interacciones entre el estrés y el sueño, y finalmente se ofrecen algunas recomendaciones prácticas que pueden ser de utilidad para afrontar el estrés, mejorar los hábitos de sueño y planificar de la forma mas racional posible un sistema de trabajo por turnos rotatorios o de trabajo nocturno.

El sueño como proceso vital

Principales funciones del sueño

En las ultimas décadas se ha producido un avance sin precedentes en el conocimiento neurofisiológico de lo que sucede mientras dormimos y en la investigación clínica de los trastornos que afectan al sueño. El sueño es un fenómeno funcional complejo con diferentes estadios. En concreto se pueden diferenciar dos grandes tipos de sueño: el sueño de ondas lentas (SOL) o sueño NMOR (sin movimientos de ojos rápidos), integrado por los estadios 1 y 2 de sueño más ligero y por las fases 3 y 4 de sueño muy profundo; y el sueño paradójico (SP) o sueño MOR (con movimientos de ojos rápidos, en inglés *rapid eye movement*, REM) que es la fase en que soñamos. Estas fases se van sucediendo a lo largo de la noche en ese mismo orden formando ciclos de unos 90-110 min. Por ejemplo, una noche típica de 7-8 horas de sueño contiene unos cinco ciclos de sueño (Buela-Casal y Miró, 2001). Ambos tipos de sueño son claramente diferentes desde un punto de vista neurofisiológico y sin duda deben desempeñar importantes funciones en nuestro organismo sino, como destacaba Rechtschaffen (1979), el sueño constituiría el mayor error evolutivo jamás hecho. No obstante, la respuesta definitiva a la pregunta de ¿Por qué o para qué necesitamos dormir? es notablemente difícil de efectuar. Existen numerosas hipótesis y teorías acerca de las funciones del sueño, algunas de las más importantes se presentan a continuación (una exposición detallada de este tema puede consultarse en Buela-Casal y Miró, 2001).

Funciones del sueño de onda lenta

Una de las nociones más extendidas consiste en relacionar al sueño de onda lenta (SOL) con la conservación de energía y la restauración corporal. Partiendo del concepto de homeostasis es lógico que la energía gastada durante el día deba compensarse por medio de un periodo de recuperación. El sueño permite conservar energía (Berger y Phillips, 1995). De hecho, la tasa metabólica es más alta de día y muy baja en las fases 3 y 4 del sueño de ondas lentas. Los parámetros corporales alcanzan sus mínimos diarios durante el sueño lento profundo (ej. el consumo de oxígeno, la tasa cardiaca, la presión sanguínea, la temperatura, etc). Además, el sueño podría combatir los fenómenos asociados al cansancio y devolver al organismo el estado físico y mental que tenía al iniciar el día (Shapiro y Flanigan, 1993). El sueño lento profundo constituye un estado de restitución tisular aumentada en el que se encuentran incrementadas la síntesis de proteínas y la liberación de la hormona de crecimiento humano, disminuye la respuesta corticoesteroide y aumentan los procesos de división celular. Se ha sugerido que el sueño lento facilita, de algún modo, el proceso de recuperación ante las enfermedades. El sistema inmunológico puede aumentar el sueño ante la presencia de agentes patógenos. Estudios recientes señalan, por ejemplo, que la fiebre produce un incremento robusto en la cantidad de SOL y en la amplitud de delta (las ondas electroencefalográficas típicas del sueño lento) en las primeras 48 horas de inoculación del microorganismo, mientras la fase MOR es generalmente inhibida (Krueger y Majde, 1994; Benca y Quintans, 1997). Los animales experimentales con mayores incrementos en SOL tienen las menores tasas de mortalidad ante la infección (Benca y Quintans, 1997).

Por otra parte, según algunos autores los procesos restaurativos generados por el sueño lento en nuestra especie podrían ser principalmente neurológicos. La principal función del sueño sería contrarrestar los efectos del metabolismo cerebral diurno (Horne, 1988; 1993). La corteza cerebral exhibe estados fisiológicos únicos durante el sueño de desconocida significación funcional (Horne, 1993). Únicamente durante el sueño la responsividad del cerebro es muy reducida y libre, "off line", del "procesamiento silencioso" de la vigilia relajada lo que quizá refleja algún proceso restaurativo que el cerebro desata durante el sueño. Esta recuperación cortical es más probable que ocurra durante el SOL y, en concreto, en un área denominada córtex prefrontal (CPF) (Horne, 1993). En esta zona el EEG de vigilia es de frecuencia más alta que en otras regiones del córtex y, además, esta área tiene la tasa metabólica cerebral más baja durante el SOL y es un importante foco de SOL. Existe un vínculo entre las funciones cognitivas superiores, la normal manifestación del SOL y la integridad del CPF. Por ejemplo, en el envejecimiento normal, así como en ciertas demencias neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, se observa un sueño de ondas lentas muy disminuido y algunos síntomas indicativos de disfunción en el CPF (Horne, 1993).

Funciones del sueño paradójico

El sueño paradójico o sueño MOR desempeña un papel esencial en el normal crecimiento o maduración del cerebro durante el desarrollo (Challamel, 1992). Durante el desarrollo del córtex cerebral en el feto y recién nacido se observan las mayores cantidades de sueño MOR que se presentarán en todo el ciclo vital y van disminuyendo a medida que crece y madura el sistema nervioso. Por ejemplo, un recién nacido duerme de 16 a 18 horas diarias, de las cuales pasa un 50 ó 60% del tiempo en sueño MOR. A los seis meses, el sueño paradójico representa, aproximadamente, un 30% del tiempo de sueño total. Y a partir de los dos años, la cantidad de sueño MOR es muy similar a la de un adulto joven, el cual de un total de 7 u 8 horas de sueño diario pasa un 20 ó 25% del tiempo de sueño en esta fase (Buela-Casal y Miró, 2001). De forma simultánea a esta importante función, así como una vez que dicha función ha concluido, la fase de sueño MOR sirve a la facilitación del aprendizaje y la consolidación de la memoria. De hecho, desde un punto de vista evolutivo la capacidad de memorizar eventos a largo plazo aparece en las especies que tienen sueño MOR, concretamente las aves y los mamíferos. En cambio, los peces, anfibios y reptiles, que no poseen un sueño MOR bien definido, tienen una capacidad muy pobre para retener información nueva. Se han demostrado correlaciones positivas entre la cantidad y la calidad del sueño MOR y la inteligencia y capacidad intelectual (Buela-Casal y Navarro, 1989). Numerosas investigaciones que analizan la influencia del proceso de aprendizaje sobre la estructura de sueño subsiguiente demuestran que el aprendizaje aumenta la cantidad de sueño MOR, el número de períodos de sueño MOR y/o la densidad del episodio MOR. Por ejemplo, los estudiantes en época de exámenes pasan más tiempo del usual en sueño paradójico (Smith y Lapp, 1991). Las modificaciones del sueño MOR tras el aprendizaje se producen en las primeras 24 horas, antes de alcanzar el nivel crítico de éxito en el aprendizaje, y especialmente en las primeras 3 horas de sueño posterior al entrenamiento (Smith, 1996). La fase de sueño MOR es la más asociada a la facilitación de la memoria y el aprendizaje pero la investigación reciente sugiere que puede no ser el único aspecto del sueño que sirva a esta función. Por ejemplo, los aprendizajes motores parecen relacionarse con la integridad de la fase 2 del sueño lento (Smith y McNeill, 1994) y la ocurrencia regular de los ciclos NMOR-MOR, más que los estadios de sueño per se, parece ser crucial para la retención de material verbal presentado antes del sueño (Ficca, Lombardo, Rossi y Salzarulo, 2000).

Por último, muchos autores relacionan al sueño paradójico y/o al fenómeno onírico con funciones de ajuste o adaptación emocional. El sueño puede ser un regulador del estado de ánimo (Kramer, 1993). En general, pertenece al saber popular que "no hay nada como una buena noche de sueño para sentirse bien". Se sabe que el sueño MOR aumenta después de días de intenso estrés, preocupación y eventos emocionales, tanto positivos como negativos (Moorcroft, 1993). El sueño MOR podría tener un papel en el descenso de la ansiedad provocada por eventos que han ocurri-

do durante la vigilia y que nos han impactado. En realidad, puede considerarse casi otro modo de ver la misma cuestión de las relaciones sueño-aprendizaje, aprendiéndose, en este caso, estrategias de autocontrol emocional, de adaptación al medio, etc.

Relevancia del sueño en la salud

Trastornos del sueño y salud

La discusión sobre las relaciones entre el sueño y la salud sería amplia. Existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado de salud de una persona. En los últimos años diversos estudios epidemiológicos han demostrado que ciertos trastornos relacionados con el sueño constituyen un importante factor de riesgo para la salud independientemente de aspectos como la edad, el sexo, la obesidad, el consumo de tabaco, etc. Así, las personas que informan de insomnio (la prevalencia anual de quejas de insomnio en la población general se estima entre un 20-40%, Roth y Ancoli-Israel, 1999) presentan una tasa incrementada de morbilidad y mortalidad. Los sujetos con insomnio sufren de mayor deterioro funcional, pérdida de productividad y un exceso de utilización de los distintos servicios de salud (Simon y Von Korff, 1997). Tienen problemas de concentración, deterioros de la memoria y menos habilidad para efectuar algunas tareas diarias y relacionarse a nivel interpersonal (Roth y Ancoli-Israel, 1999). Por su parte, por ejemplo, los trastornos de respiración asociados al sueño, como la apnea del sueño, son un factor de riesgo para padecer hipertensión y diversas cardiopatías.

Además, la somnolencia que ineludiblemente se asocia al padecimiento de alteraciones del sueño o a situaciones de restricción del sueño es también un predictor independiente de complicaciones de salud, bajo bienestar autopercebido y limitaciones funcionales. En un estudio de Ohayon, Caulet, Philip, Guilleminault y Priest (1997) con 4972 sujetos de 15 a 100 años, un 5,5% informaba de somnolencia severa y un 15,2% de somnolencia moderada. Entre otros aspectos, por ejemplo, estas personas con somnolencia severa o moderada habían consultado a un médico el año anterior en proporciones del 76,3% y del 67,9%, respectivamente; habían sido hospitalizados y/o tratados por alguna enfermedad física en un 20,2% y un 15,6%; y habían sufrido un accidente de tráfico o maquinaria en porcentajes de 9,3% y 6,9%, respectivamente. Mientras en las personas sin queja de somnolencia estas cifras eran del 58,7%, del 9,5% y del 3,4%, en cada caso (Ohayon y cols., 1997). De hecho, las personas con buena salud suelen tener como un hábito prioritario de su salud, junto a otros como el ejercicio moderado, el dormir lo suficiente (Duncan, Bomar, Nicholson y Wilson, 1995).

Igualmente, una alta calidad de sueño autoevaluada es el mejor predictor de un buen estado de ánimo y pocos síntomas de malestar psicológico al día siguiente. La incidencia de alteraciones del sueño en pacientes psiquiátricos es del 75% en cuadros agudos y del 35% en los trastornos de más de 18 meses de duración (Salín-Pascual,

1997). En otros informes, un 75% de las personas con trastornos del ciclo sueño-vigilia tienen síntomas de ansiedad o depresión y más de un 50% de los pacientes con quejas persistentes de sueño padecen un trastorno psicológico (Buysse y cols., 1997). En un estudio en España, Pérez-Poza, Ventura y Garballo en 1996, encuentran que el 71% de los pacientes que acudía por primera vez a una unidad de salud mental tenía insomnio y, además, un 85% de los sujetos con depresión y un 70% de los pacientes con cuadros de ansiedad presentaba también insomnio (Ventura, Pérez-Poza, Quintanilla y Carrero, 1999).

En los trastornos afectivos, por ejemplo, un 70% de los sujetos informa de insomnio, en especial, de insomnio tardío con despertares matutinos precoces (ej. a las 4:00 a.m. sin poder volver a conciliar el sueño) y en algunos pocos casos hay hipersomnia.

Patrones de sueño y salud

Desde otra perspectiva, un aspecto que también está empezando a verse que tiene importantes implicaciones de cara a la salud es la duración habitual del sueño de cada individuo. Generalmente se establece una distinción entre los denominados sujetos con patrón de sueño corto (duermen diariamente 6 horas o menos), los sujetos con patrón de sueño largo (duermen 9 o más horas cada día), y aquellos con patrón de sueño intermedio (duermen aproximadamente entre 7-8 horas al día) (Moorcroft, 1993). Recientemente se ha sugerido que dormir menos tiempo y también, paradójicamente, más tiempo del asociado al denominado patrón de sueño intermedio tiene consecuencias adversas para la salud a distintos niveles (para una revisión véase Miró, Iáñez y Cano-Lozano, 2002a). En el estudio pionero de Kripke, Simons, Garfinkel y Hammond (1979), recientemente reevaluado por Kripke, Garfinkel, Wingard, Klauber y Marter (2002), se informaba de una encuesta efectuada por la Sociedad Americana de Oncología a más de 1 millón de personas de todas las edades por encima de los 30 años. El objetivo del estudio era identificar factores de riesgo de cáncer aunque se preguntaba por los hábitos de sueño y por casualidad se evidenció una relación sorprendente. A los 6 años se averiguaba cuantos de los interrogados habían muerto, y tras controlar la posible influencia de factores mediadores como la dieta, el ejercicio, la toma de medicación, la no existencia de problemas de sueño, etc., se observaba como puede verse en la figura 1 que el mínimo de mortalidad se daba en los que dormían habitualmente 7-8 horas, aumentando por encima y, especialmente, por debajo de esa cifra (ej. es más del doble en los que duermen 4 horas o menos). Diversas investigaciones actuales observan igualmente que los sujetos con patrón de sueño intermedio obtienen las mejores puntuaciones de salud física o psicológica (ej. menos depresión, ansiedad o abuso de sustancias) (Breslau, Roth, Rosenthal y Andreski, 1997); y menores riesgos relativos de mortalidad (Kojima y cols., 2000). Por ejemplo,

la desviación del patrón de sueño intermedio se asociaba a un riesgo incrementado de desarrollar diabetes en un estudio longitudinal de 10 años (Ayas y cols., 2003a); o de sufrir eventos coronarios (Ayas y cols., 2003b). Además, las quejas de somnolencia suelen darse con mayor frecuencia tanto en los patrones de sueño cortos como en los largos lo que, como hemos expuesto, se asocia a bajo estatus funcional, peor salud global, pobre calidad de vida, aumentada tasa de accidentabilidad, aumentado riesgo de consumir café y/o alcohol o drogas (Bliwise, King y Harris, 1994; Ohayon y cols., 1997).

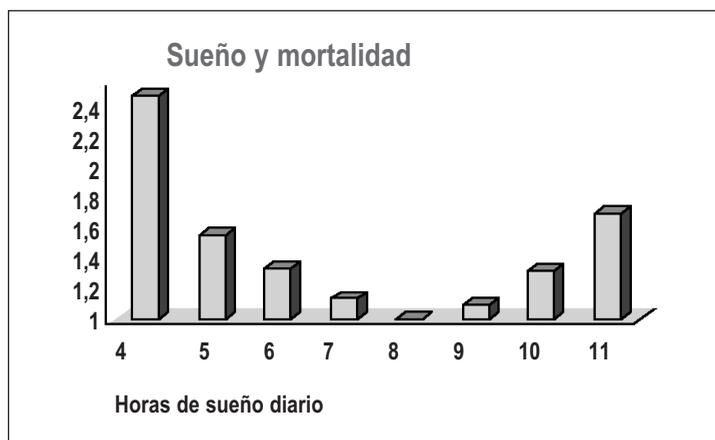


Figura 1. Tasas de mortalidad en función de la duración del sueño individual en el estudio de seguimiento de Kripke y cols. (1979) (tomado de Miro y cols., 2002a).

Impacto del estrés en el sueño

Efecto de diversos estresores sobre el sueño

Hans Selye tomó en 1926 de la física el término estrés para definir la relación entre el organismo y un medio ambiente que constantemente lo somete a tensiones ante las cuales tiene que responder con maniobras adaptativas. En nuestro entorno existen numerosas fuentes potenciales de estrés: los problemas económicos y problemas derivados del ejercicio profesional, la pérdida o enfermedad de un ser querido, los problemas asociados a la crianza de los hijos, etc. La activación o reacción de lucha o alarma producida por un estado de demanda leve, corta y controlable es adaptativa porque nos ayuda a responder más rápida y eficazmente ante situaciones que lo requieren y puede ser percibida como placentera o excitante. Sin embargo, cuando el estado de activación fisiológica del sistema motivacional defensivo de nuestro organismo se prolonga en el tiempo, especialmente ante estímulos severos, continuos e incontrolables, el efecto es nocivo y hablamos propiamente de estrés (Vila y Fernández, 1990). Es en este caso, cuando aparecen consecuencias negativas en el funciona-

miento diario (ej. ansiedad, hostilidad, fatiga, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, falta de apetito, etc) y pueden desarrollarse a mas largo plazo trastornos psicofisiológicos debidos al estrés (ej. problemas gastrointestinales, dermatológicos, musculares, etc).

Uno de los sistemas corporales que va a sufrir de forma clara el impacto negativo del estrés es el sueño. Las relaciones entre el estrés y el sueño son complejas y tienen que investigarse en más detalle. La exposición a estresores físicos (ej. ejercicio extremo, frío, calor, luz intermitente, inmersión, etc) o psicológicos (ej. amenazas a la autoestima, separación de seres queridos, humillación, etc) durante la vigilia genera un aumento de la actividad cerebral y de la consiguiente deuda de sueño. El aumento en cantidad y/o calidad de sueño que sigue a los días caracterizados por la exposición a estresores sugiere que el sueño puede funcionar de modo adaptativo compensando la carga mental del cerebro durante la vigilia (Vázquez y Velázquez, 1997). Un estudio pionero de esta cuestión fue el de Baekeland, Koulack y Lasky, en 1968, que mostraban que empleando como estresor un filme antropológico de desagradables rituales de iniciación, y como control una película de un viaje a Londres, los sujetos sometidos al estrés psicológico presentaban más despertares durante la noche y más cantidad de fase SOL y MOR. En concreto, el sueño paradójico, aunque disminuía su porcentaje de tiempo total, aumentaba al final de la noche y también se observaba una acentuación de sus fenómenos fásicos (ej. del numero de movimientos oculares). Otros estudios han demostrado, por ejemplo, que el estrés inducido por ruido intensifica los procesos de recuperación del sistema nervioso en el sueño que le sigue. Fruhstorfer y cols. en 1985 encuentran que seis voluntarios, tras dos días de exposición a un ruido molesto de 83 dB, mostraban un aumento de la fase 4 del SOL, un descenso de la fase 3, incrementos en la secreción de adrenocorticotropa, de la hormona de crecimiento y de prolactina. Por su parte, el estrés sensorial con fuerte carga visual parece afectar al SOL y no al sueño MOR (Vázquez y Velázquez, 1997).

Las modificaciones que el sueño experimente ante los estresores dependerán de la naturaleza de éste, de su intensidad y de su duración, así como del estado funcional del organismo en el momento de enfrentarse a él. Un estado sostenido de alta activación fisiológica producido por estresores más duraderos, severos, etc., puede inhibir la normal aparición del sueño y generar trastornos del sueño (Vázquez y Velázquez, 1997). El estrés y los trastornos del sueño guardan una estrecha relación, pudiendo considerarse al estrés como uno de los principales desencadenantes de diversos problemas del sueño. Los individuos estresados tendrán dificultades para iniciar el sueño o para permanecer dormidos durante la noche, presentarán un incremento de despertares nocturnos asociados a preocupaciones, terminación temprana del sueño y sensación de cansancio al despertar. Un caso extremo del impacto de un estresor agudo en el sueño lo constituye a nivel clínico el trastorno de estrés post-traumático que desarrollan las víctimas de agresiones sexuales, catástrofes naturales,

etc. Sabemos, por ejemplo, que los supervivientes del Holocausto Nazi muestran mayor cantidad de sueño, frecuentes despertares nocturnos y pesadillas, aun después de 45 años de haber vivido aquello. De hecho, la aparición de sueños recurrentes, en los que se reexperimenta el acontecimiento traumático, es una característica importante, y se ha observado una correlación entre la densidad del sueño MOR y la gravedad de este trastorno (Mellman, David, Kullick-Bell, Hebding y Nolan, 1995).

Recientemente, se ha propuesto que el conocido impacto negativo del estrés en el sistema inmune podría estar mediado por las alteraciones de sueño que produce el estrés. La carga percibida de trabajo, la percepción de estar estresado y la imposibilidad de aliviar el estrés se han asociado, por ejemplo, con la formación de un tipo de daño oxidativo al DNA (8-hidroxideoxiguanosina), especialmente en mujeres, que se relaciona con la patogénesis de cancer. Las situaciones de estrés inducen una amplia variedad de cambios a nivel sistémico y particularmente a nivel del SNC. Dichos cambios alteran la fisiología tanto de los neurotransmisores como de los neuromoduladores que participan en la fisiología del sueño. Es probable que el sueño afecte a toda una cascada de eventos que regulan la calidad y la cantidad de las respuestas inmunes. Esto ocurriría como parte de los cambios sistémicos característicos de los ritmos circadianos, el estrés y la regulación del sistema nervioso autónomo en el sueño (Benca y Quintans, 1997). Por ejemplo, Hall y cols. (1998) observan en 29 sujetos con depresión asociada a duelo, que el estrés (ej. a través de pensamientos intrusivos, conductas de evitación, etc) generaba una interrupción del comienzo del sueño (en especial, del primer período NMOR), lo que a su vez se asociaba a más bajo número de células natural killer circulantes (células del sistema inmune con acción inflamatoria que forman parte de las defensas no específicas del organismo).

El caso de los turnos rotativos de trabajo y del trabajo nocturno

La situación se agrava cuando la razón del estrés laboral se asocia a un sistema de turnos rotativos de trabajo o de trabajo nocturno. En la Unión Europea se estima que el 20% de los trabajadores del sector industrial y el 18% del sector de servicios trabajan a turnos. El deterioro del normal ciclo sueño-vigilia en estos casos es muy marcado y las consecuencias a nivel de salud importantes. Los seres humanos, al igual que otros seres vivos, poseen un reloj corporal interno situado en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo que regula sus ritmos corporales, incluido el ritmo de sueño-vigilia. El período habitual de la mayoría de estos ritmos es cercano a 24 horas (circadiano) y está preparado para sincronizarse con el ritmo ambiental diario de luz-oscuridad, en concreto, para estar activos y despiertos de día y para dormir y descansar de noche. Por ejemplo, la síntesis de melatonina, hormona de la glándula pineal que facilita el sueño, es inducida de noche mientras la luz inhibe su secreción. Igualmente, en ritmos normales de 24 horas la mayor parte del sueño ocurre durante el descenso de la temperatura que comienza a última hora del día. La tendencia al sueño es alta cuando la temperatura alcanza su punto mas bajo, y viceversa. Incluso

la longitud y calidad del sueño es parcialmente dependiente del ritmo circadiano de temperatura (Horne, 1988; Moorcroft, 1993; Buéla-Casal y Miró, 2001). Estos sistemas fisiológicos cíclicos pueden modificar algo su momento de ocurrencia como resultado de cambios en las claves medioambientales que los sincronizan (ej., variaciones del ciclo de luz-oscuridad, cambios estacionales, etc.) pero esto lleva su tiempo (aproximadamente una semana por cada cambio de una hora). Cuando se trabaja de noche o en turnos rotativos de trabajo, el sistema circadiano es incapaz de adaptarse rápidamente al nuevo horario y surge lo que se denomina una desincronía entre el ritmo de los sistemas fisiológicos internos y las exigencias horarias externas. Esta desincronía circadiana junto a la falta de sueño que inevitablemente se asociará a estas condiciones laborales (ej. cuando el trabajador nocturno se ve obligado a dormir de día, su cuerpo está preparado para estar despierto por lo que duerme poco y su sueño es de mala calidad) son los responsables de los problemas de salud que se encuentran en este tipo de trabajadores. Se ha observado, por ejemplo, que la falta de sueño que se asocia al trabajo por turnos rápido puede generar en algunos sujetos importantes elevaciones del cortisol en sangre, lo que es un potente indicador de haber estado estresado durante bastante tiempo (Lac y Chamoux, 2003).

Los principales efectos negativos sobre la salud del trabajo por turnos y, muy especialmente, del trabajo nocturno son los siguientes:

- Alteraciones biológicas producidas por la irregularidad del periodo de trabajo y descanso. Estos trabajadores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, problemas digestivos, obesidad, trastornos psicológicos, inmunológicos, fatiga crónica, etc. Se ha señalado incluso que se produce un envejecimiento prematuro. Una revisión reciente indica que los problemas de salud que más se relacionan con el trabajo nocturnos o a turnos son la úlcera péptica, las enfermedades cardíacas coronarias y la disminución de la fecundidad en las mujeres (Knutsson, 2003).
- Alteración de los hábitos alimentarios (afecta a la cantidad, calidad y horarios de las comidas) y tendencia aumentada al abuso de café, tabaco y estimulantes, en el turno de noche para ayudarse a estar despiertos, y de hipnóticos o alcohol para ayudarse a dormir cuando pueden hacerlo.
- Alteraciones de sueño, fundamentalmente insomnio por las dificultades para iniciar y/o mantener el sueño (el 60% tiene problemas de sueño) y déficit de sueño (duermen unas 5-6 horas). En un estudio reciente con oficiales de policía se observaba que el 35,7% de los que trabajaban por turnos presentaban insomnio, trastornos del sueño relacionados con la respiración, mioclonías, síndrome de las piernas inquietas o hipersomnia (Garbarino y cols., 2002).
- Alteraciones de la vida social y las relaciones familiares, especialmente las de pareja.

- Problemas en la actividad profesional debido al menor rendimiento nocturno, al trabajo de peor calidad, etc. que se asociará a la pérdida de sueño acumulada (estos aspectos se expondrán en mas detalle en el siguiente apartado). En ocasiones la propia seguridad laboral se ve comprometida. Una de las principales razones de mortalidad laboral es el trabajo nocturno o por turnos. Nótese que España mantiene las cifras de siniestralidad laboral más altas de la Unión Europea. La UE registra al año unos 5.500 fallecimientos en el trabajo. España aportó en el año 2002 un total de 1.104, es decir una quinta parte de las muertes.

No obstante, existen múltiples variables moduladoras que pueden mediar en los efectos negativos sobre la salud que produzcan estos sistemas de trabajo y que deben investigarse más. Goh, Tong y Lee (2000) señalan que la capacidad de la persona de adaptarse a la disrupción circadiana y a la privación de sueño depende, entre otros aspectos, del tipo concreto de trabajo por turnos que se plantee, de la edad y del género. Por ejemplo, el metanálisis de Pilcher, Lambert y Huffcutt (2000) con 36 estudios de este tipo indica que las rotaciones lentas (que tratan de seguir la tendencia circadiana natural, de mañana, tarde, noche) producen un menor acortamiento de la longitud del sueño que las rotaciones rápidas. Además, el trabajar de noche en turnos rotativos tiene peor efecto global que trabajar permanentemente de noche. Por otra parte, parece que las mujeres son mas sensibles que los varones al efecto negativo del trabajo nocturno o por turnos (Akerstedt y cols., 2002). Además, tener mas de 45 años, presentar un alto índice de masa corporal y no hacer ejercicio, ser inhábil para no pensar en el trabajo en el tiempo libre (Akerstedt y cols., 2002); o disponer de poco apoyo social (Kageyama, Nishikido, Kobayashi, Oga y Kawashima, 2001) son también factores de riesgo para padecer con mas intensidad los efectos nocivos de estos sistemas de trabajo.

Efectos de la privación de sueño

El rápido avance tecnológico nos ha situado en una sociedad que funciona virtualmente 24 horas, con lo que la mayoría de la población adulta restringe su período de sueño durante la semana para manifestar de manera algo más natural sus verdaderas necesidades de sueño en los fines de semana y en las vacaciones. La privación de sueño es un evento muy frecuente en la vida moderna. Se ha señalado que cerca de un tercio de la población adulta podría estar privada de sueño de forma crónica debido a las exigencias del actual estilo de vida, especialmente los trabajadores con cambios de turnos o trabajo nocturno (ej. médicos de guardia, conductores y pilotos aéreos, etc.) (Bonnet y Arand, 1995). Existe una enorme cantidad de estudios bioquímicos, psicofisiológicos, neuroanatómicos, etc., sobre los efectos de la privación de sueño. Algunos de los resultados más conocidos y destacados de este tipo de investigación se resumen a continuación.

Efectos físico-químicos de la privación de sueño

Los trabajos más importantes en esta área fueron los llevados a cabo por Rechtschaffen y su grupo en el laboratorio de sueño de Chicago con ratas sometidas a privación ininterrumpida de sueño (Rechtschaffen, Gilliland, Bergmann y Winterer, 1983). Los resultados de esta serie de estudios indicaban que la privación total de sueño en los animales experimentales producía, después de varios días, debilitación y pérdida de peso, ulceración y queratinización del rabo y plantas de las patas, alteraciones de la coordinación motora y de la postura, desgredamiento de su pelaje y una palidez amarillenta, mientras en las ratas de control no se observaba ningún efecto adverso. La muerte se producía unas tres semanas después de mantenerse la privación total de sueño (Rechtschaffen y cols., 1983). La histopatología efectuada a las ratas revelaba síntomas de una grave patología, por ejemplo, exudado seroso en los pulmones y la traquea, hemorragias internas, úlceras en el estómago, etc. Podría haberse producido un fallo en la regulación del calor, la conservación de energía, la integridad del sistema inmunológico y/o la reparación tisular aunque la causa exacta de la muerte no se conoce definitivamente (Everson, 1993).

Cómo es lógico, por razones éticas, las investigaciones con seres humanos más largas, resultan cortas en comparación con la longitud de la privación de sueño en los animales. En conjunto, se ha sugerido que la pérdida de sueño interfiere con el metabolismo de las proteínas originando más procesos catabólicos que anabólicos (ej., los sujetos privados de sueño experimentan hambre incrementada, aumento en la producción de urea, etc), (Buela-Casal y Miró, 2001). Uno de los sistemas corporales que está ofreciendo actualmente datos más interesantes es el sistema inmunológico. Tanto la restricción parcial de sueño como la privación prolongada del mismo alteran la función inmunológica humoral y celular de manera transitoria. La pérdida de sueño es inmunosupresora (Horne, 1988; Krueger y Majde, 1994; Benca y Quintans, 1997). La capacidad de los linfocitos para producir citocinas es afectada negativamente, por ejemplo, se observan incrementos en la producción del factor de necrosis de tumores alfa (tumor necrosis factor, TNF-alfa) e interleucina-1-beta (IL-1beta), o de interleucina-1 (IL-1). En otro estudio, sobre los efectos de la privación parcial de sueño de la primera parte de la noche, se observó una disminución del número y función de las células natural killer (NK), y de los linfocitos activadores de estas células (LAK). Incluso una pérdida ligera de sueño de pocas horas, disminuye la liberación y empleo de interleucina-2 (IL-2) por los linfocitos T, descendiendo los niveles de IL-2 y su capacidad de activar a las NK (Irwin y cols., 1996). Durante el sueño posterior, se produce un aumento de SOL que contiene un incremento de los niveles séricos de IL-2 y de las células NK, volviendo a los niveles basales tras una noche de sueño de recuperación, aunque se desconoce las repercusiones que puede tener en el organismo la reducción transitoria de células NK y LAK.

Efectos psicológico-conductuales de la privación de sueño

Activación y vigilancia

Desde los primeros estudios de privación parcial o prolongada de sueño con seres humanos ha resultado evidente que los deterioros más claros se producen en el nivel de activación y vigilancia (Babkoff, Caspy y Mikulincer, 1991; Dinges, 1992; Devoto, Lucidi, Violani y Bertini, 1999; Buela-Casal y Miró, 2001). Lapsus, enlentecimiento del tiempo de reacción, aumento de los falsos positivos, presencia de signos de desactivación en el electroencefalograma (EEG) o informes subjetivos de somnolencia persistente son algunos de los hallazgos característicos de los estudios de pérdida de sueño. Aspectos en muchas ocasiones relacionados con los accidentes industriales o automovilísticos adscritos al "error humano". Sin duda uno de los efectos más notables asociados a la pérdida de sueño es la somnolencia. Por ejemplo, si a los sujetos se les permite dormir 1, 2, 3, 4 ó 5 horas durante la noche, el incremento en la propensión de sueño y en la somnolencia autoinformada es una función lineal del aumento en el grado de restricción del sueño (Devoto y cols., 1999). Además, los peores momentos de somnolencia ocurren durante la madrugada y la mañana temprano y, en menor grado, el medio día (Miro, Cano y Buela-Casal, 2002b). Es importante destacar que cuando se han efectuado sesiones repetidas de privación de sueño las personas no se habitúan sino que hay una exacerbación de estos efectos (Webb y Levy, 1984). Además, durante los estudios de privación de sueño son evidentes "microsueños", especialmente, en tareas largas, monótonas y relativamente simples (ej. conducir en una autopista). Durante éstos, el sujeto interrumpe lo que esté haciendo, usualmente entre 1 y 10 segundos, y sostiene la mirada fija en el espacio, el EEG refleja fase 1 de sueño, pero si el sujeto no es inmediatamente despertado pronto se pasa a registrar fases de sueño mas profundas.

Igualmente, por ejemplo, en los principales potenciales evocados pueden evidenciarse modificaciones que reflejan una aumentada variabilidad de la alerta, una reducción de ésta y cambios en la entrada tálamo-cortical que afectarán a la atención, la discriminación de estímulos y la toma de decisiones (Buela-Casal y Miro, 2001). Otros parámetros psicofisiológicos como la temperatura, la actividad electrodérmica, etc., mostraran también cambios indicativos del decremento en activación lo que se relacionará con deterioros en la ejecución de tareas de diverso tipo (Miro y cols., 2002b). La propia utilización de glucosa cerebral se reduce un 14%, tras 48 horas de privación de sueño, especialmente en el sistema límbico implicado en las emociones y la memoria a corto plazo (Everson, Smith y Sokoloff, 1994).

Ejecución y rendimiento

Los principales efectos de la privación de sueño sobre la ejecución pueden clasificarse en los seis grupos siguientes (ver la tabla 1) (Dinges, 1992):

1) *Lapsus*

Son períodos de marcado retraso en la respuesta o de no respuesta (ej. tiempos de reacción que exceden los 1000 milisegundos). Las principales consecuencias conductuales de estos lapsus son un incremento de la variabilidad en la ejecución y un aumento del número de errores por omisiones. Pueden observarse en cualquier tarea de 5 a 30 minutos que requiera de respuestas mantenidas. El número y duración de los lapsus se incrementa dramáticamente después de dos a tres días de privación total de sueño, independientemente de la naturaleza de la tarea de tiempo de reacción (ej. simple o de elección), la duración de la tarea, y si se proporciona o no al sujeto feedback de los resultados de la misma.

2) *Cambios en las respuestas óptimas*

Se refiere a una reducción en la velocidad de respuesta del dominio que constituiría una "respuesta óptima". La consecuencia conductual observada es una disminución del esfuerzo psicomotor. El caso más evidente es el que se observa en tareas como las de tiempo de reacción (TR), de 10 a 30 minutos, o incluso mucho menos. A menor duración del período de sueño mas lento es el tiempo de reacción. El tiempo de reacción diurno está íntimamente relacionado con la cantidad de sueño de ondas lentas nocturno, siendo más rápidos los sujetos con un mayor porcentaje de fase 4 (Jurado, Luna-Villejas y Buela-Casal, 1989). Las tareas de vigilancia visuales son más susceptibles a los efectos de la falta de sueño que las auditivas. Además, recientemente se ha demostrado que la privación de sueño enlentece la producción de intervalos temporales (ej. la persona cree que tiene mas tiempo de responder del que realmente tiene) lo que unido a un tiempo de reacción mas lento puede constituir una significativa amenaza para la seguridad en diversas situaciones laborales, especialmente, en la conducción de vehículos (Miró, Cano, Espinosa y Buela-Casal, 2003).

3) *Incremento del número de falsos positivos*

Los sujetos manifiestan simultáneamente una tendencia aumentada a no responder (lapsus) y a responder cuando la señal no está presente (falsos positivos). Esto es muy evidente en tareas de 10 a 30 minutos, que exigen una alta tasa de respuesta, especialmente desde la segunda noche de privación de sueño. Este incremento del número de falsos positivos puede reflejar un aumento de las distorsiones o falsas percepciones sobre la presencia de la señal, así como un aumento del esfuerzo compensatorio por intentar seguir ejecutando la tarea al mismo ritmo.

4) *Cambios en las respuestas cognitivas*

Se observará un enlentecimiento en las tareas cognitivas en las que el sujeto sigue su propio ritmo y un aumento de los errores en las tareas donde el ritmo lo marca el experimentador o la propia tarea. Esto puede observarse en distintas tareas de 1 a 5 minutos de duración de adición, sustracción, etc. Las tareas más afectadas

son las tediosas, repetitivas y monótonas, en cambio las tareas cognitivas más complejas (ej. la exactitud en razonamiento, un test de asociaciones remotas, anagramas, etc) pueden ser inicialmente menos sensibles a la pérdida de sueño a causa de su mayor valor motivante y quedar relativamente inafectadas hasta la segunda noche de privación de sueño (Horne, 1988; Dinges, 1992; Miró, Cano y Buela-Casal, 2002c). Recientemente, se ha demostrado también que la privación de sueño produce anomalías neuropsicológicas en sujetos normales distintivas del córtex prefrontal y reversibles tras el sueño de recuperación (ej. deterioros en la fluidez verbal, planificación no verbal, creatividad, originalidad, toma de decisiones, perseveración en los test de pensamiento divergente, etc) lo que puede representar un reto de particular importancia en personas que deben tomar decisiones en situaciones de emergencia con pérdida de sueño (ej. comandos militares, médicos de unidades de urgencias, etc) (Harrison y Horne, 2000).

5) Problemas de memoria

Aparece un aumento de la variabilidad en la consolidación del material nuevo y en el informe del material aprendido. Es decir, disminuye la habilidad para retener nueva información. Esto puede observarse en tareas de memorización de sólo 3 a 10 minutos de duración. Por otra parte, la privación de sueño tras el aprendizaje empeora la retención si la privación coincide con lo que Smith (1993; 1996) denomina "ventanas de MOR" ("Rem Windows"). Es decir, aquellos períodos en los que la ocurrencia de sueño MOR es crucial para la máxima retención del aprendizaje, usualmente los primeros 90 minutos del sueño, ó de 3 a 4 horas varios nictémeros siguiendo a aprendizajes cognitivos complejos. La ubicación exacta de estas ventanas para el sueño MOR, puede cambiar dependiendo de la naturaleza de la tarea. La falta de sueño MOR después del entrenamiento puede no tener efecto alguno únicamente si el aprendizaje se ejecutaba con intensidad y éxito, y se relacionaba con información sencilla, en cambio tendrá un mayor impacto si se trataba de tareas complejas, de importancia efectiva para la persona, que requieren reestructurar el material previo y emplear pensamiento divergente (Smith, 1993).

6) Declive de la ejecución a medida que aumenta la duración de la tarea

El tiempo de reacción y el porcentaje de errores por omisiones aumentan linealmente en función de la duración de la tarea. Por ejemplo, en un estudio de 72 horas de privación de sueño se examinaban cada dos horas diversas tareas perceptivas y cognitivas que se completaban en un total de unos 30 minutos. Se observaba un deterioro en estas tareas con la privación de sueño, pero además ocurría un incremento en el tiempo medio para resolverlas, especialmente, en las tareas que ya de por sí eran más largas. Esto lleva a que de un protocolo con una moderada carga de trabajo al principio se pase, especialmente al final, a una manipulación menos moderada y más estresante, que a su vez incrementa la fatiga en dicha carga de trabajo. El modelo apro-

piado para describir estos efectos es el de un "bucle de feedback auto-amplificador" (Babkoff y cols., 1985).

Como vemos, tal vez el aspecto más característico de la ejecución de una persona somnoliente es su labilidad. Existe una marcada fluctuación entre la alerta, la baja vigilancia, la somnolencia, los microsueños, etc. El deterioro general de la ejecución ocurre en función de la cantidad de la vigilia previa y se acompaña de oscilaciones rítmicas. A lo largo del período de 24 horas la noche produce el peor declive, entre las 2:00 a.m. y las 6:00 a.m., un segundo valle o nadir se observa de 2:00 p.m. a 6:00 p.m. y el día trae una nivelación o mejora, a media mañana y, especialmente, entre las 6:00 p.m. y las 8:00 p.m. de la tarde (Babkoff, Caspy y Mikulincer, 1991; Miro y cols., 2002b; 2002c). La disminución en la capacidad perceptiva, cognitiva y psicomotora debida a la falta de sueño debe considerarse seriamente. La somnolencia está implicada como mínimo en el 16% de los accidentes de tráfico (Horne y Reyner, 1995), en la mitad de los accidentes laborales y en 1/4 de los accidentes caseros (Kuhn, 2001). En España un tercio de todos los fallecimientos laborales en el año 2002 se produjo en accidentes de tráfico, lo que sitúa al transporte como el principal factor de mortalidad en el puesto de trabajo. Sin embargo, mientras los efectos negativos del alcohol sobre la conducción son bien conocidos y existen límites legales al respecto, no se han desarrollado estándares similares en relación a la somnolencia.

Tabla 1. PRINCIPALES EFECTOS DE LA PRIVACIÓN DE SUEÑO SOBRE LA EJECUCIÓN (DINGES, 1992)

Tipo de efecto	Naturaleza del efecto	Consecuencia conductual	Características de la tarea
Cambio en las respuestas cognitivas	Enlentecimiento en las tareas autorreguladas y aumento de los errores en aquellas cuyo ritmo lo marca el experimentador	Se reduce el número total de respuestas cognitivas o el número de las respuestas correctas (ej. solución de problemas).	Tareas cognitivas de 1-5 min. (ej. adición, sustracción, etc.)
Problemas de memoria	Incrementada variabilidad en la consolidación y recuerdo del material	Disminuye la habilidad para retener y recordar información nueva	Tareas de recuerdo libre de 3-10 min. (ej. listas de palabras)
Aumento del tiempo de ejecución	Enlentecimiento del tiempo de respuesta o aumento de los errores a medida que la tarea se prolonga	Declive en la ejecución promedio a medida que aumenta la duración de la tarea	Tareas de atención sostenida de 10-30 min. (ej. tiempo de reacción, vigilancia, etc.)
Cambios en la respuesta óptima	Reducción de la velocidad de los mejores tiempos de ejecución	Disminuye el mejor esfuerzo de ejecución	Tareas de tiempo de reacción de 10-30 min. que exijan una alta tasa de respuesta
Lapsus	Períodos de respuestas muy retrasadas o de no respuesta	Aumenta la variabilidad de la ejecución e incrementa el número de errores por omisión	Tareas de 5-30 min. que requieren de respuestas sostenidas
Falsas respuestas	Aumenta el número de falsos positivos en las tareas con alta carga de señales	Disminuye la fiabilidad de las respuestas	Tareas de tiempo de reacción de 10-30 min. que exijan una alta tasa de respuesta

Tomado de Buela-Casal y Miró (2001)

Estado de ánimo

La pérdida de sueño genera incrementos en los factores de estado de ánimo negativo (ej. depresión, cólera, confusión, tensión, ansiedad, etc) y decrementos en los de ánimo positivo (ej. calma y alegría). La irritabilidad es común, en especial, a partir del segundo o tercer día de privación de sueño. Las mujeres parecen más sensibles que los varones a padecer consecuencias negativas en ciertos aspectos de su estado de ánimo tras privación de sueño (Miró, Cano y Buela-Casal, 2002d).

Por el contrario, un comienzo temprano del sueño se asocia con mejor estado de ánimo y mayor experiencia de interacción social al día siguiente. De hecho, los individuos matutinos (tienden a acostarse y levantarse pronto) suelen tener mejor estado de ánimo, se sienten más descansados al despertar y más eficientes mentalmente, que los vespertinos (se acuestan y se levantan tarde) que tienen picos metabólicos y de ejecución posteriores en el día. También se ha observado que un momento regular de

despertar parece ser el factor más importante para que los ritmos biológicos y psicológicos se sincronicen, lo que produce sentimientos de bienestar y de reposo, en cambio la irregularidad al acostarse no es tan perjudicial.

Un bucle de feedback negativo

Hemos expuesto las principales relaciones entre diversos aspectos del sueño, el estrés y la ejecución laboral, pero las complejas interacciones entre estos factores van más allá. No dormir bien por estar estresados impedirá que el sueño desempeñe sus normales funciones diarias de restauración corporal y neurológica, adecuada consolidación de la memoria y el aprendizaje y regulación del estado de ánimo, entre otras. Así, como hemos visto se producirá una merma, más o menos importante según la magnitud de la alteración de sueño, de nuestras capacidades perceptivas, cognitivas y psicomotoras (ej. pueden incrementarse los accidentes de tráfico y laborales debido a la somnolencia diurna excesiva). Esto llevará a que en conjunto dispongamos de menos habilidad para efectuar las tareas diarias y relacionarnos a nivel interpersonal, lo que ocasionará deterioro funcional, pérdida de productividad, etc. y, de nuevo, más estrés asociado a todas estas dificultades lo que reforzará el círculo de seguir durmiendo mal, rendir mal, estresarse más, continuar durmiendo mal, etc. Una ilustración de este bucle de *feedback* negativo puede verse en la figura 2.

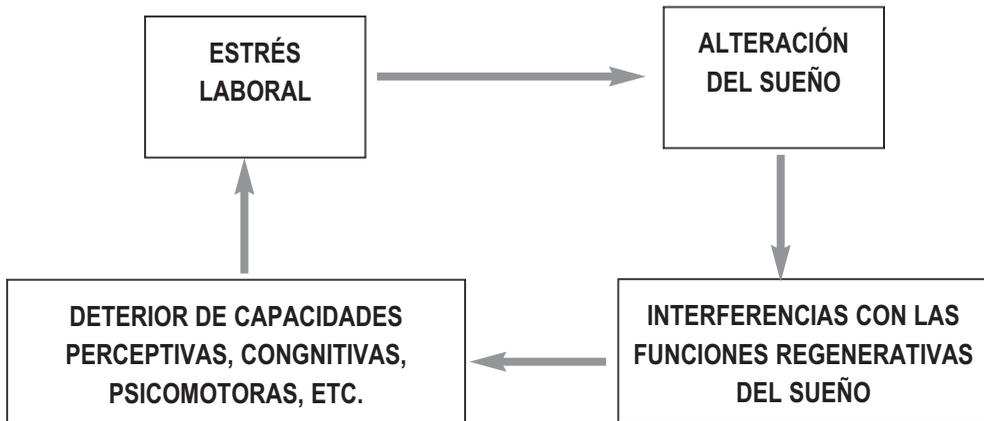


Figura 2. Bucle de feedback negativo entre el estrés, sueño y trabajo.

Recomendaciones prácticas

Cómo afrontar el estrés

El tratamiento de los problemas de estrés laboral debería ser preventivo y dirigirse a erradicar en la medida de lo posible el estrés a través del control de los fac-

tores causales del mismo. La intervención aislada en las alteraciones emocionales o los daños orgánicos provocados por el estrés es simplista y limitada. No obstante, la prevención y atención del estrés laboral constituyen un difícil reto, puesto que las medidas para contrarrestar adecuadamente este estrés tendrán que ser tanto organizacionales como personales. Aunque muchas empresas aun temen posibles disyuntivas entre sus intereses económicos y el bienestar de sus trabajadores, generalmente se observa que mejorar el estado de éstos incrementa su rendimiento en el trabajo, disminuye el absentismo y eleva la productividad. Desde el punto de vista organizacional, el objetivo de las intervenciones reductoras de estrés es limitar al máximo la existencia de características dentro de la empresa que constituyan fuentes potenciales de estrés (ej. a nivel de los estilos de comunicación y liderazgo, las funciones de trabajo, el ambiente físico, la seguridad e higiene del entorno laboral, etc.) y fomentar el pleno desarrollo de las capacidades del trabajador.

Desde el punto de vista individual, la atención al estrés consiste en programas de educación para la salud de los trabajadores para ayudarlos a desarrollar habilidades que les permitan afrontar sus dificultades. Las personas no somos meras víctimas del estrés. El estrés resulta de una transacción entre un individuo y su entorno en la que la persona percibe que la situación es gravosa, desafiante, amenazante y/o que excede sus recursos de afrontamiento poniendo en peligro su bienestar (Meichenbaum, 1987). Es decir, la manera de interpretar los acontecimientos estresantes y los propios recursos o habilidades de afrontamiento van a influir sustancialmente en que se padezca o no estrés. Es posible aprender diversas habilidades que van a contribuir a paliar los efectos negativos del estrés. El entrenamiento en inoculación del estrés tiene como primer paso conseguir que la persona se haga consciente y conozca mejor sus propias reacciones de estrés. La clave es aprender a identificar las señales de baja intensidad o primeros indicios de que se está sufriendo estrés, para a continuación aprender a interrumpir y cambiar tales señales aplicando una serie de habilidades adquiridas, fundamentalmente, relajación, reestructuración cognitiva o entrenamiento en autoinstrucciones. Además, de forma complementaria son de gran utilidad las estrategias para la administración del tiempo, el entrenamiento en asertividad, las técnicas de negociación y las de solución de conflictos. Igualmente, desde una perspectiva más amplia, tener una alimentación adecuada, realizar ejercicio físico moderado y propiciar las actividades recreativas son hábitos saludables que contribuirán a combatir el estrés.

Cómo mejorar el sueño

En función del conocimiento disponible sobre las múltiples conexiones entre el sueño y la salud es esencial el desarrollo de iniciativas preventivas y educativas destinadas a optimizar nuestros hábitos de sueño. Las intervenciones que reduzcan las alteraciones del sueño o la privación de sueño serían especialmente prometedoras para mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades. Una exposición detallada de las

principales técnicas disponibles actualmente para el tratamiento de los distintos problemas del sueño puede verse en Buela-Casal y Sánchez (2002). Presentamos a continuación un resumen de las principales reglas de higiene de sueño que desde el punto de vista didáctico pretender educar al sujeto en hábitos adecuados y compatibles con el sueño (Buela-Casal y Sánchez, 2002):

- Controlar el ambiente de la habitación procurando que la temperatura sea agradable (no superior a los 23°C). Igualmente se recomienda reducir la luminosidad de la habitación y los ruidos. Los ruidos fuertes ocasionales alteran el sueño, aunque uno no se despierte del todo.
- Realizar ejercicio físico regular durante el día, pero no hacerlo de una forma intensa y esporádica pocas horas antes de acostarse.
- No ir a la cama con hambre o sed. La ingesta de una pequeña cantidad de alimento en especial si contiene L-triptofano (aminoácido que facilita el sueño, presente en la leche, cereales, frutos secos, arroz, etc) ayuda a dormir tranquilamente. Si uno se despierta de noche es preferible no comer ya que podría acostumbrarse a despertarse cada vez que se tenga hambre.
- No consumir cafeína al menos 6 horas antes de irse a dormir. El café y té disminuyen la profundidad del sueño, incluso aunque uno no lo experimente así subjetivamente.
- Evitar fumar, así como ingerir alcohol como mínimo dos o tres horas antes de acostarse alcohol, puesto que da lugar a un sueño fragmentado. El alcohol puede inicialmente inducir el sueño aumentando las fases 3 y 4 del SOL, pero después genera una alteración en la organización del sueño, con frecuentes despertares y supresión de MOR.
- Levantarse a la misma hora todos los días aunque se duerma mal. De esta forma se fortalece el ritmo circadiano de sueño y la vigilia, lo cual regulariza la hora de inicio de sueño.
- Dormir lo necesario, pero no en exceso, permanecer excesivo tiempo en cama genera un sueño fragmentado y poco profundo.
- No obsesionarse por quedarse dormido. Si uno no consigue conciliar el sueño con facilidad deberá levantarse y realizar alguna tarea tranquila hasta sentir de nuevo somnolencia y volver a acostarse (repitiendo este ciclo las veces que sea necesario hasta quedarse dormido y asociar la cama o el dormitorio al sueño).

Cómo organizar un sistema de turnos de trabajo o de trabajo nocturno

Hay que establecer medidas preventivas e intentar sensibilizar a trabajadores y empresarios sobre los riesgos inherentes al trabajo nocturno y por turnos. Es funda-

mental establecer estrategias simples, racionales y adecuadas que ayuden a los trabajadores por turnos a mejorar su sueño, maximizar su ejecución y minimizar sus problemas de salud. La revisión de Goh, Tong y Lee (2000) propone como posibles estrategias para conseguir estos objetivos las siguientes:

1) *Programación adecuada del trabajo por turnos.*

Cuando se establezcan los turnos, éstos deberán respetar al máximo el ciclo del sueño (es decir, seguir el orden de mañana, tarde, noche). Además, por ejemplo, los turnos superiores a 10 horas deben asignar una carga de trabajo menor que los de 8 horas y estos a su vez menor que si el turno tiene 4 horas (Wu y Wang, 2002). Los turnos de noche y de tarde nunca serán más largos que los de mañana. Igualmente, hay que tener en cuenta características individuales del trabajador (ej. edad, género, circunstancias sociales, etc.) y fomentar su participación en la elección de los turnos.

2) *Consideración adecuada de la velocidad de las rotaciones.*

Las rotaciones de ritmo lento alteran menos el sueño que las rápidas (Pilcher y cols., 2000). Simultáneamente hay que ampliar el tiempo de descanso en las jornadas a turnos y nocturnas. De hecho, por ejemplo, la propia Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Estatuto de los Trabajadores establecen que el trabajo nocturno no podrá desempeñarse durante más de dos semanas seguidas, salvo que el trabajador lo decida voluntariamente.

3) *Estrategias para dormir y echarse siestas.*

En los adultos jóvenes y sanos una siesta de corta duración (ej. 30 min.) generalmente mejora la ejecución y los sentimientos subjetivos de bienestar (ej. puede ser de utilidad tomarla por la tarde, antes del turno de noche). Los empresarios deberían ofrecer facilidades como, por ejemplo, salas de descanso, comedores, etc. para que los trabajadores de turno de noche puedan eventualmente descansar y comer de forma equilibrada.

4) *Instalar iluminación adecuada en el espacio de trabajo.*

Se propone que los trabajadores estén expuestos a luz intensa (ej. 3000lx) durante el trabajo nocturno y que duerman a oscuras de día (ej. de 08:00 a 16:00) en un horario regular. La exposición a luz intensa es un efectivo tratamiento para los trastornos del ritmo circadiano. Por ejemplo, exponerse a luz intensa por la mañana temprano y evitar la luz por la tarde produce un avance de fase, mientras exponerse a luz intensa por la tarde retrasa los ritmos circadianos.

5) *Empleo de hipnóticos tales como melatonina y agonistas de la melatonina.*

La melatonina de la glándula pineal puede ser muy útil ya que promueve el sueño y tiene efectos de ajuste circadiano. Por ejemplo, la administración de melatonina varias horas antes de su pico de secreción nocturna avanza el momento de sueño

en sujetos que lo tienen anormalmente retrasado y ajusta el ciclo a 24 horas en ciegos. Se ha demostrado que tomada tras el turno de noche, antes de dormir de día, impide el descenso en la duración del tiempo de sueño diurno. Además, sus efectos son más notables en los sujetos que tienen dificultades para dormir durante el día (Sharkey, Fogg y Eastman, 2001). Podría ayudar a los trabajadores a dormir más de día, aunque aun no hay consenso sobre cómo deberían ser los protocolos de tratamiento con luz o melatonina y deben desarrollarse más.

Al igual que veíamos en el apartado de afrontamiento del estrés laboral, algunas de las medidas para evitar los riesgos para la salud de los trabajadores a turnos o con trabajo nocturno y mejorar sus condiciones laborales y de vida deberán ser organizacionales. Las empresas o la administración deben, por ejemplo, reducir el número de horas de trabajo, establecer la voluntariedad en la elección de turno, reducir la complejidad de las tareas a realizar en el horario nocturno, reducir el tiempo de cotización de estos trabajadores y adelantar la edad de jubilación, así como planificar evaluaciones frecuentes de la salud de sus trabajadores en distintos períodos regulares del trabajo.

RESUMEN

El padecimiento de estrés laboral es por desgracia una condición muy frecuente en nuestros días. Uno de los aspectos más vulnerables de nuestro organismo que va a sufrir un impacto notable e inmediato cuando estamos estresados es el sueño. El sueño es una función biológica fundamental, baste solo recordar que pasamos durmiendo aproximadamente un tercio de nuestra existencia. La investigación actual muestra cada vez con mayor fuerza empírica que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado de salud de una persona. En el lado positivo una buena medida de la salud mental y física de un individuo podría valorarse en la habilidad de quedarse dormido y permanecer dormido un periodo ininterrumpido de tiempo. En el lado negativo, como cuando hay alteraciones del sueño, pérdida crónica de sueño debido al estrés laboral, etc, el sueño puede hacer una simbiosis negativa con numerosas enfermedades medicas y trastornos psicológicos. Las personas con insomnio, por ejemplo, presentan una tasa incrementada de mortalidad y de morbilidad. Además, sabemos que el 75% de las personas con trastornos del ciclo sueño-vigilia tienen síntomas de ansiedad o depresión y más de un 50% de los pacientes con quejas persistentes de sueño padecen un trastorno psicológico. La situación se agrava cuando la razón del estrés laboral se asocia a un sistema de turnos rotativos de trabajo. El deterioro del normal ciclo sueño-vigilia en estos casos es muy marcado y las consecuencias a nivel de salud (ej. problemas gastrointestinales, cardiovasculares, disminución de la fertilidad, etc) importantes. Pero las complejas interacciones entre el estrés y el sueño no quedan solo ahí. No dormir bien, por su parte, impedirá que el sueño desempeñe sus normales funciones diarias de restauración corporal y neurológica, adecuada consolidación de la memoria y el aprendizaje y regulación del estado de animo, entre otras. Así, se producirá una merma, mas o menos importante según la magnitud de la alteración de sueño, de nuestras capacidades perceptivas, cognitivas y psicomotoras (ej. pueden incrementarse los accidentes de trafico y laborales debido a la somnolencia diurna excesiva). Esto llevara a que dispongamos de menos habilidad para efectuar las tareas diarias y relacionarnos a nivel interpersonal, lo que ocasionara deterioro funcional, perdida de productividad, etc y, de nuevo, mas estrés asociado a todas estas dificultades lo que reforzara el circulo de seguir durmiendo mal, rendir mal, estresarse mas, continuar durmiendo mal, etc.

Bibliografía

- Akerstedt, T., Knutsson, A., Westerholm, P., Theorell, T., Alfredsson, L. y Kecklund, G. (2002). Sleep disturbances, work stress and work hours: a cross-sectional study. *Journal of psychosomatic research*, 53, 741-748.
- Ayas, N. T., White, D. P., Al-Delaimy, W. K., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Speizer, F. E., Patel, S., Hu, F. B. (2003a). A prospective study of self-reported sleep duration and incident diabetes in women. *Diabetes Care*, 26, 380-384.
- Ayas, N. T., White, D. P., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Speizer, F. E., Malhotra, A., Hu, F. B. (2003b). A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Archives of Internal Medicine*, 163, 205-209.
- Babkoff, H., Thorne, D.R., Sing, H.C., Genser, S.G., Taube, S.L., y Hegge, F.W. (1985). Dynamic changes in work/rest duty cycles in a study of sleep deprivation. *Behavior Research Methods, Instrument, & Computers*, 17 (6), 604-613.
- Babkoff, H., Caspy, T., y Mikulincer, M. (1991). Subjective Sleepiness Ratings: The effects of Sleep Deprivation, Circadian Rhythmicity and Cognitive Performance. *Sleep*, 14 (6), 534-539.
- Benca, R.M., y Quintans, J. (1997). Sleep and Host Defenses: A Review. *Sleep*, 20, 1027-1037.
- Berger, R.J., y Phillips, N. H. (1995). Energy conservation and sleep. *Behavioural Brain Research*, 69, 65-73.
- Bildt, C. y Michelsen, H. (2002). Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up. *International archives of occupational and environmental health*, 75, 252-258.
- Bliwise, D. L., King, A. C. y Harris, R. B. (1994). Habitual sleep durations and health in a 50-65 year old population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, 35-41.
- Bonnet, M. H. y Arand, D. L. (1995). We are chronically sleep deprived. *Sleep*, 18, 908-911.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., y Andreski, P. (1997). Daytime sleepiness: An epidemiological study of young adults. *American Journal of Public Health*, 87, 1649-1653.
- Buela-Casal, G., y Navarro, F. (1989). Evaluación psicofisiológica de la inteligencia. En H. Marrero, G. Buela-Casal y L. Fernández-Ríos, *La Inteligencia Humana*. Barcelona: Labor.
- Buela-Casal, G. y Miró, E. (2001). *¿Qué es el sueño? Para qué dormimos y para qué soñamos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Buela-Casal, G. y Sánchez, A. I. (2002). *Los trastornos del sueño*. Madrid: Síntesis.
- Challamel, M. J. (1992). Fonctions du sommeil paradoxal et ontogenèse. *Neurophysiology Clinical*, 22, 117-132.
- Devoto, A., Lucidi, F., Violani, C., y Bertini, M. (1999). Effects of different sleep reductions on daytime sleepiness. *Sleep*, 22, 336-343.
- Dinges, D.F. (1992). Probing the limits of functional capability: The effects of sleep loss on short duration tasks. En R.J. Broughton y R.D. Ogilvie (comps.), *Sleep, Arousal, and Performance*, (pp. 176-188). Boston: Birkanser.
- Duncan, D. F., Bomar, G. J., Nicholson, T. y Wilson, R. (1995). Health practices and mental health revisited. *Psychological Reports*, 77, 205-206.
- Everson, C.A. (1993). Sustained sleep deprivation impairs host defense. *American Journal of Physiology*, 265, R1148.
- Everson, C.A., Smith, C.B., y Sokoloff, L. (1994). Effects of prolonged sleep deprivation on local rates of cerebral energy metabolism in freely moving rats. *Journal of Neuroscience*.
- Ficca, G., Lombardo, P., Rossi, L., y Salzarulo, P. (2000). Morning recall of verbal material depends on prior sleep organization. *Behavioural Brain Research*, 112, 159-163.
- Garbarino, S., De Cardi, F., Nobili, L., Mascialino, B., Squarcia, S., Penco, M.A., Beelke, M. y Ferrilla, F. (2002). Sleepiness and sleep disorders in shift workers: a study on a group of Italian police officers. *Sleep*, 25, 648-653.
- Goh, V.H., Tong, T.Y. y Lee, L.K. (2000). Sep/wake cycle and circadian disturbances in shift work: strategies for their management: a review. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 29, 90-86.
- Hall, M., Baum, A., Buysse, D., Prigerson, H., Kupfer, D., y Reynolds III, C.F. (1998). Sleep as a mediator of the stress-immune relationship. *Psychosomatic Medicine*, 60, 48-51.
- Harrison, Y., y Horne, J. (2000). The impact of sleep deprivation on decision making: a review. *Journal of Experimental Psychology*, 6, 236-249.
- Horne, J.A. (1988). *Why We Sleep: The Functions of Sleep in Humans and Other Mammals*. Oxford: Oxford University Press.
- Horne, J.A. (1993). Human sleep, sleep loss and behaviour. Implications for the prefrontal cortex and psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 162, 413-419.
- Horne, J. A. y Reyner, L. A. (1995). Sleep related vehicle accidents. *British Medical Journal*. 5, 165-174.

- Irwin, M., McClintick, J., Costlow, C., Fortner, M., White, J., y Gillin, J.C. (1996). Partial night sleep deprivation reduces natural killer and cellular immune response in humans. *FASEB Journal*, 10, 643-653.
- Jurado, J.L., Luna-Villegas, G., y Buela-Casal, G. (1989). Normal human subjects with slow reaction times and larger time estimations after waking have diminished delta sleep. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 73, 124-128.
- Kageyama, T., Nishikido, N., Kobayashi, T., Oga, J. Y Kawashima, M. (2001). Cross-sectional survey on risk factors for insomnia in Japanese female hospital nurses working rapidly rotating shift systems. *Journal of human ergology*, 30, 149-154.
- Knutsson, A. (2003). Health disorders of shift workers. *Occupational medicine*, 53, 103-108.
- Kojima, M., Wakai, K., Kawamura, T., Tamakoshi, A., Aoki, R., Lin, Y., Nakayama, T., Horibe, H., Aoki, N., y Ohno, Y. (2000). Sleep patterns and total mortality: A 12-year follow-up study in Japan. *Journal of Epidemiology*, 10, 87-93.
- Kramer, M. (1993). The selective mood regulatory function of dreaming: and update and revision. En A. Moffitt, M. Kramer y R. Hoffmann (comps.), *The functions of dreaming*, (pp. 139-195). New York: State University of New York Press.
- Kripke, D. F., Simons, R. N., Garfinkel, L. y Hammond, E. C. (1979). Short and long sleep and sleeping pills: Is increased mortality associated?. *Archives of General Psychiatry*, 36, 103-116.
- Kripke, D. F., Garfinkel, L., Wingard, D., Klauber, M. R. y Marter, M. R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 59, 131-136.
- Krueger, J.M., y Majde, A. (1994). Microbial products and cytokines in sleep and fever regulation. *Critical Reviews in Immunology*, 14 (3,4), 355-379.
- Kuhn, G. (2001). Circadian rhythm, shift work, and emergency medicine. *Annual Emergency Medicine*, 37, 88-98.
- Lac, G. y Chamoux, A. (2003). Elevated salivary cortisol levels as a result of sleep deprivation in a shift worker. *Occupational medicine*, 53, 143-145.
- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculación del estrés. Barcelona: Martinez Roca.
- Mellman, T.A., David, D., Kullick-Bell, R., Hebding, J., y Nolan, B. (1995). Sleep disturbance and its relationship to psychiatric morbidity after Hurricane Andrew. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1659-1663.
- Miró, E., Iáñez, M. A. y Cano-Lozano, M. C. (2002a). Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 301-326.

- Miró, E., Cano-Lozano, M. C., y Buela-Casal, G. (2002b). Electrodermal activity during total sleep deprivation and its relationship with other activation and performance measures. *Journal of Sleep Research*, 11, 105-113.
- Miró, E., Cano-Lozano, M.C., y Buela-Casal, G. (2002c). Efectos de la privación prolongada de sueño sobre la ejecución cognitiva en tareas complejas. *Archivos de Neurociencias*, 7, 3-14.
- Miró, E., Cano-Lozano, M.C., Espinosa-Fernandez, L. y Buela-Casal, G. (2003). Time estimation during prolonged sep deprivation and its relationship to activationmeasures. *Human Factors*, 45, 148-159.
- Moorcroft, W.H. (1993). *Sleep, Dreaming and Sleep Disorders*. Boston: University Press of America.
- Ohayon, M.M., Caulet, M., Philip, P., Guilleminault, C., y Priest, R.G. (1997). How sleep and mental disorders are related to complaints of daytime sleepiness. *Archives of International Medicine*, 157, 2645-2652.
- Pilcher, J.J., Lambert, B.J. y Huffcutt, A.I. (2000). Differential effects of permanet and rotating shifts on self-report sleep length: a meta-analytic review. *Sleep*, 23, 155-163.
- Rechtschaffen, A. (1979). The function of sleep: methodological issues. En R. Drucker-Colin, M. Shkurovich y M.B. Sterman (comps.), *The Functions of Sleep*, (pp. 1-17). New York: Academic Press.
- Rechtschaffen, A., Gilliland, M.A., Bergmann, B.M., y Winterer, J.B. (1983). Physiological correlates of prolonged sleep deprivation in rats. *Science*, 221, 182-184.
- Roth, T., y Ancoli-Israel, S. (1999). Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey II. *Sleep*, 22, 354-358.
- Salín-Pascual, R. (1997). Alteraciones del sueño debido a problemas psiquiátricos. En J. Velázquez (coord.), *Medicina del Sueño: Aspectos Básicos y Clínicos* (pp. 415-428). México: Sociedad Mexicana de Sueño/ Universidad Autónoma Metropolitana.
- Shapiro, C. M., y Flanigan, M. J. (1993). Function of Sleep. *Brithis Medical Journal* (ABC of Sleep disorders), 306, 383-385.
- Sharkey, K.M., Fogg, L.F. y Eastman, C.I. (2001). Effects of melatonin administration on daytime sleep after simulated night shift work. *Journal of sleep research*, 10, 181-192.

- Smith, C. (1993). REM sleep and learning: some recent findings. En A. Moffit, M. Kramer y R. Hoffmann (comps.), *The functions of dreaming*, (pp. 341-362). New York: State University of New York Press.
- Smith, C. (1996). Sleep states, memory processes and synaptic plasticity. *Behavioral Brain Research*, 78, 49-56.
- Smith, C., y Lapp, L. (1991). Increased number of REMs following an intensive learning experience in college students. *Sleep Research*, 14, 325-30.
- Smith, C., y McNeill, C. (1994). Impaired motor memory for a pursuit rotor task following stage 2 sleep loss in college students. *Journal of Sleep Research*, 3, 206-213.
- Vázquez, G., y Velázquez, J. (1997). Estrés y sueño. En J. Velázquez (coord.), *Medicina del Sueño: Aspectos Básicos y Clínicos* (pp. 149-180). México: Sociedad Mexicana de Sueño/ Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ventura, T., Pérez-Poza, A., Quintanilla, M.A., y Carrero, P. (1999). Patología del sueño en adultos (IV): sueño y trastornos psiquiátricos. En J.R. Valdizán (comp.), *Sueño, Funciones y Patología* (pp.133-145). Barcelona: César Viguera/S.C.I.S.
- Vila, J., Fernández, M. (1990). *Activación y conducta*. Madrid. Alhambra.
- Webb, W.B., y Levy, M. (1984). Effects of spaced and repeated total sleep deprivation. *Ergonomics*, 27 (1), 45-58.
- Wu, H.C. y Wang, M.J. (2002). Relationship between maximum acceptable work time and physical workload. *Ergonomics*, 45, 280-289.

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y ESTRÉS LABORAL

Vicente Pelechano

Universidad de La Laguna (Tenerife)

Presentación

Parece que estamos en plena “época del estrés” debido a los usos múltiples que existen de la expresión. Bajo este rótulo existe una justificación para la “baja laboral”. Se dice que en Europa, entre el 75 y el 90% de visitas al médico en atención primaria se encuentran determinadas por estrés. Al estrés se atribuye la mayor parte de los accidentes laborales (datos que proceden de distintas fuentes sugieren que el 40% de los accidentes laborales en Estados Unidos se encuentran causados por el estrés de los trabajadores). Por otro lado, más del 28% de los trabajadores en la comunidad Económica Europea sufren de dolor de espalda debido al estrés laboral y, en este sentido se llega a estimar que en el espacio europeo, las empresas gastan por encima de 20.000.000.000 de euros al año debido a enfermedad o absentismo laboral provocados por estrés. Y, hace ya más de una década la ONU calificó al estrés como “la enfermedad del siglo XX”.

Es verdad que toda fuente de estrés no proviene del mundo laboral pero también lo es que, al margen del origen y pervivencia, se atribuye al estrés una enorme cantidad de sufrimiento humano, en el que se incluyen diversas enfermedades. También es verdad que la investigación realizada hasta el momento no justifica muchas de las afirmaciones referidas al estrés que se hacen. En la actualidad se asume la idea de que el estrés más que “generar” enfermedades, en condiciones normales, amplifica los factores predisponentes que llevan a la enfermedad. Excepción importante a esta afirmación se refiere al estresor o estresores físicos intensos presentes en los diversos traumatismos físicos.

Por otro lado, sea cual fuere el origen de la enfermedad, la realidad es que nos hemos de referir a la “enfermedad crónica”, lo que representa una restricción y, a la vez, una cualificación respecto a lo que puede representar esa “enfermedad”. De entrada señalaríamos algunos hechos e ideas que llevan consigo un conjunto de “novedades” en la consideración psicosocial de la enfermedad y de la calidad de vida en nuestros días:

- (1) En las sociedades avanzadas, casi la mitad de la población adulta sufre de una enfermedad crónica, aunque no se encuentra diagnosticada en todos los casos (por ejemplo, la hipertensión arterial).

- (2) La mayoría de los enfermos morirá a consecuencia de esa enfermedad crónica, o de alguna otra relacionada con ella.
- (3) Entre el 2 y el 3% de la población, morirá en una situación en la que debe elegir entre el dolor intenso con conciencia o la pérdida de conciencia.
- (4) Estas enfermedades crónicas representan un reto epistemológico fuerte para las ciencias de la salud por lo que se refiere a etiología, tratamiento, objetivos de tratamiento y cuidado de los enfermos. Este conjunto de cuestiones no posee en la actualidad una respuesta satisfactoria tanto en un plano de análisis científico, como en un plano de análisis asistencial.
- (5) Debe tenerse presente a todo lo largo de esta intervención que existen muchas enfermedades crónicas, que se pueden diferenciar por la etiología, el curso, el pronóstico inmediato, el grado de incapacitación que lleva consigo, el curso de la enfermedad, las repercusiones sobre el entorno del enfermo, etc. En lo que sigue se va a utilizar la expresión de “enfermedad crónica” siendo conscientes de esta variabilidad y de la hipersimplificación que lleva consigo el tratar esta enorme variabilidad con un único rótulo. La única justificación posible en este caso es la didáctica más que a científica. Se pretenden ofrecer algunos mensajes claros respecto a correlatos psicológicos que llevan consigo las enfermedades crónicas.

Por lo que se refiere a la expresión “estrés”, posee una diversidad de significados cuya relación entre ellos no está clara y, por otra parte, estas diversas significaciones no se solapan entre sí. Las principales vertientes de significación son tres: el estrés como estímulo (estudio de estresares), el estrés como respuesta (que es la significación original y que se conoce en nuestros días como respuesta de estrés) y el estrés como interacción o relación entre situaciones y respuestas encaminadas a aliviar o resolver los problemas que esas situaciones llevan consigo (estrategias y estilos de afrontamiento). Existen autores que defienden que, en un sentido al menos, estas acepciones se solapan en gran medida con la de estímulo, respuesta y relación entre ambos, como objeto básico aunque no exclusivo de la psicología, lo que les lleva incluso a pedir que no se utilice más.

Parece claro, además, que “estrés” como expresión hay que ubicarla en aquellos dominios que tienden a ofrecer modelos e imágenes “globales” del ser humano y, en este sentido representa una de las maneras de entender la psicología. De hecho una de las primeras versiones del “manual” oficial de psiquiatría norteamericano fue generado en la idea de que todos o la mayor parte de los trastornos mentales representaban “reacciones” ante situaciones estresantes. Esta opción, aunque meritoria por el esfuerzo que representa un tipo de conceptualización así, no es capaz de dar razón de la gran variabilidad de psicopatología presente y fue abandonada en la siguiente edición.

Estrés y enfermedad en nuestros días: Un rótulo con diagrama

Cuando se trata de la relación entre estrés y enfermedad se sabe que la relación no es directa ni inmediata (excepto en los casos de traumatismo intenso, como se ha apuntado más arriba). La investigación inicial contrastó la existencia de sucesos vitales estresantes durante seis meses y la aparición de enfermedades leves (tales como resfriados o alguna baja de un día) en soldados de la marina estadounidense. Los datos sugerían la existencia de una relación estadística significativa entre unos hechos y unas “respuestas” a medio plazo (Colmes y Rahe, 1967). Este tipo de resultados animó el estudio de estas relaciones que se repitió en diversas ocasiones y poblaciones. El estudio del estrés desde entonces ha mostrado que estas relaciones son bastante más complejas e indirectas.

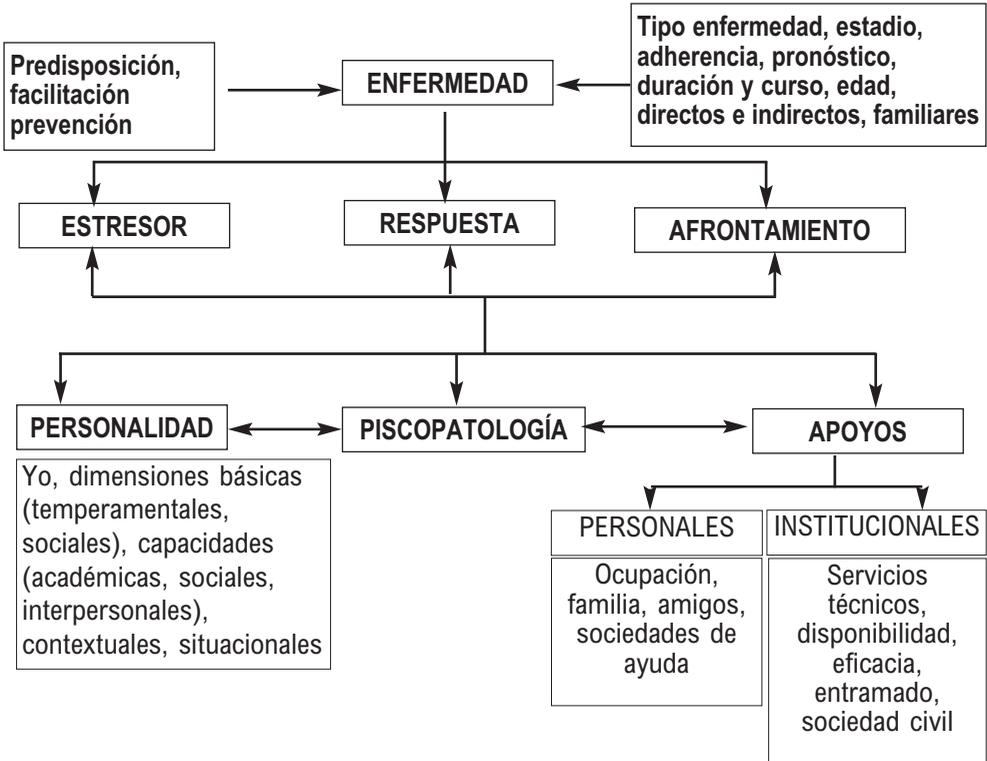
El caso de las enfermedades crónicas y de sus recrudecimientos o crisis puede resultar ilustrativo de lo que queremos decir. El caso, desgraciadamente demasiado frecuente, del infarto de miocardio es paradigmático: en líneas generales parece producido por un trombo en una arteria que “rompe” un músculo cardíaco (causa inmediata) y puede dar lugar a la muerte; el caso es que el trombo se encuentra producido por diversas razones, entre las que hay que contar, principalmente, un estrechamiento de las arterias producido por el colesterol (grasa) que, a su vez, es un resultado del régimen alimentario. Y este régimen alimentario es producto de un conjunto de tradiciones culturales y hábitos familiares. Desde esta perspectiva, la “causa” del infarto (y, desde ahí, la posibilidad de su prevención y/o disminución de incidencia) se encontraría en las costumbres culturales de los hábitos alimentarios y la prevención eficaz consistiría en encontrar la manera de sustituir estos hábitos por otros con menos colesterol (a ser posible sin ningún colesterol¹). Este alto nivel de colesterol se supone que es una de las causas importantes de la hipertensión (disminución del diámetro de las arterias debido a la grasa depositada en sus paredes) y esta hipertensión, a su vez, ayuda al deterioro tanto de las arterias en general, como de la función renal (en especial la tensión diastólica). De ahí la insistencia en el control del colesterol y de la tensión arterial, tanto la sistólica (más responsable de la rotura arterial) como diastólica (más activa en la función renal y que va deteriorando los nefrones).

Todo lo que acaba de mencionarse en este párrafo implica que tanto el “diagnóstico” como el tratamiento y la prevención de algunas de las enfermedades crónicas, exigen la inclusión de niveles de análisis y de intervención distintos que van desde

1 Claro que esto, siendo “lógico” no deja de ser inviable y, además, posee efectos secundarios nada deseables: se han documentado casos de depresión mayor grave, acompañado de estados psicóticos si el nivel de colesterol se encuentra debajo de ciertos límites. Lo que hace bueno aquel refrán español “Lo que es bueno para el corazón es malo para el bazo; y si no, para el espinazo”.

la farmacología hasta la dietética y el etilo de vida (el estilo de vida sedentario ayuda a incrementar el depósito de grasa en las vías circulatorias).

Un esquema simplificado respecto a la relación entre enfermedades crónicas, a pesar de su aparente complejidad, se encuentra en la figura 1 que pasamos a comentar.



En la figura se asume que la enfermedad (y en especial la enfermedad crónica) es el resultado de un proceso largo y en el que inciden factores de predisposición genética, de facilitación de la aparición de la enfermedad y/o, en su caso, del fracaso de programas preventivos. Esta enfermedad, por otra parte debe ser entendida en un amplio contexto psicobiológico en el que desempeñan un papel esencial, más que la etiqueta diagnóstica, el tipo de enfermedad que se sufra (con sus asociaciones sociales y/o culturales de manera que no es lo mismo un “cáncer” que una lesión de cadera con repercusiones para el resto de la vida), el estadio de desarrollo de la enfermedad, la duración prevista de la enfermedad o de sus fases o ciclos, del curso de la enfermedad (si se trata de un deterioro progresivo, de un mantenimiento funcional o de unos ciclos de mejora-empeoramiento), de estudiar los efectos directos (sobre el enfermo) o indirectos (sobre familiares y/o cuidadores), la edad de aparición (no es lo mismo en un niño que en un anciano) y el entorno familiar en el que vive el enfermo y que determina parte de la expectativa de vida.

El estudio de esta enfermedad lleva consigo el de los estresores (causativos, disparadores, incentivadores o incrementadores de lo que se entiende por enfermedad) que van aparejados tanto con la aparición como con la convivencia en crisis y en los estadios de tranquilidad del desarrollo de la enfermedad. Asimismo, pueden estudiarse las respuestas orgánicas y sociales aparejadas con la enfermedad tanto en un nivel tisular como de órganos y sistemas. Finalmente, el estudio del afrontamiento o de la adecuación-inadecuación entre demandas del contexto de enfermedad y capacidades de respuesta del individuo y de la familia y cuidadores del equipo de salud (afrontamiento). Como resultado de todo ello pueden aparecer psicopatologías (ansiedad, depresión, estados confusionales, brotes psicóticos... etc.) y resulta de interés señalar que no siempre la enfermedad física va aparejada de psicopatología (en unas ocasiones esta enfermedad representa un freno para el desarrollo de determinada psicopatología y en otras, representa un facilitador para la aparición de determinadas psicopatologías). La aparición de estas psicopatologías se encuentra modulada por dos grandes núcleos de factores: la personalidad y los apoyos.

La personalidad, tanto del enfermo como de las personas que interactúan con él representa tanto un foco de problemas sobreañadido (en el caso, por ejemplo, de inestabilidad emocional, depresión o trastorno de personalidad), como un “colchón” ante el que el estrés se estrella (por ejemplo, dimensiones “salutogénicas” tales como el sentido de coherencia interna, la fortaleza, o el control emocional). Las competencias interpersonales e intrapersonales poseen un importante papel en todo ello.

En último lugar, los “apoyos” que existan para superar la situación o condición estresante. Estos apoyos (o ayudas) pueden ser bien socio-institucionales, tales como la existencia de servicios técnicos de ayuda, cercanía de estos servicios al domicilio del enfermo, eficacia de estos servicios, entramado de la sociedad civil que se refiere a la existencia de sociedades y/o agrupaciones de enfermos y familiares. O pueden ser estos apoyos sociopersonales entendiéndose por tales el nivel de ocupación del individuo y de los miembros de su familia.

Una evaluación adecuada de lo que represente una enfermedad crónica para un enfermo dado exigiría la valoración de todos y cada uno de estos apartados de manera precisa, cuantificable y susceptible de comparabilidad de unos casos a otros y de unos grupos a otros.

Existen, por otro lado, un abigarrado conjunto de modelos específicos de estrés laboral de los que existe una cierta evidencia experimental. Entre los más “clásicos” se encuentra el modelo de Karasek (1979) que entiende un puesto laboral como estresante en la medida en que exista una demanda de la tarea muy grande y una escasa discrecionalidad en la realización de la tarea. Warr (1987) propuso un modelo de vitaminas en el que se diferenciaban factores estresantes y factores protectores de acción continua, como sucede con las vitaminas C y E y otros que poseen un efecto de decre-

mento del estrés en los que el estresor deja de tener poder de control a partir de cierto nivel (como sucede con las vitaminas A y D). Pearlin (1989) propuso un modelo “catastrófico” que abría la posibilidad de ofrecer modelos de corte más interactivo. En el modelo de Pearlin se diferencian estresores y apoyos primarios (directos) y secundarios (indirectos, que provienen del contexto) y se propone que ambos estresores y apoyos se suman algebraicamente para dar lugar a una respuesta de estrés o no (no si los apoyos son superiores a los estresores). Hobholl, Schwarzer y Taubert han obtenido resultados prometedores con modelos interactivos en el siglo que está ya comenzando aunque no son, en modo alguno, definitivos. En los últimos años se viene insistiendo en la necesidad de introducir variables propias del individuo en los modelos de estrés laboral. Y prácticamente ninguno de estos modelos ha mostrado una utilidad clara en el estudio de la enfermedad crónica.

Estresores: Polimorfismo, Inespecificidad, Globalización, Multiniveles, Multipersonas

Se habla de estresores para referirse a la estimulación en el estudio del estrés. Existen en psicología dos significaciones básicas para lo que significa “estímulo”: (a) una significación física-biológica de la estimulación, que se identifica claramente por sus propiedades físicas o biológicas (tales como intensidad, frecuencia, duración de la estimulación o, alternativamente, tipo de producto utilizado como potasio, adrenalina o sodio) y (b) una significación funcional de la estimulación en la que se define propiamente por los efectos que produce (realmente se trata de una definición de la estimulación en función de las respuestas que produce). En la medida en que se trata de enfermedades crónicas, los estudios de laboratorio poseen una escasa utilidad. Por ello, nos restringimos a una revisión de estudios en los que se ha utilizado la “presencia” no prevista de catástrofes naturales y sus repercusiones sobre indicadores biológicos directos (tensión arterial) o indirectos, aunque referidos asimismo a problemas de hipertensión².

Existen datos sobre los efectos de la *exposición a estresores agudos* como puede ser una explosión en un área urbana, o el resultado de los bombardeos realizados en la segunda guerra mundial (residentes en Leningrado). Se obtuvieron índices altos de tensión arterial que se mantenían durante días.

2 La hipertensión ha sido calificada como “el asesino silencioso”, en la medida en que es un predictor de enfermedades cardiovasculares graves, es asintomática en la mayoría de los casos y exige un control farmacológico continuo. Además, el origen es multifactorial y en gran parte desconocido y existen más de dos tipos (la división entre “esencial” y “reactiva” es excesivamente gruesa y poco operativa).

Por otro lado, se ha estudiado el *efecto de la exposición a estímulos crónicos o continuados*, como el caso de los habitantes de la Isla de las Tres Millas después del accidente nuclear que allí tuvo lugar a finales de los ochenta y se han comparado los índices obtenidos con una población “de control” que vivía “cerca” de una central nuclear en Estados Unidos. Los residentes en la Isla de las Tres Millas presentaron mayor tensión arterial y mayor volumen de catecolaminas incluso seis años más tarde que el grupo de control.

Otra línea de evidencia proviene de la exposición a estresores ambientales intensos aunque no identificables tales como terrorismo (en mujeres embarazadas), masificación en cárceles, estresores ocupacionales (grupos de controladores aéreos), pérdida de empleo en una amplia muestra de trabajadores en Estados Unidos y estrés laboral evaluado con un sistema de clasificación objetivo de tareas. Todos los resultados alcanzados apuntan a una relación positiva entre estresores ambientales y volumen de presión arterial.

Esta “claridad” se pierde cuando se han utilizado cuestionarios o informes verbales. Como tónica general de resultados, cuando se comparan normotensos con hipertensos con y sin conciencia de enfermedad (que saben o no que son hipertensos), los hipertensos “con conciencia de enfermedad” tienden a presentar mayor volumen de sintomatología física y psicológica de malestar que los otros dos grupos. Además, los “hipertensos conscientes” tienden a informar de mayor volumen de sucesos vitales estresantes que los normotensos y que los hipertensos que no son conscientes de su enfermedad. En otras ocasiones y con otros estresores los resultados han sido los opuestos (cuando se han estudiado estresores ocupacionales en unas ocasiones se ha encontrado una relación directa entre ellos y la tensión arterial y en otros casos, la relación ha sido inversa). Estos resultados representan una llamada de atención respecto a las interpretaciones tanto cognitivas como funcionales de las relaciones entre estresores y tensión arterial.

Otra línea de trabajo la representa el estudio de la relación entre presión sanguínea y tolerancia al dolor. Desde 1980 hasta nuestros días se han repetido los resultados de que a mayor presión arterial menor sensibilidad a la estimulación dolorosa con estimulación eléctrica y presión en un dedo de la mano. Se ha dado incluso una interpretación en el sentido de que la estimulación de los baroreceptores promovería la inhibición cortical, asociada a la disminución en la sensibilidad al dolor en personas con alta presión sanguínea. Incluso se ha sugerido una interpretación genética en la medida en que los hombres con una historia paterna de hipertensión presentaban umbrales de dolor más altos que hombres sin historia paterna de hipertensión. Sin embargo, los resultados obtenidos con el dolor termal han sido los opuestos, lo que sugeriría una modulación e incluso interpretaciones alternativas (una de ellas, que en los estudios sobre dolor termal, la situación no era inescapable y podían terminar

cuando quisieran; otra, la apelación a variables de personalidad como la “defensividad” o intento de defenderse de las presiones ambientales mediante reinterpretaciones de la situación). Cuando se han controlado los efectos de esta variable los resultados apuntan a diferencias en presión sistólica (menor presión sistólica a menos defensividad) aunque los resultados que se refieren a la presión diastólica son los mismos en ambos casos.

En suma, parece que estresares intensos y duraderos ejercen una influencia sobre la presión sanguínea y son responsables de un incremento en los índices. Cuando se utilizan concepciones funcionales de la estimulación e incluso autoinformes los resultados son mucho más confusos y parece que los efectos dependen del tipo de estimulación y, en todo caso, de la interacción entre tipo de estimulación y características de las personas.

La “respuesta” de estrés

En un principio la significación de estrés se refería a un patrón complejo de respuestas orgánicas que estaban presentes en el desenlace fatal de las enfermedades. H. Selye propuso tres fases en la evolución del estrés en lo que denominó el “síndrome general de adaptación”. Este planteamiento biológico original ha ido evolucionando con la incorporación de un mayor conocimiento de los sistemas neurológico, endocrino e incluso del sistema inmune y, aunque un tanto antiguo, sigue valiendo el modelo de Everly (1989) en el que se diferencian efectos a corto, medio y largo plazo (el síndrome general de adaptación se encontraría situado en este paso de efectos a largo plazo). Esencialmente en el modelo se propone que en una situación estresante se ponen en marcha hipotálamo y pituitaria que, a su vez, inciden directamente sobre las vías piramidales y extrapiramidales del sistema nervioso central y sobre el sistema simpático y el parasimpático (que inervan directamente los órganos del cuerpo). Por otro lado, activan la médula (y a su través, la glándula adrenal) y el córtex cerebral (fundamentalmente el centro productor de hormonas, la TSH y la adrenocorticotrofa, junto a la hormona del crecimiento) y a su través, el sistema circulatorio. Los efectos sobre la médula producen efectos a medio plazo mientras que los efectos sobre el córtex se identifican como efectos a largo plazo (uno de ellos, el síndrome general de adaptación)³.

En un nivel menos biológico se han identificado tres fases de respuesta ante el conocimiento de un diagnóstico de enfermedad crónica y grave:

- (1). La llamada respuesta inicial que suele durar alrededor de una semana y que se encuentra caracterizada por maniobras de negación de la enfermedad

3 Una exposición menos sucinta aunque asimismo resumida puede encontrarse en Pelechano (2000), en el capítulo sobre estrés.

(“Ha sido un error médico”) o de desesperación con ansiedad. A veces, en diversos estudios sobre SIDA, los enfermos o posibles enfermos no han vuelto para recoger el resultado de la analítica que sería la existencia o no de SIDA.

Si se trata de una enfermedad crónica con pronóstico menos grave e incluso asintomática en la actualidad (como es el caso de la hipertensión) es muy frecuente la incredulidad, la desconfianza en el diagnóstico y las dudas acerca de si se está o no enfermo.

- (2). La segunda fase, denominada de disforia suele durar entre una y tres semanas y en ella se presenta una sintomatología dispar, casi siempre con depresión y ansiedad y en algunos casos con insomnio, fase de anorexia y una considerable perturbación en las actividades cotidianas si se trata de una enfermedad grave.
- (3). Pasada la disforia aparece una tercera fase de adaptación a la nueva situación, acompañada de análisis de los problemas que aparecen, búsqueda de razones para un “nuevo optimismo” y una planificación de vida que se suele acompañar de una reestructuración de los modos de vida y valores.

Un segundo punto de interés se refiere a la existencia de psicopatología aparejada o no en las enfermedades crónicas. En el caso de enfermedades con sintomatología simple y controlable no cabe esperar más psicopatología que la existente con anterioridad. Cuando se trata de un traumatismo craneal tiende a aparecer la psicopatología que viene aparejada con la alteración neurológica correspondiente. En el caso de dos problemas especialmente ilustrativos (cáncer y dolor complejo regional) los resultados obtenidos en diversos estudios han sido los siguientes:

- (a). En el primer caso se trata de 791 enfermos de cáncer y los resultados corresponden a un estudio multicentro y con psiquiatría de enlace a petición de los distintos servicios hospitalarios:
 - El diagnóstico de trastorno adaptativo se dio en un 47,9% de los casos. Las cifras entre la población en general oscilan entre el 5 y el 20 %, lo que significaría que existe una hiperrepresentación de este diagnóstico de trastorno adaptativo en las personas con cáncer respecto a la población.
 - Trastorno de ansiedad fue diagnosticado en el 3,41% de los casos y las cifras correspondientes a la población en general son del 8,3%, por lo que no cabe deducir que los enfermos oncológicos presentan más trastornos de ansiedad que la población en general.
 - Trastorno depresivo mayor fue diagnosticado en el 8,22% de los casos mientras que la estimación en la población es del 6%. Desde aquí cabría pensar en un mayor porcentaje de casos de depresión en enfermos oncológicos que en la población en general, aunque la diferencia no es tan clara

que permita establecer un “patrón de conducta depresiva” en el caso de los enfermos con cáncer frente a la población en general.

- El diagnóstico de trastorno mental orgánico fue del 15,3% y no existen datos respecto a la presencia de este tipo de problema en la población en general.
- Se formuló la existencia de uno u otro trastorno de personalidad en el 24,3% de los casos, lo que es más del doble de casos esperables en la población en general. No se encontró una relación clara entre tipo de cáncer y tipo de trastorno de personalidad. Hay que decir, además, que se empleó solamente el trastorno más característico en cada caso.

En diversos estudios llevados a cabo en el Centro de Dolor de Miami y que cubren un total de 283 enfermos, los resultados fueron los siguientes:

- Un 59% de casos fueron diagnosticados con la presencia, al menos, de un trastorno de personalidad (otros estudios ofrecen un porcentaje del 47%). Los trastornos concretos fueron muy dispares de manera que no se puede establecer un trastorno de personalidad que sea predominante frente a otro o el resto, con claridad.
- Se encontró un diagnóstico de depresión mayor entre el 20 y el 30% de casos en diversos estudios. Esta depresión era recurrente y no se eliminaba totalmente con fármacos.
- Después de ser diagnosticado el enfermo con el “Síndrome de dolor complejo regional”, cuatro quintas partes de todos ellos mostraban sintomatología depresiva que pervivía meses sin poder ser erradicada con psicofármacos.

Estos resultados sugieren que algunas enfermedades crónicas traen consigo un plus de psicopatología. Que, posiblemente a consecuencia del dolor no controlable se desarrolla una sintomatología depresiva resistente a los psicofármacos. Que, además, no parece existir un patrón psicopatológico depresivo en el caso de enfermos oncológicos, aunque sí parece mucho más frecuente en estos enfermos el trastorno adaptativo. Y todo ello querría decir que no siempre aparece psicopatología con la enfermedad crónica; ni aparece con claridad un trastorno concreto aparte de la relación entre depresión y dolor.

Uno de los temas de gran interés en el caso de las enfermedades crónicas es el del *cumplimiento de las prescripciones médicas* denominado también de adherencia al tratamiento. En un primer análisis teórico e ingenuo, el paciente resulta correctamente diagnosticado por el médico y éste le prescribe tanto un tratamiento farmacológico, como unas normas de vida (alimentarias y no alimentarias) que resultan eficaces para la eliminación del problema que ha motivado la consulta. Obviamente este análisis supone que diagnóstico y prescripción son adecuados y que el enfermo sigue fiel-

mente estas prescripciones. Tan solo de esta manera sería factible una valoración adecuada de los servicios de salud que se han prestado.

El hecho es que las cosas no funcionan de esta manera. De hecho, muchos de los aquí presentes tenemos fármacos en casa que han sido prescritos por médicos y que deberíamos haber tomado en su momento. Cuando se pregunta a los médicos acerca del cumplimiento de las prescripciones tienden a sobreestimar ese cumplimiento y esta sobreestimación se da tanto en clínicos recién incorporados al mundo profesional como en aquellos otros con más de una década de experiencia. Cuando se pregunta a los enfermos los porcentajes de adherencia oscilan entre el 13 y el 95%, lo que representa un rango muy grande.

Esta falta de cumplimiento de las prescripciones incide tanto en el gasto de los servicios como en la calidad de los mismos. Sirvan, siquiera, como ilustración, los datos siguientes: se estima que el 39% de primeros ingresos de hospitalización y el 31% de ingresos posteriores en diabéticos insulino-dependientes son debidos a la no adherencia al tratamiento prescrito; en artritis reumatoide, más de la mitad de los enfermos no siguen los tratamientos prescritos; en un estudio acerca del cumplimiento de toma de antibióticos, en el que era necesario un período de 10 días, menos del 15% de enfermos cumplieron la prescripción y resulta bien sabido la no adherencia de los hipertensos (la llamada “enfermedad de las mitades”, la mitad de la población la sufre, la mitad de los que la sufren no lo saben, la mitad de los que lo saben no se encuentran bien controlados y la mitad de los no controlados no siguen las prescripciones). Estos resultados representan un grave problema que no tiene solución en nuestros días y que representa un problema grave en el que el estado de salud de la población no se sabe si es debido a la eficacia de los fármacos o, alternativamente, a que éstos no son ingeridos por los enfermos.

Se han propuesto tres tipos de teorías para explicar la no-adherencia:

- El primer tipo responsabiliza al enfermo o al tipo de interacción entre médico-enfermo en el sentido de que el clínico se presentaría como una figura de autoridad escasamente amable, impositiva y poderosa, ante la que muchos de los enfermos activarían estrategias de contra-control que irían en contra del cumplimiento de las prescripciones. Se trataría de una actitud irracional aunque real y similar a lo que lleva a conductas de reto en el no cumplimiento de la legalidad vigente.
- El segundo tipo de teorías, aunque hace depender de los enfermos la no adherencia también, ésta falta de seguimiento se atribuye a un análisis racional de los efectos de la medicación (no se nota mejoría, aparecen efectos iatrogénicos indeseables, carencia de sintomatología en una u otra fase de la enfermedad). Así, por ejemplo, se han detectado en hombres hipertensos, aparición de impotencia sexual secundaria, incrementos en depresión y en insomnios y algu-

nos fallos en memoria y atención, lo que podría llevar a dejar el tratamiento como consecuencia del análisis racional de los efectos que produce la toma de medicación antihipertensora (de una amplia variedad de ella).

- El tercer tipo de teorías apela a las características propias del tratamiento para explicar la no adherencia parcial al mismo o su abandono. Así, por ejemplo, se sabe que tratamientos complejos y costosos en cuanto a consumo de tiempo tienden a ser abandonados; asimismo, cuando el régimen de vida del enfermo que sigue las instrucciones es modificado (viajes, cambio de horarios), estas modificaciones tienden a romper la adherencia. Los tratamientos tienden a ser cumplidos con mayor facilidad si se simplifican (por ejemplo, una pastilla en lugar de tres), se eliminan efectos secundarios desagradables o nocivos, claramente identificables y los enfermos viven su vida sin romper las rutinas diarias.

Todo lo presentado en este punto, además, supone que “se sabe con precisión” si el enfermo sigue las prescripciones o no. Y esto es una presunción no justificada en la medida en que no existe una solución satisfactoria y general al problema de la medida: se tiende a preguntar a los enfermos (que, como puede suponerse, tienden a mentir por diversas razones que van desde quedar bien ante el médico hasta lograr una nueva medicación), o a pedir que traigan los envases y contar lo que queda en ellos. Incluso, en alguna ocasión se han pedido análisis clínicos con el objetivo de “rastrear” la presencia de ciertos compuestos en sangre que indicarían la presencia de fármacos. Todas las medidas empleadas hasta nuestros días son imperfectas y deberían ser utilizadas más de un tipo de las mismas en los estudios y en la práctica clínica al uso.

La idea de afrontamiento en las enfermedades crónicas ¿Situación, contexto o rasgo-estilo?

Originalmente, la idea de afrontamiento surge en un contexto en el que se intenta ofrecer una imagen real y de proceso del proceso de respuesta ante los estresores. Un estímulo se convierte en estresor cuando supera las competencias del individuo para hacerle frente. Y, además, se reacciona no tanto al estresor físicamente definido sino a la interpretación cognitiva que de ese estresor se haga. A esa interpretación cognitiva se le conoce bajo el nombre de “estimación” (*appraisal*, en inglés). Se diferencian dos tipos generales de estimación: (a) primaria, que se refiere al juicio inicial acerca de si un estímulo dado posee el poder de producir daño al individuo o inducir una pérdida no deseada: si el resultado de la estimación primaria es un juicio de que el estímulo no va a producir daño o pérdida, el estímulo no produce una respuesta de estrés y (b) secundaria, que se refiere a la estimación del sujeto sobre si posee recursos suficientes para ofrecer una respuesta adecuada al estresor. Si el individuo perci-

be que posee los recursos adecuados (personales y ambientales) para manejar la estimulación presente, la respuesta o bien no existe o se minimiza. Esta primera formulación de Lazarus y Folkman (1984) fue seguida de otras muchas que se han aplicado a diversos contextos (psicopatología, mundo laboral, académico y familiar) y pasa por ser la propuesta “clásica” que ha sido mantenida por el propio Lazarus hasta su muerte hace dos años.

Se han hecho intentos bastante numerosos (y no totalmente satisfactorios, también es verdad) para dimensionar esta respuesta de afrontamiento ante situaciones. Originalmente se habló de “estrategias” de afrontamiento para referirse a las múltiples maneras de enfrentarse a los problemas e intentar su solución. Para Lazarus, el afrontamiento es un recurso situacional y mudable que realiza el individuo para resolver y/o manejar las situaciones de estrés y, por ello, ha sido caracterizado como un acercamiento situacionista. Distinguía este autor dos grandes tipos de afrontamiento: o bien aquellas estrategias que van dirigidas a la solución del problema (como buscar información, nuevas opiniones médicas, aplicación de tratamientos), o bien aquellas otras dirigidas a modificar la idea que del problema se tiene (se trata de un problema médico que debe resolverse, hay que coger las cosas como vienen, debo replantear mi vida y sistema de valores). La utilización de uno u otro tipo no es característico, de entrada, de uno u otro individuo sino que ambos tipos son utilizados a lo largo del día, en días distintos o en situaciones distintas.

En el caso de las enfermedades crónicas, este situacionismo resulta, cuanto menos, discutible en la medida en que los problemas tienden a repetirse, los contextos de vida se mantienen aproximadamente constantes y las personas con las que el enfermo se relaciona tienden a ser las mismas. Se ha propuesto, como complemento a las “estrategias”, unos *estilos de afrontamiento* que funcionarían como modos característicos, más o menos estables, de afrontar las diversas situaciones relacionadas con la vida cotidiana del enfermo crónico.

En este último sentido un reciente trabajo de Evers et al. (2001) han ofrecido un instrumento para evaluar las orientaciones cognitivas que median la enfermedad con el sentimiento en el enfermo crónico. El instrumento (Illnes Cognition Questionnaire) está formado por 18 ítems con cuatro alternativas de respuesta y ha sido validado en un estudio multicentro en Holanda, con 263 enfermos de artritis reumatoide y 167 con esclerosis múltiple. Posteriormente se ha utilizado una muestra de validación cruzada con 208 enfermos con artritis reumatoide y 134 con esclerosis múltiple, a los que se ha seguido durante un año. Se diferencian tres tipos de cogniciones en el modelo que proponen estos autores:

- Cogniciones que acentúan la significación negativa del estresor y de la enfermedad (que vienen a cristalizarse en actitudes de indefensión y desesperanza). Presentan relaciones negativas con el estado de salud y el estado de

ánimo positivo, relaciones positivas con neuroticismo y si predominan estas cogniciones se suele utilizar un tipo de afrontamiento pasivo.

- Cogniciones que disminuyen la significación aversiva del estresor (e acepta el estresor negativo y se aprende a convivir con él). Presenta relaciones positivas y altas con el bienestar psicológico, optimismo y extraversión. Tienden a utilizar un estilo de afrontamiento activo y es más intenso este tipo de cogniciones en los primeros años de la enfermedad.
- Cogniciones que añaden significación positiva a los sucesos de vida (se tiende a un enfoque positivo de los acontecimientos, a refundir las relaciones personales o la estructura personal para adaptarse a las nuevas situaciones de enfermedad). Es un tipo de cognición que es similar a la aceptación aunque con intensidad un poco menor.

Desde comienzos de los años noventa mi grupo de investigación se ha estado ocupando, entre otras cosas, del estudio psicológico de la enfermedad crónica con participación de diabéticos insulino dependientes (112), cáncer (117), hipertensos no controlados (108), hemodiálisis hospitalaria (71), trasplantados renales de más de cinco años con éxito (41), nefrópatas (72), asmáticos (64), diversas enfermedades cardíacas graves (35) y un grupo de adultos no enfermos (o no diagnosticados, al menos, 353). Se elaboraron instrumentos de evaluación de afrontamiento con referencia a dos situaciones: por una parte, rememoración de lo que pensaban hacían y sentían al tener conciencia de la enfermedad y, por otra, lo que piensan, hacen y sienten en la actualidad. El análisis factorial de los dos instrumentos dio lugar a una estructura factorial un tanto diferente en cada referente (en segundo orden; la de primer orden oblimin fue bastante distinta en cada caso):

- Afrontamiento “rememorado” cuando tomaron conciencia de la enfermedad: (a) búsqueda de información; (b) negación de la religión como estrategia de consolución, con autoinculpación; (c) inculpación a la familia y (c) apego a la vida.
- Afrontamiento “actual”: (a) adaptación a la situación de enfermedad; (b) negación de la enfermedad con inculpación a la familia y (c) desesperación e inconformismo.

A 94 de estos enfermos (básicamente enfermos renales y cáncer) se les siguió durante cinco años y se les volvió a pasar, entre otros, los dos instrumentos. Aunque no publicados todavía los resultados cabe decir lo siguiente: (a) de todos los factores, aquellos que se refieren a la inculpación a la familia se mantuvieron muy estables y sin cambio en las puntuaciones; (b) El único factor que incrementó las puntuaciones fue el de apego a la vida y (c) en todo el resto de factores se observó una disminu-

ción en las puntuaciones, aunque ligera. Estos resultados sugieren que debería actuar-se en la promoción tanto del apego a la vida como en la disminución de la inculpa-ción a la familia (por no ser operativa) y promover la búsqueda de información rele-vante a la enfermedad.

El problema del “Apoyo Psicosocial”: Los grandes y los pequeños olvida-dos en la psicología de la salud

Existen dos grandes tipos de recursos contra los estresores: por un lado los “personales” propios del enfermo y por otro, los que ofrece el mundo social en un sentido amplio que recoge relaciones interpersonales, textura de la sociedad civil, recursos sanitarios y apoyos institucionales. Estos “apoyos”, por otra parte, se consi-deran “vacíos” de contenido psicológico y, por ello, se han calificado en el título de este apartado como los “grandes olvidados”, en la medida en que deben prestar ser-vicio, pero no se estudia ni se ocupa la bibliografía en señalar los efectos que lleva consigo el “cuidar” o “prestar apoyo”. Dada la enorme extensión que este apartado lleva consigo nos dedicaremos, como en los anteriores, a señalar algunos puntos rele-vantes a los que se debería prestar una mayor atención que la que se presta en nues-tros días.

(A). *Apoyos psicosociales: familia, agrupaciones de enfermos y religión.*- Un primer grupo de apoyos se refiere al núcleo básico de socialización que representa la familia y, por otro lado, el importante papel que pueden desempeñar las asociaciones de enfermos y como ilustración de una estrategia cultural de consolación, de un gran calado histórico, el papel atribuido a la religión como estrategia de consolación.

En el apartado anterior se ha presentado el hecho de que el factor de “inculpa-ción a la familia” se mantenía constante a lo largo, al menos, de cinco años lo que no resulta un resultado esperanzador. En una muestra de 511 enfermos crónicos (onco-lógicos, diabéticos insulino-dependientes, hipertensos no controlados, hemodiálisis hospitalaria, distintas nefropatías, trasplantados renales y hemodiálisis hospitalaria) y en otra de adultos “normales no enfermos” (al menos, no diagnosticados como tales) nuestro grupo de trabajo llevó a cabo un estudio sobre calidad de vida en el que se aplicaron una variedad de instrumentos y, entre ellos, una entrevista con cuestiones referentes a apoyo social. Una de las cuestiones se refería al rechazo de la ayuda fami-liar para resolver los problemas planteados por la enfermedad (en el caso de los no enfermos el referente era un problema que consideraran grave, sin más, aunque no de índole económica). Los resultados fueron de rechazo mayoritario en todos los grupos; el menor rechazo (72% de rechazo “tan solo”) se dio en el grupo de no enfermos. Todos los grupos de enfermos rechazaron el apoyo familiar por encima del 82% (entre el 82 y el 85 se encontraban los grupos de hipertensión, hemodiálisis hospitalaria, dia-

béticos y trasplantados de riñón). El 88% de nefrópatas rechazaron la ayuda de la familia y el de mayor rechazo fue el de enfermos oncológicos (93%). Estos resultados supondrían que la familia resulta ser más una parte del problema que una parte de la solución-apoyo para los enfermos crónicos. Y pensamos que debería hacerse algo para promover una interacción familiar más satisfactoria.

Las asociaciones de enfermos, por otra parte, desempeñan y han desempeñado papeles relevantes en otros países. Así, por ejemplo, en el caso de enfermedad renal terminal (que exige tratamiento de diálisis) el enfermo necesita cierto volumen de información relevante respecto a regímenes dietéticos, manera de manejar la fístula implantada para la diálisis, procedimientos y modos de vida que representan una ayuda indudable. Y junto a ello, un apoyo emocional. Preguntamos asimismo a los mismos grupos de enfermos y sanos por la aceptación-rechazo de estas asociaciones. El menor rechazo se dio (como en el caso de la familia) en los no enfermos (22%). El 71% de trasplantados renales rechazó la asociación de enfermos (a pesar de que hayan pertenecido a ella y ésta les haya ayudado). Entre el 80 y el 90% de rechazo se encuentra entre los dializados y los nefrópatas. Los hipertensos no controlados y los diabéticos rechazan la asociación por encima del 90% y el grupo de enfermos oncológicos rechazan totalmente la asociación de enfermos (100% de rechazo). Estos resultados apuntan a que es necesario sensibilizar a la sociedad en general y a los enfermos crónicos en particular de la posibilidad de asociarse y que estas asociaciones pueden desempeñar un importante papel de ayuda eficaz tanto en el apoyo emocional como en el de la información necesaria para mantenerse vivo y con cierto bienestar en estas condiciones de enfermedad.

Por lo que se refiere a la religión, en España y durante muchos años ha representado una fuente de consolación social y órdenes religiosas de distinto nivel de especialización han desempeñado tareas de cuidado de enfermos con graves discapacidades. En respuesta a la pregunta del valor atribuido a la religión, los enfermos crónicos tienden a devaluar su eficacia como consolación y/o ayuda. Agrupamos a los enfermos en tres grupos según la gravedad de la enfermedad y la sintomatología presente por una parte, y, por otra, las respuestas dadas (nada importante, bastante importante y muy importante). En las tres agrupaciones de enfermos los porcentajes en cada categoría de respuesta eran similares, por lo que no cabe hablar de acudir a la religión como refugio y/o consolación ante la muerte, el dolor o el sufrimiento en general, dependientes de las enfermedades crónicas. El cambio producido en este aspecto, en los últimos 30 años de vida de nuestro país ha sido indudable. Y debe encontrarse un sustituto de consolación para llenar el hueco que antes cubría la religión.

(B). *La repercusión personal en los "apoyos sanitarios"*.- Usualmente el enfermo crónico vive en casa y sus discapacidades tienden a no ser especialmente graves durante todo el tiempo de vida. La aparición de una enfermedad crónica en un miembro de

la familia produce cambios en la dinámica y hasta en la estructura familiar en la medida en que ni la familia ni la sociedad tiene previsto ocuparse de miembros enfermos crónicos (el modelo asistencial se basa, fundamentalmente en enfermos agudos).

Por otra parte se sabe que, a pesar de todas las políticas igualitarias, existe un papel diferencial y una importancia diferencial en lo que se refiere al cuidado de los enfermos por parte de hombres y mujeres. Usualmente son las mujeres las que se encargan de ello (con muy honrosas excepciones, cada vez más frecuentes); asimismo, sabemos por un conjunto de trabajos que hemos realizado, que las mujeres tienen mayor volumen de información acerca de las enfermedades tanto propias como familiares (lo que se transmite por tradición oral, de manera que tenemos más información de la familia de nuestras madres que de la de nuestros padres).

En el caso de que se trate de niños con problemas crónicos y graves (por ejemplo, autismo, alteraciones neurológicas, retraso mental grave) la enfermedad del hijo representa una fuente de estrés familiar sobreañadido que exige la creación de centros “de respiro” que permitan a los padres poder hacer una vida “normal” al menos un fin de semana al mes; acudir en momentos de crisis o de enfermedad de uno de los progenitores o oferta de ayuda en las actividades de vida cotidiana. La respuesta más frecuente, tras unos años de cuidados, es ansiedad y depresión. Y falta mucho por hacer en este punto.

Otra situación es la que se presenta en el caso de los cuidadores y prestadores de servicios sanitarios. Médicos, enfermeras y demás personal tiende a “pasar” de muchos problemas que son graves y frecuentes, lisa y llanamente porque “se han quemado” en la prestación de servicios y requieren de reciclaje, apoyo y programas especiales para recuperar el ánimo y la ilusión por su trabajo que tenían en un principio. Se ha estudiado, por ejemplo, a un grupo de cuidadores de trasplantados de corazón durante el primer año que sigue al trasplante y se han podido aislar dos grupos: un grupo tiende a perder peso, lo que va unido a una historia pobre de salud y tipos de afrontamiento pobres más centrados en la emoción que en la acción; otro grupo, tiende a ganar peso durante este primer año y ello va aparejado con una mayor carga de cuidados y un empeoramiento de la salud actual y futura de los trabajadores.

Todo lo que aquí se ha presentado implica la necesidad de un replanteamiento serio respecto al papel y ayudas necesarias que deben darse a familiares, cuidadores y personal de salud que trabaje con enfermos crónicos en estado grave. Queda mucho por hacer porque, realmente, se ha hecho apenas nada. Y el recurso, que comienza a ser demasiado frecuente en España, de reducir el personal que presta servicios de cuidado de enfermos en los hospitales y cargar con parte de las tareas a los familiares de los enfermos, desde esta perspectiva y resultados alcanzados, no parece una buena medida que, a la larga, va a encarecer el sistema de salud por las repercusiones de mayor incremento en la incidencia de enfermedades en este tipo de personas.

Algunas reflexiones y sugerencias

Somos conscientes de que resulta imposible en un espacio como este y en una intervención como ésta, ofrecer toda la información valiosa que existe respecto al estrés y la enfermedad crónica. Por ello hemos elegido algunos de los temas que se encuentran presentes en este campo con el fin de llamar la atención sobre ellos.

Sabemos que casi la mitad de los adultos en las sociedades occidentales sufren de una o de otra enfermedad crónica, que esta dolencia perturba el sistema laboral y que encarece el sistema de prestación de servicios. Además se sabe que parte de estos problemas (y una parte sustancial) se encuentran relacionados estrechamente con una u otra acepción de estrés.

A pesar de esta frecuencia de enfermedades crónicas, la sociedad y las ciencias médicas se encuentran más preparadas para las enfermedades agudas y las intervenciones en crisis, con un desenlace rápido. Y ello produce desajustes y desaprovechamiento de una fuente considerable de recursos personales y sociales.

Este estado de hechos exigiría un replanteamiento básico de lo que debe hacerse, de la formación de profesionales, de los programas de ayuda a las familias de los enfermos y de las posibilidades que posee la sociedad civil para afrontar estos problemas; entre estas posibilidades que deben reorientarse y sensibilizar a las personas positivamente hacia ellas se encuentran las asociaciones de enfermos que, en la actualidad, son rechazadas por los enfermos. Asimismo debería modificarse la dinámica e incluso la percepción de los miembros de las familias que poseen uno de ellos con una enfermedad crónica.

Sufrir una enfermedad crónica no necesariamente lleva a sufrir psicopatología, si bien se encuentra una psicopatología diversa entre la población que cursa su vida con enfermedad física crónica.

Entre las soluciones posibles deberían diferenciarse al menos dos grupos: las soluciones de ingeniería y las científico-humanistas. Las primeras son de aplicación directa una vez decidida su aplicación, exige poca participación humana y son percibidas como "inhumanas". Los tipos de soluciones "científico-humanistas" exigen participación de seres humanos en su aplicación, son más "baratas" en su gestación pero más costosas en su mantenimiento y son percibidas por los ciudadanos como más humanistas y cercanas al quehacer cotidiano. En ambos casos se sugiere la necesidad de cambios radicales que vayan desde una "educación" para la salud como parte integral del currículo educacional obligatorio, hasta campañas encaminadas a modificar el hedonismo y el actualismo que prima en nuestros días en los que ni la muerte, ni la enfermedad (ni qué hacer en esos casos) se encuentra dentro de las "situaciones cotidianas previstas". Es opinión de quien esto escribe que dejar las cosas como están ahora no lleva consigo soluciones adecuadas sino situaciones progresiva-

mente más complicadas y con sufrimiento humano sobreañadido (pérdida laboral, familiar, de amistades y distracciones lúdicas).

Una sugerencia que está comenzando a ser aplicada en Estados Unidos es la de un equipo de atención primaria de médico con psicólogo, lo que está permitiendo incrementar la adherencia a los tratamientos y una mayor eficacia en la relación personal, lo que redundará en una disminución de sufrimiento humano.

Y, en todo caso, ya a estas alturas del siglo XXI está muy claro que mientras existan las enfermedades crónicas serán necesarios servicios psicológicos de asistencia y ayuda para los enfermos, las familias de los enfermos y el personal sanitario encargado de su cuidado y atención.

RESUMEN

El concepto de “stress” se está utilizando en nuestros días para multitud de situaciones y para caracterizar tal cantidad de fenómenos diversos que difícilmente se puede encontrar una definición clara, concisa y consensuada entre los estudiosos del tema. De entrada se revisarán las notas más características del concepto que tienden a ser asimiladas a conceptos estimulares y externalistas al sujeto, negativamente valoradas y con efectos negativos sobre la eficacia y la salud del ser humano; en enfrentarán estas notas con acepciones de corte más técnico, que resultan pertinentes al tema y en las que se deben incorporar tanto elementos “internos” que ya estaban presentes en la primera formulación de Selye, como otros de incorporación más reciente (como sistema inmune y elementos relacionados con cualidades psicológicas del ser humano) que han postrado su relevancia en el tema. Se hará una referencia a los modelos más usuales de “stress laboral” y los tipos de variables que los identifican, así como evidencia relevante acerca de su funcionalidad y utilidad.

El segundo bloque temático se ocupa de la enfermedad como estresor (en especial de las enfermedades crónicas) en sus dos vertientes más relevantes: el enfermo por un lado y los cuidadores (sistema sanitario y familia) por otro. Se ilustrarán fenómenos relevantes relacionados con el mundo familiar y laboral desde el conocimiento del diagnóstico hasta el mantenimiento y los cuidados (incluyendo el tratamiento y la adherencia a los tratamientos como uno de los problemas básicos de nuestros días, así como los determinantes conocidos). Existen un conjunto de variables psicológicas que han sido aducidas como “responsables” de la etiología y del curso de las enfermedades crónicas graves, y estas variables han sido “generalizadas” y aceptadas de forma bastante acrítica y desde presupuestos más culturales que científicos (como la llamada “psicología de los patrones”) y se hará referencia a la tendencia a “psicopatologizar” las enfermedades, con datos ilustrativos al respecto y que suponen más una plataforma de discusión que un hecho indiscutible.

El tercer bloque temático se ocupa de los tipos de “solución” ofrecidos por la bibliografía de corte básicamente anglosajón: los “apoyos” a los enfermos. Un conjunto de resultados alcanzados en España sobre una muestra de más de medio centenar de enfermos crónicos con distinto diagnóstico y grado de sintomatología sugieren que las instituciones sociales tradicionales (religión, familia), así como el moderno movimiento asociativos (las “asociaciones de enfermos” y de sus familiares) que

han dado resultados positivos en otros contextos socioculturales, son contemplados en nuestro país como recursos inoperantes, más valorados por los “no-enfermos” que por los enfermos. Por otro lado, la apelación a la “calidad de vida” ofrece, asimismo muchos problemas tanto en cuanto a la conceptualización, como a los resultados y a las “nuevas” tendencias que están apareciendo con fuerza dentro de la llamada “psicología de la salud” en sus aplicaciones institucionales. Una revisión de los “qualys” demuestra que ofrecen problemas no solamente conceptuales sino axiológicos ante los que la ciencia no debería mantenerse al margen.

La oferta de unas sugerencias respecto al papel de los valores en las ciencias sociales y de la salud, así como algunas reflexiones acerca de lo que se hace y de lo que podría hacerse terminarán la intervención

Bibliografía

- Everly, G. S. Jr. (1991).- *A clinical guide to the treatment of human stress response*, New York, Plenum.
- Evers, A. W. M., Kraaimat, F. W., Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G. y Bijisma, J. W. J. (2001).- Beyond unfavourable thinking: The illness cognition questionnaire for chronic diseases, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026-1036.
- Karasek, R. A. (1979).- Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job design, *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984).- *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer.
- Pearlin, L. I. (1989).- The sociological study of stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Pelechano, V. (2000).- *Psicología sistemática de la personalidad*, Barcelona, Ariel.
- Warr, P. B. (1987).- *Work, unemployment and mental health*, Oxford, Oxford University Press.

EL ACOSO LABORAL: CARACTERIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL FENÓMENO.

*Fernando Justicia Justicia*¹

*Juan L. Benítez Muñoz*¹

Universidad de Granada

Introducción

El problema del acoso en el trabajo ha ido generando interés entre la sociedad y los investigadores, e incluso ha llegado a ser reconocido como problema social (Terpstra y Baker, 1991). Sin embargo, la atención que se le ha prestado a este fenómeno es ridícula si se compara con el maltrato entre iguales en las escuelas, la violencia de género, el abuso infantil, etc. (Rayner, 1997). El aumento del interés se produce en los 90 debido en parte a que en décadas anteriores el fenómeno era poco más o menos, que tabú. Este velo cae cuando diferentes organizaciones comienzan a tratar el problema de una forma consistente y comienzan a poner en práctica estudios para la exploración y evaluación del problema (Einarsen, 2001). En la actualidad el acoso laboral es aceptado como un problema potencial para los trabajadores y las instituciones donde estos desarrollan su trabajo, esta asunción del fenómeno como un problema real ha propiciado que instituciones de ámbito público y privado hayan establecido procedimientos y políticas de clima laboral destinadas a prevenir y/o paliar los efectos de este fenómeno. Sin embargo, el desarrollo de esta actitud no ha sido paralelo en todos los países. En este sentido son de destacar los estudios de investigación realizados y las iniciativas adoptadas en Noruega, Suecia, Finlandia, Alemania y Austria. En el caso de España, las investigaciones sobre este tópico son aún recientes y están dando sus primeros pasos.

Definición y caracterización del acoso en el lugar de trabajo

El término *mobbing* fue utilizado por primera vez por Konrad Lorenz (1968) para describir el ataque grupal de animales más pequeños hacia otro de mayor tamaño. Más tarde, Heinemann (1972) aplicó este concepto al comportamiento abusivo observado en niños. A partir de este momento, comienza una bifurcación del término. Una

1 Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Granada

La autoría del trabajo también recae sobre otros miembros del grupo de investigación: Eduardo Fdez. de Haro, M^a Dolores Villena, Ana G. Berbén, M^a Jesús Caurcel y María Fernández.

primera acepción relacionada con el ámbito escolar y el abuso entre iguales, y que derivó hacia el término *bullying* para describir el fenómeno que tiene lugar entre alumnos. La segunda, que se encuentra relacionada con el abuso en contextos de trabajo y con conductas de abuso entre adultos, comportamientos abusivos a los que Leymann (1990) etiquetó con el término *mobbing*. La diferenciación realizada por Leymann se debe a que los comportamientos abusivos entre alumnos diferían en características de aquellos observados entre adultos y por la necesidad de distinguir entre ambos tipos de comportamiento. Así las connotaciones asociadas con el comportamiento *bullying* hacen referencia a conductas de amenaza o de agresión física, verbal y psicológica, mientras que las del comportamiento *mobbing* se refieren a comportamientos relacionados con la falta de comunicación, con conductas abusivas realizadas de una manera más sutil y maliciosa, y que parecen tener efectos más estigmatizantes. De igual forma, es difícil encontrar dentro del fenómeno *mobbing* la aparición de conductas de agresividad física que son comunes en el fenómeno *bullying*.

En nuestro país, y asumiendo lo anteriormente expuesto, nos referimos al fenómeno como acoso moral o acoso psicológico en el trabajo. Cuando hablamos de acoso psicológico o moral en el trabajo nos referimos a conductas de abuso perpetradas por una persona o grupo hacia otra, que son repetidas (mínimo 1 vez a la semana), duraderas (mínimo 6 meses) e intencionales, y que colocan a la víctima en una posición de clara indefensión. Siguiendo a Rayner y Höel (1997) los comportamientos exhibidos en el acoso laboral pueden ser integrados en las siguientes categorías:

- Amenazas al estatus profesional: infravaloración de la opinión de la víctima, humillación profesional pública, acusaciones hacia la forma de trabajar, infravaloración del esfuerzo o rendimiento profesional, etc.
- Saturación profesional: presión excesiva, establecimiento de objetivos profesionales de imposible realización, realización de gran número de tareas superfluas y sin sentido, etc.
- Desestabilización profesional: no dar crédito profesional a la persona, disminución de responsabilidades sin consulta previa, proporcionar escasos recursos para el desarrollo del trabajo, menoscabo de las condiciones de trabajo, etc.
- Abusos personales: insultos, motes, intimidaciones, rumores, robos de pertenencias, violencia física, etc.
- Aislamiento: exclusión social, ocultación de información, falta o corte de comunicación, no permitir el acceso a oportunidades de cualquier índole, etc.

Estudios epidemiológicos sobre el fenómeno

Estudios internacionales

Leymann (1992) apuntó que en Suecia un 3,5% de los trabajadores podían ser etiquetados como víctimas de acoso en el trabajo, es decir, que 154.000 trabajadores de 4,4 millones se ven afectados por el acoso laboral cada año. En un cálculo epidemiológico realizado por este autor se señala que cada año son 120.000 personas las que entran a formar parte del grupo de víctimas del acoso. Einarsen y Skogstad (1996) señalan en su estudio que en Noruega que un 13,2% de los trabajadores han sido objeto de acoso laboral.

Rayner (1997) en un estudio realizado en Inglaterra encontró que el 53% de la población participante había sufrido alguna vez acoso en el trabajo. Este alto porcentaje disminuye cuando se introducen los criterios de duración – mínimo de 6 meses, 9,8% – y de frecuencia – mínimo varias veces por semana, 25,5% – y se reduce aún más si se cruzan ambos criterios presentes en la definición de acoso en el trabajo. En la misma línea Lewis (1999) en su investigación llevada a cabo en Gales, apunta que un 18% de los encuestados han sido víctimas del acoso laboral, que un 62% ha sido acosado alguna vez, que un 22% ha presenciado episodios de acoso laboral y que un 46% tiene constancia de que el fenómeno está presente en su lugar de trabajo. En los últimos años debemos destacar varios estudios. En primer lugar, la Tercera Encuesta Europea sobre Condiciones en el Trabajo de Paoli y Merllié (2001), en la que se señala que un 9% de la población activa europea sufre acoso laboral. Finalmente, Hoel y Cooper (2001), apuntan en su estudio que un 10,6% de la población activa sufre acoso laboral en su entorno de trabajo.

En lo que se refiere al género de la víctima, en el estudio llevado a cabo por Rayner (1997) se afirma que no hay diferencia en cuanto al sexo ya que el fenómeno afecta igual tanto a hombres como a mujeres. Sin embargo, si que existe diferencia en cuanto al género de los acosadores, y en este caso, son los hombres quienes con más frecuencia practican el acoso. Al igual que esta última investigación, Einarsen y Skogstad (1996) apuntaron en la suya la similitud de la incidencia del acoso laboral en hombres y en mujeres, y que también son los hombres los que con más asiduidad tienen comportamientos acosadores (49% por parte de hombres frente al 30% por parte de mujeres). Todos estos estudios apuntan al hecho de que la incidencia del acoso para hombres y mujeres es similar y no existen diferencias en cuanto al género de la víctima, y si que existen diferencias en cuanto al género del agresor, pudiéndose identificar al acosador con el género masculino. Sin embargo, Paoli y Merllié (2001) señalan que el acoso afecta indistintamente a hombres y mujeres, aunque este último colectivo es más acosado que el de los hombres, que parece ser la tendencia real que apunta el fenómeno. Sobre como se lleva a cabo el acoso, es decir, si es de forma individual o colectiva, Leymann (1992) señala que de forma general el acoso es

realizado por más de una persona (40%) y que en un 30% es realizado por una sola persona, señalando que en trabajos que integran a las personas en equipos el acoso es realizado de forma grupal y el acoso por una sola persona es casi inexistente.

Otro aspecto importante es conocer que estatus poseen el acosador y su víctima. En el estudio de Rayner (1997) los acosadores identificados mayoritariamente (71%) son supervisores o directores, es decir, pertenecen a un escalón superior, mientras que la víctima pertenece casi siempre (74%) a un escalón inferior al del acosador, lo que implica un claro desequilibrio de poder en cuanto al estatus laboral se refiere. Einarsen y Skogstad (1996) en su estudio señalan que el 49% de las víctimas fueron acosadas sólo por hombres y el 30% por mujeres. En todos los casos, las víctimas identificaron a los superiores como los acosadores y a los compañeros como reforzadores, aunque existía un 20% de víctimas que eran acosadas tanto por superiores como por compañeros con el mismo estatus. El estudio de Leymann (1992) difiere de los anteriores ya que señala que es sólo el 40% de los episodios de acoso los que son protagonizados por personas con un cargo profesional superior a la de la víctima, mientras que el resto es protagonizado por los propios compañeros de trabajo.

En cuanto al origen del acoso laboral Rayner (1997) apunta en su investigación que las principales razones señaladas por los encuestados fueron el llegar nuevo a un puesto de trabajo, a la promoción profesional y al cambio de superiores en el trabajo. Sin embargo, Zapf (1999) apunta otras razones además de las esgrimidas por Rayner, entre otras podemos encontrar: los contratos temporales y la inestabilidad laboral, los valores de la propia organización donde trabaja la víctima, presiones laborales por parte de los superiores, falta de preparación y de profesionalismo de los superiores. Einarsen, Raknes y Matthiesen (1994) y Vartia (1996) también encontraron relaciones significativas entre la existencia de acoso laboral y las condiciones de organización del trabajo. Di Martino, Hoel y Cooper (2003) señalan en su informe para la prevención del acoso laboral que el origen del fenómeno descansa sobre tres pilares: factores intrapersonales, factores interpersonales y factores organizacionales.

Finalmente, debemos preguntarnos por las conductas de acoso que suceden con mayor frecuencia. En el estudio de Rayner (1997) las conductas señaladas por las víctimas de acoso que estas sufren con mayor frecuencia fueron: exceso de trabajo (41%), intimidaciones y amenazas (20%), recibir críticas injustificadas (20%), infravalorar el esfuerzo en el trabajo (18%), aislamiento y exclusión social (14%) y ser acusado sin lógica alguna (13%). Einarsen y Raknes (1997) apuntan que los comportamientos de acoso que con más frecuencia se dan entre los trabajadores noruegos eran: insultos y humillaciones, rumores, aislamiento social, acusaciones e infravaloración de los esfuerzos y trabajos personales. Las diferencias entre los estudios se deben en parte al tipo de muestra utilizada en cada uno de ellos, diferencias en cuanto al ámbito de la organización (público o privado), edad de los sujetos, etc.

La incidencia del acoso laboral en España

En España los estudios de investigación sobre la incidencia del acoso en el lugar de trabajo han sido pocos y de escasa divulgación. Entre ellos cabe destacar el Informe Cisneros de 2001 y 2002, y el Informe Randstad de 2003 (ESADE). Piñuel (2001, 2002) de la Universidad de Alcalá de Henares, utilizando un instrumento conocido como Batería Cisneros ha realizado dos estudios exploratorios sobre el fenómeno del acoso laboral. El informe publicado en el 2002 señala que un 16,07% de la población española es víctima de acoso laboral. En cuanto a ser testigos de acoso en el lugar de trabajo se señala que un 45% de los trabajadores manifiestan haber presenciado en su entorno laboral comportamientos de acoso. Si atendemos al Informe Randstad que revisa diversos informes europeos, el porcentaje de victimización se reduce hasta un 3% de la población activa española.

En cuanto al género y edad de las víctimas de acoso en el lugar de trabajo, el informe de Piñuel (2002) también ofrece datos interesantes. Según este estudio, el acoso en el lugar de trabajo afecta tanto a hombres (46,12%) como a mujeres (53,88%) pero existe mayor riesgo en el grupo femenino. De este grupo de víctimas, 2 de cada 3 tienen menos de 30 años (64%). En este punto el Informe Randstad coincide con los datos apuntados por Piñuel, señalando un incidencia similar del acoso en hombres y mujeres, pero ligeramente superior en este último colectivo.

En lo referente al tipo de acoso, los informes realizados con este instrumento ofrecen datos contradictorios que deberán ser contrastados con estudios posteriores. Cuando hablamos de tipo de acoso debemos discernir entre el acoso descendente (de jefes a subordinados), horizontal (entre compañeros) y ascendente (de subordinados a jefes). Estos tipos de acoso laboral se sitúan de diferente forma en ambos estudios: acoso descendente (55,49% en 2001 vs. 82,13% en 2002); acoso horizontal (41,98% en 2001 vs. 15,46% en 2002); y acoso ascendente (2,52% en 2001 vs. 0,97% en 2002). Esta variabilidad en los datos puede ser explicada atendiendo a variables relacionadas con la muestra utilizada, sin embargo, se hace necesario realizar otro estudio con el fin de establecer que tipos de acoso son los más frecuentes en nuestros contextos laborales.

Sobre cuáles son los comportamientos de maltrato más frecuentes en el lugar de trabajo, los datos más recientes son los proporcionados en el informe de Piñuel de 2002. En este informe se sitúan como los comportamientos más frecuentes son entre otros:

- Asignar trabajos sin valor o utilidad alguna (9,29%);
- Rebajar a la persona asignándole trabajos por debajo de su capacidad profesional (9,12%);
- Ejercer presiones indebidas o arbitrarias sobre la persona y su trabajo (8,21%);

- Desvalorar sistemáticamente el esfuerzo o éxito profesional de la persona (7,97%);
- Menospreciar o menospreciar personal y profesionalmente a la persona (7,46%);
- Restringir las posibilidades de comunicarse, hablar o reunirse con el superior (7,13%);
- Ignorar, excluir o hacer el vacío a la persona (7%);
- Intentar desmoralizar o desanimar a la persona (6,13%); etc.

Otro dato interesante del Informe Cisneros de 2002 tiene que ver con los efectos negativos que el fenómeno tiene sobre las víctimas. En este sentido se observando daños sobre la salud física (dolores de espalda, de cabeza, falta de apetito, trastornos digestivos, insomnio, etc.), daños psíquicos (bajo estado de ánimo, depresión, ansiedad, sentimiento de inseguridad, ideas suicidas, etc.) y daños sobre las relaciones sociales. En esta línea casi la mitad de las víctimas de acoso laboral manifiestan tener secuelas psíquicas debido al acoso laboral (7,02%). A estos datos debemos sumarles el hecho de que las víctimas de acoso laboral presentan mayor sintomatología de estrés posttraumático, mayores tasas de abandonismo de la profesión, mayores niveles de depresión y cansancio emocional, y mayor tasa de baja laborales, que aquellos que no se ven envueltos en este fenómeno.

Factores etiológicos del fenómeno

La producción de estudios sobre los factores causantes del acoso laboral es aún limitada y se basa en algunos estudios que han intentado explorar el fenómeno. Aún así, y revisando todas las investigaciones realizadas podemos establecer cuales son los factores de riesgo que favorecen y originan la aparición del acoso en el lugar de trabajo.

Si revisamos los estudios realizados en los países escandinavos por Björkqvist y col. (1994), Leymann (1996), y Einarsen (2000), podemos distinguir tres modelos causales: uno centrado en las características personales de la víctima y el acosador; otro basado en las características generales e inherentes de las relaciones interpersonales en las organizaciones de trabajo; y un último, que busca el origen del fenómeno en el clima laboral y organizacional de la institución. Debemos entender que el problema del acoso laboral no se debe sólo a una causa, sino que se trata de un problema de origen multicausal, por lo que los anteriores modelos deben ser entendidos como complementarios y no como excluyentes.

En el estudio dirigido por Zapf (1999) se estudiaron las características personales de víctimas y agresores que originan el acoso laboral. En este estudio, las víctimas de forma mayoritaria, asociaban el acoso laboral que sufrían a dos aspectos: al deseo de los acosadores de que las víctimas abandonaran su puesto de trabajo y al enrarecimiento de las relaciones interpersonales con lo compañeros de trabajo inducido por los acosadores. En ambos casos atribuyen la causa del acoso a la acción individual de los agresores. Se atribuyen las conductas intencionales de los agresores a la envidia suscitada por la víctima, al difícil temperamento del acosador, al deseo de promoción profesional a cualquier precio, o al simple apoyo a un superior que es acosador, que puede ser considerado como “servilismo” por parte de los acosadores (Vartia, 1996).

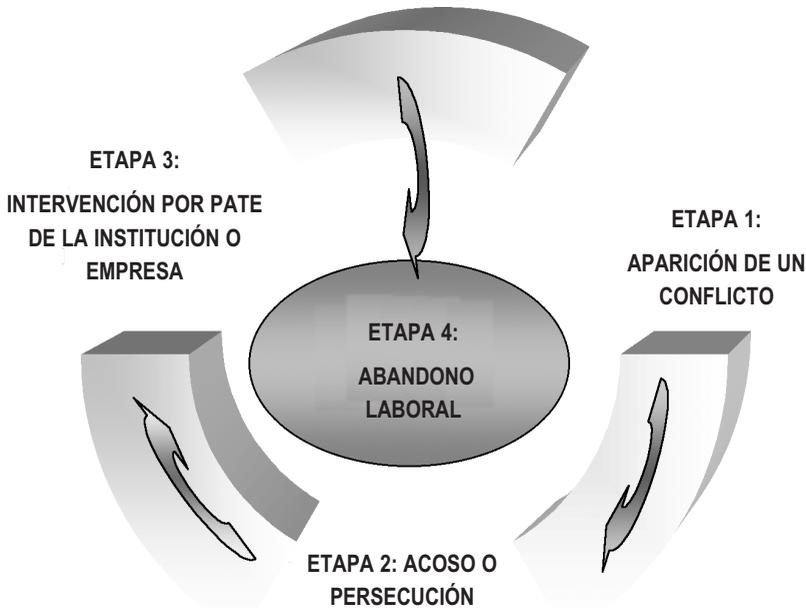
Sin embargo en este mismo estudio, se encontraron que determinadas conductas de acoso podrían estar originadas por las propias víctimas. Las características de las víctimas que pueden explicar el origen del acoso se basan en la falta de habilidades sociales, bajos niveles de comunicación interpersonal, en la exhibición de comportamientos no asertivos y evitantes, bajo rendimiento profesional, poca sofisticación, etc. No obstante, estas características no son comunes a todas las víctimas y si a un subgrupo de las mismas. De igual forma, en los estudios de Einarsen y cols. (1994) se obtuvieron resultados que muestran que algunas víctimas tienen baja autoestima y son personas ansiosas, aunque esta por discernir si se trata de causas o efectos del acoso laboral.

Los conflictos interpersonales son un aspecto cotidiano de todas las organizaciones y grupos de trabajo que pueden originar acoso en el lugar de trabajo. En ocasiones, el clima social en el trabajo hace que puedan surgir determinados conflictos interpersonales que terminan con el acoso hacia una de las partes. El aumento de la gravedad de estos conflictos puede provocar comportamientos agresivos entre las partes, en los que una de ellas es claramente la víctima.

Finalmente otros factores asociados al origen del acoso laboral están relacionados con las condiciones de trabajo y de organización de la institución laboral. Diferentes estudios empíricos sobre este aspecto (Leymann, 1992; Niedl, 1995) han encontrado un mismo patrón. En todos los casos, una pobre organización del trabajo y de la producción, el uso de métodos de trabajo poco adecuados, la falta de ayuda por parte de los superiores y el desinterés en la gestión del trabajo, eran características definitorias de las instituciones en las que se encontraron comportamientos de acoso laboral. A estas características podríamos unirles otras tales como una falta de liderazgo por parte del superior, deficiencias en las condiciones estructurales del trabajo, superiores excesivamente coercitivos, o excesivamente permisivos y desinteresados, excesivas presiones laborales, y una falta de ética y moral por parte de algunos trabajadores de la institución. Todas las características apuntadas se convierten en factores de alto riesgo que pueden alimentar y provocar el acoso laboral.

Etapas del desarrollo del acoso laboral

El acoso laboral como fenómeno social es un proceso, es decir, tiene sus orígenes, alcanza su punto álgido y termina con unas determinadas consecuencias. No podemos atender a este fenómeno sin atender a las diferentes fases por las que pasa. Según Leymann (1996) podemos encontrar cuatro fases o etapas típicas en el desarrollo del acoso en el lugar de trabajo: (a) Etapa de conflicto; (b) Etapa de acoso o persecución; (c) Etapa de intervención por parte de la institución; y (d) Etapa de marginalización o exclusión del trabajo.



En la primera etapa se observa la aparición de un conflicto debido a motivos de organización del trabajo, problemas interpersonales, desencuentro de intereses, etc. Si el conflicto es solucionado no habrá posteriores problemas. Sin embargo, si el conflicto es ignorado y no resuelto, este se enquistará y quedará latente, con lo cual la situación conflictiva continuará y se puede acentuar.

Llegado este punto comienza la adopción, por una de las partes en conflicto, de las distintas modalidades de comportamiento acosador que hemos visto anteriormente. Lo que en un principio tal vez sólo fuera un conflicto entre dos personas puede generar un conflicto que implique a un grupo de personas contra una en particular, adoptando comportamientos hostigadores de índole grupal. Esta fase se puede ver prolongada por las actitudes de evitación o negación del problema por parte del tra-

bajador, de los otros compañeros, o incluso de la dirección. Se coloca a la víctima en una posición de indefensión y victimización.

En la tercera fase y dependiendo del lugar, legislación y estilo de dirección de la empresa, se toman una serie de medidas desde algún escalón jerárquico superior encaminadas a resolver el problema. Sin embargo, estas medidas se encaminan de forma general a la eliminación del supuesto origen o centro del conflicto – generalmente la víctima – contribuyendo así, a la mayor culpabilización y sufrimiento del afectado. Estas medidas van desde bajas médicas temporales que continúan con bajas médicas permanentes que conllevan a la cuarta etapa del proceso.

En la etapa final, el afectado comienza a compatibilizar su trabajo largas temporadas de baja, o queda excluido definitivamente del mundo laboral. En esta situación la persona subsiste gracias a las ayudas estatales, que no pueden ayudar sin embargo, a la resolución de los efectos perniciosos que el fenómeno tiene sobre su salud física y psíquica, y sobre el desarrollo social de la víctima.

Consecuencias del acoso laboral

Varios estudios han apuntado el impacto negativo que el acoso laboral tiene sobre la salud física y psíquica del trabajador, así como sobre su desempeño profesional (Einarsen y Raknes, 1997). A estos campos deberíamos añadir dos más (Martín, Pérez y López, 2002): el relacionado con las relaciones sociales de la víctima y las repercusiones que el acoso laboral tiene sobre la propia sociedad.

El acoso laboral causa graves problemas sobre aquellos que lo sufren: en su salud psíquica, en su salud física, en sus relaciones sociales y en su desempeño profesional. A nivel psíquico la sintomatología suele ser muy diversa, sin embargo, el problema detectado con mayor frecuencia es el exceso de ansiedad. Esta ansiedad viene provocada por el miedo acentuado que tiene la víctima hacia la amenaza del acoso laboral. De igual forma un acoso laboral frecuente y continuo puede provocar en las víctimas la disminución de la autoconfianza y de la autoestima que inexorablemente les lleven a una falta de motivación personal (Einarsen, 1996). Pueden darse como vemos trastornos emocionales como sentimientos de fracaso, impotencia y frustración, baja autoestima o apatía. Las víctimas también pueden verse afectadas por distintos tipos de distorsiones cognitivas o mostrar problemas a la hora de concentrarse y dirigir la atención. Este tipo de problema puede hacer que la víctima desarrolle comportamientos sustitutivos tales como drogodependencias y otros tipos de adicciones, que pueden provocar el inicio de otras patologías. La excesiva duración de la situación de acoso puede dar lugar a patologías más graves, así, es posible encontrar cuadros depresivos graves, conductas de agresividad excesiva, trastornos paranoides, pensamientos suicidas, etc.

A nivel físico, podemos encontrar en las víctimas diversas manifestaciones de patología psicósomática: desde dolores y trastornos funcionales hasta trastornos orgánicos (Martín, López y Pérez, 2002). Entre estos trastornos podemos encontrar taquicardias, trastornos digestivos, insomnio, cansancio generalizado, cefaleas, etc.

A nivel social las víctimas suelen adoptar posiciones o comportamientos susceptibles e hipersensibles a la crítica, con actitudes de desconfianza y con conductas de aislamiento social, evitación, retraimiento, etc. Estos comportamientos son indicadores de una inadaptación social que terminará dañando las relaciones personales con sus compañeros de trabajo, sus familiares, sus amigos, etc. terminando en un aislamiento social cada vez mayor.

Finalmente, la víctima también sufre daños sobre su desempeño profesional. El acoso laboral hace crecer en la víctima un progresivo deterioro de su rendimiento laboral, debido sobre todo a su falta de motivación y falta de concentración. La víctima va progresivamente perdiendo sus "ganas de trabajar", aspecto este, que repercutirá en sus relaciones con los otros compañeros de trabajo y con sus superiores, y que puede desembocar en medidas sancionadoras por parte de la empresa donde trabaja la víctima y que conllevan incluso el despido de la víctima del acosado o su dimisión.

Sin embargo, los efectos negativos del acoso laboral no sólo afectan a la propia víctima. Existe consenso sobre la hipótesis de que el acoso laboral tiene efectos devastadores sobre la propia organización donde se inserta el trabajador acosado. Estos efectos incluyen la disminución de la implicación del empleado con su trabajo, altos niveles de absentismo laboral, pérdidas de personal, falta de motivación del empleado, disminución de la creatividad, la autonomía para asumir responsabilidades y de la satisfacción con el trabajo, etc. Todos estos aspectos influyen negativamente en la productividad de la organización (Einarsen y col. 1994).

Finalmente, tenemos que destacar como apunta Leymann (1996) los costes que el acoso laboral tiene para la propia sociedad en términos económicos. Según este autor no podemos menospreciar las consecuencias que a nivel económico tiene este fenómeno para la comunidad. Estos efectos van más allá de la pérdida de productividad del trabajador, sino que conlleva costes de asistencia por enfermedad, costes de las pensiones de invalidez, costes en las bajas laborales temporales o permanentes, etc.

RESUMEN

Se conoce como mobbing el acoso psicológico que sufren las personas en su trabajo de forma duradera y sistemática. Se trata de una nueva enfermedad laboral que sufren muchos trabajadores y sobre la que debemos adquirir un mayor conocimiento y conciencia social.

Las administraciones públicas, educación, defensa y sanidad son los sectores más afectados. Esta forma de acoso tiene una serie de consecuencias de diversa gravedad sobre diferentes aspectos tanto de las víctimas, como de las empresas, de la economía y de la propia sociedad.

La conferencia pretende proporcionar información sobre los aspectos más relevantes del fenómeno del acoso aportando datos relativos a una situación concreta como es la universidad. Entre otros aspectos trataremos la definición del acoso, la incidencia en diversos contextos laborales, las conductas de acoso, los tipos de mobbing, la caracterización y los efectos en las víctimas, y algunas indicaciones para su tratamiento.

Bibliografía

- Björkqvist, D.; Österman, K. y Hyelt, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*, 20, pp. 173-184.
- Di Martino, V., P., Hoel, H. y Cooper, C. (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace*. Dublin. European Foundation for the improvement of living and working conditions.
- Einarsen, S. (1996). *Bullying and harassment at work: epidemiological and psychosocial aspects*. Tesis Doctoral. Universidad de Bergen.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work. A review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior*, vol. 5, n. 4, pp. 379-401.
- Einarsen, S. (2001). *Dealing with bullying at work: the Norwegian lesson*. Foundation for the study of work trauma, www.worktrauma.org

- Einarsen, S.; Raknes, B. y Matthiesen, S. (1994). Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: an exploratory study. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 4, pp. 381- 401.
- Einarsen, S. y Skogstad, A. (1996). Bullying at work: epidemiological findings in public and private organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, pp. 185-201.
- Einarsen, S. y Raknes, B. (1997). *Harassment in the workplace and the victimization of men. Violence and Victims*, 12, pp. 247-263.
- ESADE (2003). *Informe Randstad. Acoso Moral (Mobbing)*. URL: www.esade.es/pfw_files/cma/Documents_link/Informe_Acoso_Moral_Mobbing_oct03.pdf
- Heinemann, P. (1972). *Mobbning-gruppväld bland barn och vuxna*. Estockholm: Natur och Kultur.
- Hoel, H. y Cooper, C. (2001). *Destructive conflict and bullying at work*. Manchester School of Management. University of Manchester Institute Science and Technology.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims* 5, pp. 119-126.
- Leymann, H. (1992). *From bullying to expulsion from working life*. Stockholm: Publica.
- Leymann, H. (1996). The content and development of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 5, n.º 2, pp. 165-184.
- Lewis, D. (1999). Workplace Bullying – interim findings of a study in further and higher education in Wales. *International Journal of Manpower*, vol. 20, n.º 1.
- Lorenz, K. (1968). *Sobre la agresión*. Nueva Edición, Madrid: Siglo XXI, 1992.
- Martín, F.; Pérez, J. y López, J. (2002). *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*. www.mobbing.nu/476.htm
- Niedl, K. (1995). *Mobbing / Bullying am Arbeitsplatz*. Munchen: Rainer Hampp Verlag.
- Paoli, P. y Merllié, D. (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing – Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae.
- Piñuel, I. (2002). *La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España*. <http://pub15.ezboard.com> (20-05-02).
- Rayner, C. (1997). The incidence of Workplace Bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, Vol. 7, pp. 199-208.

- Rayner, C. y Höel, H. (1997). A summary review of literature relating to workplace bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, Vol. 7, pp. 181-191.
- Terpstra, D. E. y Baker, D. D. (1991). *Sexual Harassment at work: the psychological issues*. En M. J. Davidson y C. J. Wolff (eds.), *Handbook of work and organizational psychology*. Chicester: John Wiley and sons.
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying – psychological work environment and organisational climate. *Organizational Journal of Work and Organisational Psychology*, vol. 5, pp. 203-214.
- Zapf, D. (1999). Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, Vol. 20, n.º 1.

TÉCNICAS DE REDUCCIÓN DE ANSIEDAD

Héctor González Ordi

Universidad Complutense de Madrid

¿Qué es ansiedad?

De acuerdo con Miguel-Tobal (1996), la ansiedad puede ser definida como una respuesta emocional o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente desadaptativos.

Así mismo, la respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

Como puede observarse, la ansiedad es una emoción básica y adaptativa que surge como respuesta ante estímulos o situaciones amenazantes para el individuo, o bien que el individuo interpreta como amenazantes para su seguridad física y personal.

Las situaciones de amenaza, o interpretadas como amenazantes, suelen conllevar una serie de respuestas de ansiedad que se conocen como *triple sistema de respuestas*; esto es, la ansiedad puede manifestarse a tres grandes niveles: a *nivel cognitivo* o referido a los pensamientos, sensaciones o imágenes mentales, a *nivel fisiológico* o referido a respuestas somáticas; y a *nivel motor* o referido a conductas observables.

Entre los síntomas cognitivos, fisiológicos y motores que con más frecuencia pueden darse en la respuesta de ansiedad, se encuentran:

Correspondencia a : Dr. Héctor González Ordi. Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid. E-mail: hectorgo@psi.ucm.es

Nivel Cognitivo

- Preocupación, miedo o temor
- Ideas de inferioridad o incapacidad
- Dificultad para concentrarse

- Sensación de desorganización y pérdida de control
- Inseguridad
- Ideas anticipatorias de peligro y amenaza
- Dificultad para tomar decisiones

Nivel Fisiológico

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: respiración rápida y superficial, ahogo, sofoco, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, diarrea, vómitos, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micción frecuente, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo lipotimia.

Nivel Motor

- Movimientos repetitivos
- Inquietud motora
- Hiperactividad
- Paralización motora
- Conductas de evitación
- Tartamudeo
- Movimientos torpes
- Consumo excesivo de comida, alcohol o tabaco

Como hemos comentado, la ansiedad es una respuesta emocional común a todos los seres humanos que sirve en esencia para responder ante una amenaza potencial y, en este sentido, totalmente adaptativa. Sin embargo, cuando dicha respuesta aumenta excesivamente en cuanto a su frecuencia, es decir aparece un mayor número de veces en la vida del individuo, intensidad, las reacciones son muy intensas o desproporcionadas, y duración, es decir se prolonga considerablemente en el tiempo, dando lugar a la aparición de limitaciones en la capacidad de adaptación del indi-

viduo a su medio ambiente, entonces podemos considerar que la ansiedad pasa a ser clínica o patológica.

Esta ansiedad patológica puede aparecer de diferentes maneras:

1. Como crisis, de forma brusca y episódica, tal y como ocurre en las crisis de angustia o ataques de pánico.
2. De forma continua o persistente, como ocurre en la ansiedad generalizada.
3. Como consecuencia de una fuente identificable de estrés, como se produce en el trastorno por estrés postraumático.
4. Ante estímulos temidos específicos, como aparece en la fobia específica.
5. Por efecto de ideas recurrentes y/o conductas ritualizadas, como tiene lugar en el trastorno obsesivo-compulsivo.
6. Asociada a otras patologías como depresión, trastornos psicofisiológicos, trastornos alimentarios, disfunciones sexuales, abuso de sustancias, etc.

La Psicología científica ha desarrollado un amplio arsenal de técnicas que están expresamente dirigidas a enseñar a controlar, reducir y manejar aquellas reacciones de ansiedad que son de carácter clínico o patológico, excesivas y desadaptativas.

Estas técnicas suelen denominarse en general, **técnicas de reducción de ansiedad** y, en función, del sistema de respuestas de ansiedad que sea más preponderante en el individuo, podemos disponer de *técnicas psicofisiológicas* (dirigidas a controlar las respuestas somáticas de ansiedad), *técnicas cognitivas* (dirigidas a controlar y manejar los pensamientos distorsionados que provocan ansiedad) y *técnicas conductuales* (dirigidas a enseñar al individuo a enfrentarse con las situaciones o estímulos ansiógenos e implementar habilidades básicas comportamentales).

Técnicas de relajación

Dentro de las técnicas psicofisiológicas, las técnicas de relajación son unas de las estrategias psicológicas más utilizadas y que mayor eficacia han demostrado para el manejo, control y reducción del nivel de activación del individuo; esto, es el nivel de tensión o nerviosismo tanto físico como mental.

Cuando estamos muy tensos o nerviosos al enfrentarnos a una situación determinada, solemos experimentar como nuestras reacciones corporales se disparan sin control: palpitaciones, tensión muscular en cuello, cabeza o brazos, dificultades para respirar y sensación de ahogo, sudoración excesiva, nudo en el estómago, sequedad en la boca, y un largo etcétera. Igualmente, nuestros pensamientos se desbocan y son difíciles de dominar, teniendo la sensación de que nuestra cabeza “está muy cargada”

y no “pensamos con claridad”; a menudo, dichos pensamientos son de carácter negativo y catastrofista, especialmente antes de vernos inmersos en la situación estresante: “no voy a poder conseguirlo”, “los demás notarán mi nerviosismo”, “me va a salir mal”, “voy a perder el control”, y otro largo etcétera. Finalmente, un nivel de activación excesivamente elevado afecta a nuestra conducta observable, nuestros movimientos, nuestros gestos, la modulación de la voz y la expresión adecuada de las emociones se tornan bruscos, erráticos y, a veces, impredecibles. Todo ello conforma una experiencia emocional que es percibida a menudo de forma negativa y, sobretodo, incontrolable.

Consecuentemente, es hasta cierto punto lógico que muchas personas no deseen pasar por ella y empiecen a evitar sistemáticamente todas aquellas situaciones que impliquen una reacción emocional parecida. El problema es que, cuanto más se evitan dichas situaciones más amenazantes se tornan, más activación incontrolable producen y más sistemáticamente hay que huir de ellas. A veces, incluso enfrentarse a dichas situaciones, sin las herramientas psicológicas adecuadas, puede arrojar resultados infructuosos y complicar aún más el problema. El proceso puede convertirse para algunas personas en un círculo vicioso que termine incapacitándolas para realizar una vida cotidiana satisfactoria.

Las técnicas de relajación pueden ser una ayuda muy útil para aprender a controlar, manejar y reducir estas reacciones de forma efectiva y ante las situaciones amenazantes que las provocan.

¿Qué es la relajación?

Dentro del contexto de la moderna Psicología científica, la relajación se contempla como el desarrollo de una serie de habilidades específicas, a través del *entrenamiento sistemático*, dirigidas al control, manejo y reducción del nivel de activación del individuo, con el fin de obtener resultados significativos a tres niveles:

1. Cognitivo-subjetivo: favoreciendo la sensación subjetiva de tranquilidad y autocontrol sobre las reacciones corporales, lo que facilita poder enfrentarse a aquellas situaciones que generan estrés con más facilidad.
2. Fisiológico: reduciendo y controlando diversas reacciones fisiológicas de tensión y nerviosismo, entre otras:
 - ritmo cardíaco irregular o acelerado (palpitaciones)
 - tensión muscular y temblores incontrolables
 - ritmo respiratorio irregular o acelerado (disnea, ahogos, etc)
 - presión sanguínea elevada
 - sudoración excesiva

- rubor facial
 - molestias del estómago
3. Motor: ayudando a regular la conducta motora (expresión facial y postural, movimientos, gestos y tics) y la expresión verbal y paraverbal emocional de forma adecuada.

¿De qué técnicas disponemos?

Técnicas de relajación hay muchas en el mercado, pero son relativamente pocos los paquetes terapéuticos basados en la relajación que han demostrado su eficacia clínica a través de estudios clínicos controlados adecuadamente (González Ordi, 1997). Los dos métodos que han sido más utilizados en la Psicología Clínica y cuya eficacia ha sido demostrada suficientemente son: **el Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva y el Entrenamiento Autógeno.**

El *Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva* fue diseñado por el fisiólogo norteamericano Edmund Jacobson en 1938. Es la técnica más conocida y empleada en Psicología, con numerosas variaciones aunque manteniendo siempre sus principios básicos.

Esencialmente, se basa en la idea de que provocando una ligera tensión en diferentes grupos musculares a lo largo del cuerpo, durante un breve espacio de tiempo (más o menos unos 10 segundos), obtendremos una mayor relajación (distensión) en dichos grupos musculares con respecto a los valores iniciales. A esto se le denomina estrategia de tensión-distensión. Con cierto tiempo y entrenamiento, el individuo puede llegar a provocar la respuesta de distensión simplemente a través de instrucciones mentales adecuadas, sin realizar maniobras de tensión específicas. Así mismo, el individuo aprende a reconocer y diferenciar aquellas partes de su cuerpo que están tensas y aquellas que no lo están, llegando a poder controlar la tensión diferencial si fuera necesario.

Uno de los protocolos más conocidos y habituales en la práctica clínica, propuesto por el psiquiatra sudafricano Joseph Wolpe, es el que está estructurado en cuatro fases, que incluyen los principales grupos musculares de todo el cuerpo:

- Fase 1: Brazos y manos
- Fase 2: Cabeza, cuello y hombros y parte superior de la espalda
- Fase 3: Pecho (incluyendo control de la respiración), estómago, abdomen y parte inferior de la espalda
- Fase 4: Piernas y pies

Cada fase supone aproximadamente una semana de entrenamiento, con lo que el protocolo completo puede aplicarse en entre 4 y 5 semanas.

El *Entrenamiento Autógeno* fue diseñado por el médico alemán Johanness Heinrich Schultz en 1932. Persigue los mismos objetivos que la técnica anterior, provocar una respuesta de relajación, pero a través de una estrategia diferente: la sugestión. En esencia, se trata de la autoadministración de instrucciones sencillas y repetitivas hasta que se produce el efecto psicofisiológico deseado. Así que, básicamente es una técnica de autocontrol y autorregulación fisiológica, cuyo protocolo de aplicación está estructurado en siete fases:

- Fase 1: Sensación de peso (relajación muscular)
- Fase 2: Sensación de calor (relajación vascular)
- Fase 3: Regulación cardiaca
- Fase 4: Control de la respiración
- Fase 5: Plexo solar
- Fase 6: Frescor en la cabeza
- Fase 7: Resumen de todas las fases

El Entrenamiento Autógeno es más largo que la Relajación Progresiva y suele conllevar aproximadamente unas 7 u 8 semanas de entrenamiento.

¿Cómo llevar a cabo el entrenamiento?

Preparándose para entrenar (actitudes a cambiar)

Es conveniente que antes de empezar a entrenar en relajación aclaremos algunos puntos esenciales que, a menudo, conllevan concepciones erróneas sobre la relajación:

1. El entrenamiento en relajación implica, como su nombre indica, un entrenamiento; esto es, si no se realiza una práctica regular de las técnicas es muy difícil llegar a dominarlas y aprender a elicitar una buena respuesta de relajación en el momento preciso en que la necesitamos (por ejemplo, ante una situación estresante). A menudo, la gente aprende a relajarse en los gimnasios o a través de cintas de cassette o CDs en casa; consiguen relajarse puntualmente, pero no logran extender esos resultados a las situaciones críticas de su vida cotidiana. La relajación, al igual que el aprendizaje de cualquier otra habilidad (montar en bicicleta, tocar un instrumento, conducir un coche, etc) precisa de práctica regular y sistemática.
2. La relajación no implica un estado de inactividad y somnolencia; bien al contrario, precisa de un entrenamiento activo y creativo. Así mismo, una persona relajada es más activa, responde mejor y más precisamente a los estímulos ambientales que una persona bajo un estado intenso de nerviosismo.

3. La relajación no implica pérdida de control. Todo lo contrario, todas las técnicas de relajación se basan en el aprendizaje del control y regulación de las reacciones corporales a través de distintas estrategias: tensión-distensión, sugestión, etc. Una persona relajada es una persona más autocontrolada.

4. Hay muchas formas de relajarse: una siesta, un baño de agua caliente, hacer footing, etc. Sin lugar a dudas, estas propuestas son gratificantes, pero se trata de métodos puntuales, cuyos efectos duran relativamente poco, y que no nos sirven en situaciones críticas o estresantes. Por el contrario, el entrenamiento en relajación está diseñado para que su aprendizaje sea duradero en el tiempo y pueda resultar una herramienta psicológica útil a la hora de enfrentarnos al estrés cotidiano.

Fase de entrenamiento

Habitualmente, cada una de las fases del entrenamiento en relajación determinado por el profesional de la salud responsable (relajación progresiva o entrenamiento autógeno en nuestro caso) se explica y se practica en la consulta. Una vez que el paciente ha entendido perfectamente cómo se aplica el protocolo, debe entrenar fuera de la consulta, en casa.

El entrenamiento mínimo exigible es de una semana por cada fase; aproximadamente tres veces al día para la relajación progresiva y dos veces al día para el entrenamiento autógeno. Los horarios pueden variar en función de la actividad cotidiana de cada persona, pero lo usual es por la mañana (antes de salir de casa), a media mañana o a media tarde y antes de acostarse por la noche. Además, en el entrenamiento en casa deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

El entrenamiento puede realizarse tumbado en la cama o echado en un sofá, diván o sillón de relajación, tal y como aparece en la figura adjunta.

Debe procurarse que el recinto donde se realiza el entrenamiento sea silencioso y con luz tenue (que no sea molesta); aunque el ruido ambiental no es necesariamente perjudicial y permite acostumbrarnos a relajarnos en cualquier sitio. Igualmente, la temperatura del recinto debe ser confortable (20-22 grados Celsius es lo ideal). El frío y calor excesivos dificultan la relajación.

A ser posible, es importante utilizar ropa cómoda y holgada, de forma que no sea necesario estar pendiente de las sensaciones de rozaduras y apreturas. Es mejor evitar los cinturones demasiado apretados, la corbata excesivamente ceñida al cuello, las prendas ajustadas, y es mejor descalzarse para relajarse.

El tiempo de entrenamiento suele durar entre 10 y 20 minutos. Al principio puede ser difícil estimar el tiempo transcurrido con precisión. Si ello es motivo de preocupación, lo que restaría concentración en la relajación, se puede utilizar un despertador como sistema de aviso. Con el tiempo, esto ya no resultará necesario.

Es importante evitar relajarse justo después de las comidas; la somnolencia y el proceso de la digestión pueden interferir con el entrenamiento y viceversa. Lo usual es hacerlo entre 60 y 90 minutos después de haber comido.

Hay días en que se obtienen mejores resultados que otros. Ello depende en gran medida del grado de concentración aplicado a los ejercicios de relajación. De nada sirve repetir las instrucciones como si de una “letanía” se tratase, sin implicarse emocionalmente en el proceso; en aquellos días en que esto ocurra, es mejor no agobiarse y dejarlo para otra ocasión.

Al final de cada sesión de relajación puede rellenarse un pequeño protocolo de autoevaluación, que permite ir valorando los cambios subjetivos alcanzados a lo largo del entrenamiento. Esta información puede ser valiosa tanto para el paciente como para el profesional de la salud que controla el entrenamiento:

Fase de generalización

Finalmente, con la práctica, el individuo será capaz de poder obtener una buena respuesta de relajación utilizando instrucciones mentales simples (“relax”, “estoy relajándome y tranquilizándome”, etc) en muy poco tiempo.

Resta ahora solamente extender esa capacidad a la vida cotidiana del individuo, practicando progresivamente la autoinducción de la relajación en contextos fuera de casa, supervisado por el profesional de la salud competente: caminando por la calle, en el autobús, metro u otro tipo de transporte colectivo, en el lugar de trabajo, etc. Esta fase puede llevar más o menos tiempo dependiendo de la perseverancia en la práctica y capacidad del individuo.

Esta última fase es importante porque, en definitiva, el entrenamiento en relajación se concibe como una herramienta psicológica que el individuo deberá utilizar efectivamente a la hora de enfrentarse a aquellas situaciones que le provocan intensas reacciones de estrés, con el fin de manejarlas, controlarlas y, finalmente, superarlas.

Técnicas cognitivas de autocontrol

El epígrafe “autocontrol” hace referencia a multitud de diversas técnicas psicológicas que están diseñadas para que el individuo aprenda a regular, manejar y controlar los pensamientos, reacciones corporales y conductas que están implicados en el estrés. En este apartado, nos centraremos en revisar algunas técnicas eficaces para el *control de los pensamientos negativos y desadaptativos* que provocan estrés.

Es sabido que ciertos individuos experimentan situaciones de su vida cotidiana como estresantes porque valoran dichas situaciones como esencialmente **amenazantes** para su integridad personal. Esta valoración de amenaza está relacionada con pensamientos negativos y catastrofistas sobre lo que puede ocurrir y cómo vamos a com-

portarnos en dichas situaciones. Autoafirmaciones como “no voy a poder superarlo”, “me va a salir mal”, “los demás se darán cuenta de mi torpeza”, “los demás se reirán de mi”, y un largo etcétera, son suficientes para “disparar” la reacción de estrés. Atajar, manejar y reinterpretar estos pensamientos desde el primer momento puede ser clave para que dicha reacción no se produzca. El problema es que, a menudo, estos pensamientos son tan frecuentes y se han repetido tantas veces que es muy difícil identificarlos y modificarlos adecuadamente, porque se producen automáticamente, casi sin que nos demos cuenta de ello.

Por esta razón, es necesario dedicar cierto tiempo y esfuerzo a re-aprender a identificar nuestros pensamientos o cogniciones negativas y desadaptativas, a través de técnicas adecuadas, las llamadas **técnicas cognitivas**.

PROTOCOLO DE VALORACIÓN DE LA RELAJACIÓN	
1. Sensación de relajación general	minino 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máximo
2. Sensación de peso (brazos y piernas)	minino 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máximo
3. Sensación de calor (manos y pies)	minino 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máximo
4. Disminución del ritmo respiratorio	minino 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máximo
5. Disminución del ritmo cardiaco	minino 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máximo
6. Disminución de la tensión muscular	minino 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máximo
7. Sensación de aislamiento	minino 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máximo
8. Sensación de tranquilidad	minino 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máximo
9. Sensación de bienestar	minino 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 máximo

Pensamientos inadecuados que provocan estrés

Diversos autores, como Albert Ellis o Aaron Beck, han dedicado mucho tiempo de estudio a identificar cuáles son las fuentes cognitivas que producen malestar en la mayoría de las personas. Estos tipos de pensamientos erróneos son mucho más comunes de lo que la mayoría de las personas creen, se perciben como pensamientos absolutamente verdaderos aunque su base racional sea cuestionable, y a menudo son fuente de tensión emocional.

Albert Ellis definió las siguientes **ideas o creencias irracionales** que están en la base de los trastornos emocionales:

1. *Necesidad de aprobación.* Es la necesidad del adulto de ser amado, aceptado y aprobado por los otros en cada una de las cosas que hace (en lugar de centrarse en la importancia que para sí mismo tienen las cosas que hace): “debo ocultar mis miedos, mis defectos y mis preocupaciones, porque los demás no lo aprobarían”, “¿quedaré bien haciendo esto u otro?”, “¿qué pensarán fulanita o menganito de lo que voy a hacer?”.
2. *La culpa y la condena.* Tendencia a juzgar, culpar y condenar a los demás por sus actos y, por extensión, tendencia a juzgarse, autoculparse, y autocondenarse severamente por las propias acciones o pensamientos.
3. *La frustración conduce a la depresión.* “Si las cosas no me salen bien, como espero, irremediablemente me hundiré y no saldré adelante”. Contrariamente, la frustración debería utilizarse para corregir y modificar errores y no para autoinvalidarse permanentemente.
4. *El sufrimiento humano es inevitable,* está causado por factores externos y nos viene impuesto por el destino. En vez de pensar que el malestar emocional tiene que ver con lo que nosotros hacemos y pensamos y, por tanto, podemos modificarlo.
5. *Es más fácil evitar que enfrentarse con las dificultades.* La evitación es a menudo la peor de las soluciones, porque aunque produzca alivio inicialmente, torna los problemas más amenazantes e irresolubles, posteriormente.
6. *Es necesario confiar en los más fuertes o más poderosos. Es la tendencia a buscar apoyo y confianza en los otros en vez de confiar en nosotros mismos.*
7. *Miedo al fracaso y a la incompetencia.* Por miedo al fracaso, muchas personas dejan de intentar hacer o intentar hacer proyectos en sus vidas. El fracaso puede verse como una oportunidad para cambiar y corregir cosas, y no como una condena de “inutilidad” de por vida.
8. Debo tener el control absoluto sobre las cosas que me rodean. El mundo está lleno de probabilidades, imprevistos y casualidades; es mejor aceptarlas y manejarlas en vez de luchar contra ellas.
9. *La felicidad humana es un estado que puede ser alcanzado sin esfuerzo, por inercia y sin hacer nada.* Los humanos tienden a ser más felices cuando están vitalmente inmersos en propósitos creativos, cuando ponen proyectos vitales en marchas para ellos mismos y los que les rodean.
10. *Debo mantener el control de mis emociones en todo momento.* En vez de debo aprender a manejar adecuadamente mis emociones negativas y potenciar mis emociones positivas.

Por su parte, Aarón Beck, estudiando pacientes con trastornos emocionales como la depresión, detectó la existencia de pensamientos automáticos que a menudo potenciaban el malestar emocional. Estos pensamientos automáticos son claros y están bien definidos, son espontáneos y parecen relativamente autónomos, y son percibidos por las personas como plausibles o razonables.

1. *Inferencia arbitraria*. Es la tendencia a extraer una conclusión definitiva cuando falta evidencia suficiente o existe evidencia en contra.
2. *Sobregeneralización*. Se extrae una conclusión definitiva universal de un pequeño dato o acontecimiento, utilizando calificativos como “siempre, nunca, todos, nadie”).
3. *Magnificación*. Es la tendencia a exagerar la importancia de un pequeño acontecimiento negativo; o por el contrario, se minimiza la importancia de un acontecimiento positivo.
4. *Deficiencia cognitiva*. Se olvida un aspecto importante de una situación, de manera que se fracasa al integrar o utilizar información relevante derivada de la experiencia.
5. *Personalización*. Tendencia a relacionar cualquier acontecimiento o información con uno mismo aunque no exista ninguna base real para dicha conexión.
6. *Pensamiento dicotómico*. Tendencia a ver y categorizar el mundo en dos opciones extremas, sin puntos intermedios (bueno-malo, agradable-horrible, perfecto-imperfecto, etc).

Modificando pensamientos negativos

Con diferentes variantes según los autores, las técnicas cognitivas dirigidas al autocontrol de los pensamientos negativos, disfuncionales y desadaptativos incluyen esencialmente los siguientes pasos para su realización:

1. *Identificación de los pensamientos negativos*. Esto se realiza aplicando diversas estrategias que se desarrollarán ampliamente en el curso:
 - Discusión de experiencias emocionales recientes
 - Escribir los pensamientos
 - Revivir una experiencia emocional a través de la imaginación
 - Role-playing
 - Exposición

- Modificar el estado de ánimo durante la sesión
 - Determinación del significado de una situación
2. *Modificación de los pensamientos negativos.* A través de:
- Demostración de la relación entre pensamiento y emoción
 - Dar información sobre las consecuencias emocionales del pensamiento
 - Aprender tareas distractoras y “parada de pensamiento”
 - Aplicar autoverbalizaciones para modificar el pensamiento
 - Realizar un listado de actividades
 - Registro diario de los pensamientos disfuncionales
 - Práctica en el cambio de pensamiento
 - Modificación de las creencias o supuestos irracionales
 - Práctica en casa

Solucionando problemas personales cotidianos

Por regla general, cuando los individuos se enfrentan con problemas de su vida cotidiana que les producen intensas reacciones de estrés o ansiedad, suelen valorar dichas situaciones como amenazantes para su integridad física o psicológica, y perciben que no serán capaces de afrontarlas y superarlas debido principalmente a que:

- sobrestiman la probabilidad de que ocurra un problema grave
- sobreestiman la severidad del problema
- infraestiman sus recursos personales para afrontar el problema
- infranestiman la posibilidad de obtener ayuda de otras personas

Consecuentemente, los individuos dedican mucho tiempo y esfuerzo a soslayar o evitar activamente aquellas situaciones que generan ansiedad estrés, convirtiendo los problemas en virtualmente irresolubles.

En dichos casos, es necesario que el individuo re-aprenda a afrontar y resolver sus problemas personales de forma rigurosa y sistemática, con ayuda de un profesional de la salud competente, a través de técnicas específicamente diseñadas para ello. Con diversas variantes según los autores, las fases de un **entrenamiento en solución de problemas personales** serían las siguientes:

1. Definición del problema. De manera clara, específica, operativa y sin mezclarlos con otros problemas disferentes.
2. Listado de todas las posibles soluciones al problema.

3. Listado de ventajas e inconvenientes de cada una de las posibles soluciones.
4. Evaluación de las ventajas e inconvenientes de cada una de las posibles soluciones al problema.
5. Selección de la alternativa menos mala.
6. Puesta en práctica de la alternativa seleccionada.
7. No volver nunca atrás en el proceso y no dar más vueltas a las alternativas sin decidir nada en concreto.

Enfrentándonos a los problemas

Finalmente, las llamadas técnicas conductuales están diseñadas para ofrecer estrategias a los pacientes que les permitan enfrentarse con éxito a las situaciones que les provocan ansiedad y que generalmente, debido a dicha ansiedad excesiva, suelen evitar sistemáticamente.

En general, estas técnicas resaltan la necesidad de exponerse a las situaciones temidas, acercándose a los estímulos que provocan la ansiedad (bajo situación de control), todo ello siguiendo el principio de aproximaciones sucesivas (poco a poco) y el principio del refuerzo (es importante premiarse por los éxitos, y corregir ante los fracasos, en lugar de castigarse). Al exponerse a la situación ansiógena, bajo estas condiciones de control, se produce habituación, o disminución de la respuesta de ansiedad. Además, algunas técnicas enseñan al sujeto habilidades personales, o sociales, o de manejo de la ansiedad, para enfrentarse mejor a las situaciones ansiógenas.

Entre las técnicas más utilizadas se encuentran:

Entrenamiento en asertividad.

Role Playing.

Elementos del contenido de la interacción social: p.ej. hacer sugerencias de mejora en vez de críticas.

Elementos moleculares: p.ej. Postura, tono, mirada, etc.

Planificación de estrategias para desarrollar: el control de estímulos estresantes, la prevención de respuestas de evitación y los autoreforzos positivos.

RESUMEN

Las técnicas de reducción de la ansiedad, también conocidas como técnicas de manejo de estrés, son un conjunto de procedimientos que están diseñados para que el individuo aprenda a regular, manejar y controlar los pensamientos, reacciones corporales y conductas que están implicados en el estrés. Esta exposición se centrará especialmente en las llamadas **técnicas psicofisiológicas**, o procedimientos dirigidos principalmente a reducir el nivel de activación psicofisiológica (reacciones corporales) y las denominadas **técnicas cognitivas** o procedimientos dirigidos a modificar y reestructurar pensamiento e ideas distorsionados que nos incapacitan ante situaciones de estrés.

Entre las **técnicas psicofisiológicas**, las técnicas de relajación son las estrategias psicológicas más utilizadas y que mayor eficacia han demostrado para el manejo, control y reducción del nivel de activación del individuo; esto, es el nivel de tensión o nerviosismo tanto físico como mental. Entre los objetivos que persiguen se encuentran: (1) : favorecer la sensación subjetiva de tranquilidad y autocontrol sobre las reacciones corporales, lo que facilita poder enfrentarse a aquellas situaciones que generan estrés con más facilidad; (2) reducir y controlar diversas reacciones fisiológicas de tensión y nerviosismo como ritmo cardíaco irregular o acelerado (palpitaciones), tensión muscular y temblores incontrolables, ritmo respiratorio irregular o acelerado (disnea, ahogos, etc), presión sanguínea elevada, sudoración excesiva, rubor facial, molestias del estómago; y (3) ayudar a regular la conducta motora (expresión facial y postural, movimientos, gestos y tics) y la expresión verbal y paraverbal emocional de forma adecuada.

Técnicas de relajación hay muchas en el mercado, pero son relativamente pocos los paquetes terapéuticos basados en la relajación que han demostrado su eficacia clínica a través de estudios clínicos controlados adecuadamente. A lo largo de esta exposición, presentaremos dos protocolos específicos basados en los dos métodos que han sido más utilizados en la Psicología Clínica y cuya eficacia ha sido demostrada suficientemente: **el Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva y el Entrenamiento Autógeno**.

Entre las **técnicas cognitivas**, existen diversos procedimientos que se centran en identificar y reestructurar cuáles son las fuentes cognitivas que producen malestar en la mayoría de las personas. Los pensamientos erróneos son mucho más comunes de lo que la mayoría de las personas creen, se perciben como pensamientos absolutamente verdaderos aunque su base racional sea cuestionable, y a menudo son fuente de tensión emocional.

Con diferentes variantes según los autores, las técnicas cognitivas dirigidas al autocontrol de los pensamientos negativos, disfuncionales y desadaptativos incluyen esencialmente los siguientes pasos para su realización que expondremos en detalle a lo largo de esta conferencia:

Identificación de los pensamientos negativos. Esto se realiza aplicando diversas estrategias que se desarrollarán ampliamente en el curso:

- Discusión de experiencias emocionales recientes
- Escribir los pensamientos
- Revivir una experiencia emocional a través de la imaginación
- Role-playing
- Exposición
- Modificar el estado de ánimo durante la sesión
- Determinación del significado de una situación

Modificación de los pensamientos negativos. A través de:

- Demostración de la relación entre pensamiento y emoción
- Dar información sobre las consecuencias emocionales del pensamiento
- Aprender tareas distractoras y “parada de pensamiento”
- Aplicar autoverbalizaciones para modificar el pensamiento
- Realizar un listado de actividades
- Registro diario de los pensamientos disfuncionales
- Práctica en el cambio de pensamiento
- Modificación de las creencias o supuestos irracionales
- Práctica en casa

Bibliografía

- Cano Vindel, A. (2002). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: Arguval
- Cautela, J.R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (2002). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- González Ordi, H. (1997). El proceso de la relajación: aspectos antecedentes, mediadores y consecuentes de las técnicas de tensión-distensión, respiración y sugestión. *Ansiedad y Estrés*, 3, 155-175.
- Miguel-Tobal, J.J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Aguilar.

ESTRATEGIAS DIARIAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS

Luis Valero Aguayo
Universidad de Málaga

El informe sobre la situación europea del estrés laboral (Cox y Rial-González, 2000) afirma que el estrés laboral es una reacción emocional negativa al trabajo. Lo que habitualmente conocemos como "estrés" es una respuesta defensiva del organismo en su adaptación al entorno. Puede ser una respuesta defensiva frente a un peligro real, pero también frente a peligros esperados o no reales. También puede ser una respuesta defensiva, pero exagerada, ante situaciones que no suponen apenas peligro para el individuo, y que se han condicionado a ese entorno. En este caso, parece que el trabajo es un entorno especialmente propicio para generar estrés. Según la encuesta de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1996), un 28% de los trabajadores europeos sufre de estrés laboral.

Prácticamente cualquier circunstancia diaria, cualquier cambio, necesita esa adaptación, y reaccionamos frente a los cambios con diversas respuestas fisiológicas y comportamentales. Por sí mismo, sería una respuesta necesaria, imprescindible para hacer frente a todos los cambios que supone la lucha diaria. Pero se convierten en un problema cuando esas respuestas fisiológicas son mantenidas durante largos periodos de tiempo, con el consiguiente deterioro orgánico y menoscabo de la salud. Y también cuando se condicionan a determinadas situaciones ambientales, y se producen reacciones exageradas ante situaciones que antes se tomaban con mucha calma.

La cuestión es que la palabra "estrés" es un cajón de sastre donde cabe todo, tanto las condiciones ambientales como las respuestas de adaptación a esas condiciones. Es ya un concepto tan extendido que hoy día todo el mundo está estresado. Antes todo el mundo era neurótico, y hoy está de moda tener estrés. Se utiliza tanto como causa, como justificación, y como resultado de los problemas cotidianos que tenemos. Las definiciones más utilizadas de estrés tienden a caracterizarlo como una interacción entre las circunstancias estresantes y los recursos del individuo para afrontarlas (Lazarus y Folkman, 1986). De esta forma, si el individuo percibe de forma muy amenazante esa situación, se ve sin fuerzas para afrontarla, o no tiene recursos para resolverla, aparecería la respuesta de estrés en forma de trastornos fisiológicos o psicológicos.

El estrés no puede eliminarse, es parte de nuestra vida. Pero puede ser positivo, si se controlan las circunstancias y variables que llevan a ese estrés. Algunos auto-

res hablan de un "grado óptimo" de estrés en cuanto que sería necesario para muchas actividades, mejora la ejecución y aumenta el rendimiento en determinadas tareas.. Pero un estrés mantenido largo tiempo o con alta intensidad ya resulta perjudicial para el individuo; y en esos casos, el rendimiento es peor, y todo el comportamiento se ve afectado.

Se han detectado múltiples causas (organizacionales, ambientales, fisiológicas, de aprendizaje, del entorno inmediato, etc.) que aumentan ese estrés y hacen que el individuo sufra por ello, de forma que toda su vida personal, familiar y laboral se vea afectada. Precisamente, en el lugar de trabajo algunas de esas causas son directamente observables, por ejemplo, horarios muy extensos, pocos periodos de descanso, cumplimiento de tareas con plazos muy cortos, gran cantidad de tareas rutinarias, inseguridad en el empleo, críticas continuas de los jefes o compañeros, etc. Pero también hay otras causas más sutiles, por ejemplo, objetivos laborales poco claros, ordenes inconsistentes y contradictorias, poca posibilidad de cambios laborales o ascensos, asunción de roles diferentes al puesto de trabajo en cuestión, falta de reconocimiento de la labor realizada, etc. (Ramos, Montalbán y Bravo, 1997; Peiró, 1993) También se han ideado varias formas de prevención y tratamiento psicológicos que enfatizan el aprendizaje de determinadas técnicas conductuales o cognitivo-conductuales para enfrentarse a niveles altos de estrés, por ejemplo, la relajación, el entrenamiento asertivo, la inoculación al estrés, etc. (Labrador, 1996; Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995).

No vamos a insistir aquí en esas causas, ni en esas formas de tratamiento, que ya se han abordado en otros momentos de estas jornadas. Como afirma la Comisión Europea (2000): *"En el ámbito de la salud en el trabajo, uno de los pecados capitales consiste en emprender estudios sofisticados que describen con todo lujo de detalles el estrés de los empleados relacionado con el trabajo, sus causas y sus consecuencias...y que se quedan en eso. Diagnosticar, sin tratar y aún menos prevenir equivale a pecar por omisión"*. Vamos a describir aquí, pues, aquellas técnicas más cercanas, más cotidianas, que se pueden aplicar desde hoy mismo, y no requieren una gran dedicación u horas de tratamiento. Se trata de pequeñas estrategias habituales, basadas en cambios ambientales y del contexto diario, con las que afrontar mejor ese malestar continuo, ese cansancio, agotamiento, malhumor, agresividad, etc., que caracteriza un comportamiento estresado.

En el ámbito laboral, una gran parte de las reacciones de estrés provienen del propio medio laboral, es decir, el entorno inmediato que tiene unas grandes exigencias para el trabajador y necesita que éste realice cambios continuos para cumplir con los requisitos de su trabajo. De forma más concreta, se ha detectado que en todas aquellas profesiones que suponen un contacto directo con los usuarios, que exigen una gran tensión emocional continuada durante toda la jornada laboral, son las profe-

siones donde aparece un mayor grado de estrés y consecuencias médicas y psicológicas de ese estrés.

Aquí abordaremos, pues, estrategias derivadas de las técnicas de tratamiento habituales para el estrés, pero adaptadas al contexto diario de trabajo donde se producen. Ello no elimina la necesidad de tratamientos más estructurados, e incluso tratamientos psicológicos individuales cuando la gravedad del problema lo requiera. De esta forma, nos centraremos en una perspectiva individual sobre cómo afrontar mejor esas situaciones estresantes, con consejos directos y pequeños cambios en nuestros hábitos diarios.

Podemos estructurar esos consejos en función del cambio directo de las situaciones estresantes y del tipo de respuestas requeridas para enfrentarse a esas situaciones estresantes. De esta forma, describiremos estrategias para: (1) cambiar aquellas variables en el trabajo que producen estrés, puesto que estas variables son específicas a la situación y la persona, algunos ejemplos pueden servir para ilustrar esos cambios; (2) pequeños cambios para afrontar mejor las respuestas fisiológicas y emocionales, que aumentan rápidamente con el estrés; (3) aprender comportamientos alternativos, que disminuyan ese estrés en las relaciones diarias; y (4) estrategias basadas en el lenguaje, en el cambio de ideas y pensamientos asociados a esas situaciones estresantes; y por último (5) se tratarán también otros cambios en la vida diaria, fuera del trabajo, que ayudarán en gran manera a mantener la serenidad, la perspectiva y la salud psicológica en general.

Analizar la situación estresante y posibles cambios

Desde luego, un viaje de vacaciones a una isla casi desierta, o aislarse en una cabaña en la montaña para escribir una novela, serían buenas formas de hacer desaparecer el estrés diario. Pero en la mayoría de los casos es una solución imposible, y además, la vuelta de vacaciones todavía sería más angustiada. Las condiciones del trabajo imponen necesariamente unas fuentes de estrés constantes. La primera estrategia sería averiguar, en cada caso individual, cuáles son esas fuentes de estrés diario, tanto en el trabajo, como en la familia o el resto del día. Como se ha indicado esas condiciones son muy variadas, pero sólo habría que actuar sobre aquéllas que personalmente nos afectan, por ejemplo, el horario intensivo, los ruidos, los plazos, la toma de decisiones, la poca valoración del trabajo realizado, la falta de medios para trabajar, los desarreglos continuos de aparatos y ordenadores, las llamadas de teléfono, la vigilancia continua, etc.

Lo primero es analizar nuestra propia situación, observar nuestras propias reacciones emocionales, en aquellos momentos en que se acelera el ritmo cardíaco, se

tensor las mandíbulas, y se insulta a quien está más a mano. En esas situaciones existen condiciones de estrés que condicionan nuestras respuestas emocionales. La solución es tratar de eliminarlos, disminuirlos o desplazarlos para que incidan lo menos posible sobre nuestra vida.

Por ejemplo, si tenemos un compañero de trabajo incordiante o que hace perder el tiempo, lo mejor es no hacerle caso, pasar de sus comentarios, no prestarle atención cuando habla, y seguro que al poco deja de molestar. Un ruido insistente, pues se cierra la puerta o se busca la persona de mantenimiento que lo arregle. Si el teléfono interrumpe constantemente, es fácil desenchufarlo un tiempo o ponerlo en contestador automático. Un atasco de tráfico suele ser inevitable, pero el de todos los días se puede aminorar cambiando el horario de trabajo, o cambiando las rutas por donde ir.

En muchos casos la presión de los jefes, los plazos urgentes para la realización de trabajos, la aglomeración de público, las críticas negativas constantes, etc., son imposibles de eliminar. También en la vida diaria hay muchas situaciones estresantes que son imposibles de eliminar, por ejemplo, una separación, enfermedades de los hijos, la hipoteca, no llegar a fin de mes, la rebeldía de los hijos adolescentes, accidentes, etc. En estos casos, la estrategia debería basarse en asumir esas fuentes de estrés, adaptarse a ellas, para disminuir su efecto. No se trata de aceptarlas pasivamente, de creer resignadamente que hay que soportarlas sin más. Se trata de una adaptación activa, que supone enfrentarse a ellas, utilizar nuestro propio comportamiento para enfrentarse a esas fuentes de estrés. De hecho, la mejor forma de vencer la ansiedad y los miedos es exponerse a la situación temida, no huir de ella, sino afrontarla de una forma activa, y entonces sea necesario aprender otras habilidades.

Estrategias centradas en cambios en el trabajo

En ocasiones el propio lugar de trabajo, sus condiciones físicas, la organización de las tareas, el uso de materiales, etc., son causas importantes del estrés continuado. Se trataría aquí de averiguar en concreto cuáles son esas causas y tratar de eliminarlas (Peiró y Ramos, 1994). En forma de metáfora, cuando nos compramos unos zapatos nuevos, muchas veces hacen rozaduras, duelen al andar, o no son cómodos; pero a nadie se le ocurre tomarse una pastilla para que le quite el dolor de pies. Generalmente, la solución está en cambiarlos por otros más cómodos, y si no es posible, hacerle algo a los zapatos para que se adapten a nosotros. Se trataría también en el lugar de trabajo, de cambiar éste para que se adapte a nosotros, no al revés.

Cabe referir muchos ejemplos que tienen que ver con la ergonomía del puesto de trabajo (Hackman y Oldman, 1980; Murphy, 1988). Especialmente con el uso de ordenadores, archivadores, carpetas, organización de papeles, realización de informes,

etc., hay muchas tareas que son repetitivas, se podrían abreviar u organizar de forma tal que fuese más fácil o llevase menos tiempo. En alguna personas, la adaptación a las nuevas tecnologías supone una fuente de estrés, y el trabajo se vuelve aún más difícil cuando debería facilitararlo (Peiró, 1993). Las empresas deberían cuidar el software que utilizan, pues generalmente sólo consideran su utilidad económica o ahorro de trabajo, pero no la usabilidad, el grado en que son fáciles de utilizar por los trabajadores. Una nueva adaptación a programas complejos, supone a veces mayores costes que seguir utilizando un programa ya conocido y automatizado por el trabajador. Las pantallas táctiles es una tecnología que ha de introducirse ya en la mayoría de puestos de trabajo.

También el uso de la luz natural es fundamental para una buena salud psicológica. Se ha mostrado que es preferible siempre trabajar con luz natural, y en su defecto luz artificial pero rojiza o azulada, no blanca totalmente. Siempre es conveniente que provenga desde la izquierda de la persona que escribe o lee; y si el trabajo exige fuerte fijación visual una luz directa sobre la mesa (Megaw y Bellamy, 1983). Tampoco es conveniente utilizar el ordenador en sitios muy oscuros, ni con reflejos en la pantalla. Después de muchas horas de trabajo, esos pequeños cambios se notan en la fatiga visual, el dolor de cabeza y la irritación general.

Parece comprobada la influencia beneficiosa de la personalización del entorno de trabajo para mejorar la percepción subjetiva de bienestar. Así, son preferibles los tonos claros, pastel, amarillo y azules, en las paredes y grandes superficies. También música relajante de fondo, y fotos familiares, paisajes, macetas, pequeños muñecos, etc., como forma de personalizar el entorno de trabajo y mejorar el bienestar general. La organización de todo el material, los objetos personales, los archivos, etc., dan un orden al trabajo y elimina todas aquellas molestias de la búsqueda, la falta de material de oficina, o la sensación de desbordamiento sobre el lugar de trabajo. También ayuda la limpieza del entorno, por ejemplo, la acumulación de papeles sobre la mesa durante meses, los bolígrafos que manchan, las tazas de café anteriores, los "post-it" por doquier, etc., crean un ambiente de confusión que influye en ese bienestar psicológico. Es sorprendente cuánto puede ayudar a disminuir la tensión en una situación laboral, el hecho de encontrar rápidamente un archivo, encontrar dónde está el documento sin terminar, trabajar con material adecuado, tener un equipo de oficina que no se estropea cada dos por tres, o una mesa donde poder colocar los informes sin tapar otros del mes pasado.

La organización de las tareas, los movimientos y el tiempo necesario para realizarlas es otra de las cuestiones que pueden cambiarse en el puesto de trabajo para disminuir el estrés. En muchas ocasiones, los directivos imponen unas tareas y en un orden determinado, no tanto el objetivo a cumplir, sino también cómo hacerlo. Probablemente, si se deja al propio trabajador la organización de su trabajo, esto faci-

litase mucho mejor el cumplimiento de los objetivos finales, puesto que es él quien sabe cómo ahorrar pasos en esas tareas, realizarlos de una forma organizada y estructurada. En todo caso, un análisis de tareas en el puesto de trabajo ayudaría en gran manera en los ahorros de tiempo y energía, además de disminuir el estrés por la desorganización.

Una buena planificación diaria, un *planning* de las tareas a realizar ayuda en gran manera también a reducir el estrés. Generalmente las tareas se realizan diariamente como "tapando agujeros", es decir, aquéllas que el jefe pide más urgentemente, las que hay que resolver de inmediato, dejando todas las demás almacenadas y finalmente se acumulan de tal forma que son una fuente importante de estrés. Si existe una serie de tareas rutinarias, todos los días o todas las semanas, en el puesto de trabajo ayuda mucho tenerlas escritas por orden, o bien escalonadas en un calendario o diario de oficina (Keenan, 1999). La organización del tiempo es fundamental, es necesario dejar un tiempo para cada tarea, y no esperar al momento final para terminar las tareas. Habitualmente la sensación de estrés más acuciante es la falta de tiempo para llegar a una cita, estar en el momento justo, terminar un trabajo a tiempo, etc. Es imprescindible no dejar los temas para el minuto final. Para ello es fundamental una buena organización de las tareas y el tiempo para realizarlas, una planificación por etapas, con un tiempo para cada tarea, incluso realizarlo por escrito en un *planning*, y realizar cada día la etapa planificada. Esa organización siempre ayuda a disminuir la sensación laboral de ir siempre como un esprinter.

En aquellos puestos de trabajo que exigen una exposición al público, atender a los usuarios en oficinas, por ejemplo, se ha visto la importancia de una atención personalizada tipo despacho, separado simplemente con mamparas. Este cambio no sólo da una mayor calidad de la atención al usuario, sino que disminuye el estrés del trabajador que le atiende y tiene también una mayor sensación de intimidad y control de su trabajo. Pequeños cambios, como la atención numerada o con cita previa, también ayudan a una atención más humana en todos los organismos y oficinas, pero además disminuye el estrés que las filas y aglomeraciones producen sobre el trabajador que atiende al público. También resulta muy útil, los carteles anunciadores y de información en las oficinas, nombres y responsabilidades de las personas que atienden, y una especialización -dentro de la oficina- del tipo de asuntos que cada uno se encarga.

Cambiar las respuestas fisiológicas

En una reacción de estrés, entre otros muchos cambios fisiológicos, aumenta el ritmo cardíaco, la presión arterial, la tensión muscular y también la tasa respiratoria (Labrador y Crespo, 1993). La relajación sería la técnica más indicada, pero requie-

re un aprendizaje en varias sesiones y bastante práctica. Una técnica más inmediata, derivada de ella, sería la respiración profunda lenta. Se requiere una respiración correcta por la nariz, con un incremento importante de oxígeno en sangre, y no respiraciones rápidas que sólo suponen un mayor gasto energético y menor aporte de oxígeno. Consiste en una inspiración lenta por la nariz, llenando al máximo los pulmones, una ligera retención del aire (5 segundos) y espiración lenta por la boca (Lichstein, 1988). Otra técnica respiratoria para relajación es la abdominal, pero necesita un aprendizaje en varios ensayos. Se trata de una inspiración por la nariz, llenando de aire los pulmones, el estómago y el vientre, aprovechando la máxima capacidad de aire, y luego soltarlo también lentamente. En este tipo de ejercicios se ayuda de las manos sobre el vientre para observar la lenta salida y entrada de aire. Este tipo de ejercicios bastante fáciles, practicados varias veces ayuda rápidamente a disminuir esas reacciones corporales (Everly, 1989).

También los ejercicios de estiramiento, que se pueden practicar sentados o de pie, ayuda a relajar los músculos que habitualmente se contraen en una situación continuada de estrés. Estos ejercicios se pueden practicar con regularidad, cada hora, o en periodos cortos de descanso durante el trabajo. Es fundamental en estos casos, una disposición ergonómica del puesto de trabajo, y el mantenimiento de una postura adecuada para evitar el cansancio muscular. De forma similar, se pueden practicar ejercicios de relajación para los ojos, tapándolos con las manos completamente y mirando distancias lejanas después, en aquellos casos que ocurre un trabajo continuado ante el ordenador.

Cuando la situación de estrés aparece ya como un episodio emocional fuerte, es decir, se está a punto de estallar, se siente ira, agresividad, "un ataque de nervios", junto con esa respiración lenta, también se puede practicar un ejercicio de dilación de las emociones, apartándose de la situación y contando números hacia atrás. Después de varios segundos es menos probable que ocurra el ataque de ira o agresividad. Otra técnica en estos casos, consiste en darse un "tiempo fuera" de cinco minutos, saliendo completamente de la situación, a otra habitación, al pasillo, o cuarto de baño, y practicar allí la relajación y respiración lenta.

Durante el trabajo, los tiempos de descanso o con menor actividad, deberían aprovecharse para realizar algunos de esos ejercicios de relajación, respiración y estiramiento. De forma que su práctica habitual y diaria, prepare mejor al cuerpo para la batalla de las horas siguientes. Es mejor mover el cuerpo, levantarse, estirarse, tomarse un pequeño respiro. No resulta nada recomendable la ingestión de café en esas pausas, puesto que aún aumenta más las respuestas de ansiedad. Ni tampoco aumentar los tiempos de esos descansos o esos "tiempos fuera", puesto que ello supondría una huida de la situación estresante, y podría ser aún más negativa a la vuelta.

También se ha recomendado la siesta, como una forma de descanso del estrés laboral, siempre que sea corta, entre 1/2 y 1 hora. También los baños relajantes y las

saunas se han empleado en algunas empresas para reducir el estrés de sus ejecutivos, aquí serían más habituales después del trabajo o en la casa. En general, se trata de cualquier estrategia que durante un periodo corto de tiempo relaje el cuerpo y desconecte de las labores cotidianas.

La práctica de algún deporte, o ejercicio físico ligero, fuera del trabajo puede ayudar también a relajar todo el cuerpo, y también las preocupaciones. Se recomienda andar todos los días, correr ligero un par de kilómetros, o algún deporte en grupo. No se trata tampoco de practicar un deporte competitivo, sino por placer. Han de ser ejercicios aeróbicos, no en gimnasio con máquinas de movimiento pasivo (Crew y Landers, 1987). Aunque el deporte puede ser sano para la salud, en general, exige mayor autocontrol y disciplina, incluso más gasto económico. Cuando se trata de combatir el estrés y mejorar la calidad de vida, basta con pequeños cambios diarios como subir escaleras (en vez de ascensor), dejar el coche aparcado lejos de casa o del trabajo, utilizar el autobús diariamente, y también ir andando o en bici al trabajo. También el baile, solo o en pareja, es una buena actividad física, resulta divertida y relaja de otras tensiones diarias.

Otra actividad física que puede realizarse es el yoga o alguna actividad relajante estandarizada, por ejemplo, sauna o masaje. Aunque necesitan tiempo y suponen un coste económico realizarlas todos los días, puede hacerse también en la casa, con música ambiental, utilizando cintas programadas o velas aromáticas. Todo depende de los gustos y experiencias de cada persona. Lo importante de todas estas actividades es conseguir un estado de relajación corporal que neutralice la tensión muscular y cansancio psicológico del día.

Lo que no resulta aconsejable es recurrir al alcohol o drogas para superar esa situación de estrés. Aunque el uso de sustancias pueda tener un primer efecto amortiguador, y subjetivamente al individuo le parezca que maneja mejor la situación, a largo plazo aparece la tolerancia a esa sustancia, y se necesita cada vez más dosis para conseguir manejarla como antes. Y además, en cuanto deja de tomarse aparecen las consecuencias reactivas, denominadas síndrome de abstinencia, que rápidamente invitan a tomar de nuevo esa sustancia, y no tanto para superar la situación de estrés, sino para aliviar las propias reacciones de abstinencia. Por otro lado, sustancias como la nicotina, el café, el té, las bebidas de cola, son excitantes por sí mismas, es decir, aumentan el nivel de ansiedad general del organismo. Si una persona está viviendo una situación de estrés e ingiere habitualmente estas bebidas excitantes o fuma, aún aumentará más esa ansiedad fisiológica. Más aún, cuando una persona deja de fumar y se siente muy nervioso, irritable, inquieto, etc., son reacciones que pueden atribuirse al propio síndrome de abstinencia. En el caso del alcohol, muy utilizado en muchos trabajos como forma de sobrellevar el estrés, tiene el efecto contrario al que se pretende, pues si bien en un primer momento puede desinhibir al individuo, facilitando

sus relaciones sociales o haciendo más benignas una situación de presión, sin embargo, al poco tiempo el alcohol actúa como un depresivo, disminuyendo aún más la capacidad de reacción del individuo. Si a ello se añaden los efectos de adaptación y síndrome de abstinencia, el individuo entra en un círculo de comportamientos problemáticos del que le resultará difícil salir.

Búsqueda de alternativas de respuesta

Las estrategias de respuestas alternativas, especialmente en aquellos trabajos de contacto con el público, se basan en aprender nuevos comportamientos asertivos. Es decir, formas de comunicación que sean más adaptativas, que enfrenten las exigencias de esas otras personas pero desde un punto de vista positivo, manteniendo al mismo tiempo nuestra postura o afirmaciones. Son habilidades que también pueden aprenderse, pero requieren tiempo. Una forma abreviada de practicar esas habilidades es utilizar determinadas frases a manera de muletillas, que permitan siempre dar nuestros argumentos (p.ej., "puede que esté usted en lo cierto, pero...", "lo siento mucho, pero...", "comprendo sus razones, pero..."). Otra habilidad consiste en mantener siempre el contacto ocular con esa otra persona, al tiempo que se mantiene una media sonrisa sin alterarse por las palabras de la otra persona, sólo esperar una ligera pausa para introducir nuestra argumentación. Y desde luego, la habilidad necesaria de saber escuchar, esperar la argumentación del otro, y después hacer una frase resumen o pregunta sobre lo que ha dicho el otro. Es necesario guardar el turno al hablar, esperar que la otra persona termine, interrumpir lo mínimo posible, pero realizar gestos indicativos de la atención que se presta. Tampoco es aconsejable dar consejos, generalmente la otra persona no los pide, y seguro que no va a seguir un consejo directo, ha de llegar a sus propias conclusiones para tomar decisiones o hacer algo para solucionar su problema. Se puede ayudar en ese proceso, pero las instrucciones directas no suelen ser buenos consejos.

También es importante en esas habilidades: saber decir que no. A veces se asume demasiada responsabilidad, o se acarrea la que dejan otros por no saber negarse. En las personas con responsabilidad en una empresa a veces se da el problema de "no saber delegar", intentar abarcar todos los asuntos, estar al tanto de todo y llevarlo todo controlado. Este exceso de control impide una dirección realmente cooperativa y eficaz, pero además produce en esa persona una gran presión y acumulación de tareas que no puede abarcar. Es importante saber delegar, decir que no a determinadas tareas, asignar a otros esa vigilancia, etc. Mientras que en otros trabajadores también suele producirse el asumir el trabajo de otros por no saber negarse, terminar la tarea de otro compañero porque maneja mejor el programa de ordenador, hacer sus tareas porque esa otra persona esta a menudo de baja, o hacerle continuamente favores en el trabajo. Es una habilidad más que ha de aprenderse, saber decir que no, y

no tener remordimientos por ello. Cada persona tiene su parte de responsabilidad, su parte de tarea, y no por asumir la de otros va a ser mejor persona, generalmente esta circunstancia lleva al abuso de otros.

Habría más técnicas y ejemplos en la práctica de esas habilidades sociales, pero dependerían muy estrechamente del tipo de puesto de trabajo, y el tipo de relación entre trabajador-usuario que exigiese la situación. De una forma resumida, una comunicación asertiva debería tener las siguientes características:

1. Ser directa y clara. Utilizando términos precisos y adecuados a lo que se quiere comunicar, evitando malas palabras, insultos o descalificaciones personales.
2. Honesta y sincera. Es decir, exteriorizar los sentimientos en palabras, abiertamente, afirmar con frases como "pienso que..., creo que... me siento como...", etc., implicando una descripción de nuestros sentimientos en un momento dado.
3. Congruente entre conducta verbal y gestual. Se asume una concordancia entre lo que se dice y lo que se piensa, entre lo que se dice y se siente. La discrepancia entre un tipo de comunicación verbal y otro, fallaría en la función de esa comunicación produciendo el efecto contrario.
4. Responsable. Se han de asumir las consecuencias de lo que se dice, comprometerse con lo que se ha dicho, y estar orgulloso de mantener una postura determinada.
5. Positiva. Ha de ser siempre una comunicación en términos positivos, que señale los errores, pero también los aciertos, las formas de mejorar la tarea, etc.
6. Respetuosa con los derechos de los demás. Expresar lo que uno piensa no significa avasallar al otro, insultarlo, ignorarlo, o ironizar sobre su conducta.

Las técnicas basadas en el lenguaje y la forma de pensamiento tratan de cambiar las ideas habituales con que nos enfrentamos a situaciones estresantes, y también la forma en que se interpretan, codifican y analizan las reacciones emocionales que tenemos en esas situaciones. Así, por ejemplo, una interpretación habitual es que los cambios corporales que sentimos (la aceleración del ritmo cardíaco, la falta de aire, el dolor de cabeza) proceden desde nuestro "interior", nos vienen impuestos, y no se puede luchar contra ellos. Este suele ser el caso de aquellas personas que tras una situación de estrés mantenida, o muy intensa, tienen una fuerte taquicardia, les falta el aire (porque tienen hiperventilación), tienen espasmos o rigidez muscular, e interpretan esos cambios corporales como una enfermedad (un ataque al corazón o una trombosis). En realidad tienen un ataque de ansiedad, un ataque de pánico, que les hace creer que se van a desmayar o que se van morir. Un análisis más cuidadoso nos

puede ayudar a verlos como "externos", causados realmente por una situación ajena a nosotros mismos, y por tanto cambiabile. Se puede interpretar esa reacción corporal como una forma de defensa ante una situación dramática, o bien la reacción final tras un periodo largo de tensión emocional. El cuerpo se defiende ante esa amenaza, y la estrategia consiste en eliminar la amenaza, no las reacciones corporales.

Otro cambio de ideas sobre el estrés, que se puede cambiar poco a poco, todos los días, es fijarnos en los momentos en que las emociones son positivas, los pequeños detalles que nos han gustado. Generalmente la persona estresada tiende a fijarse en todo lo negativo, todo aquello que siente como aversivo, y sólo está pendiente de esos acontecimientos negativos. En cambio, durante el día siempre ocurren otros acontecimientos más positivos, otras cosas más agradables, que habitualmente pasan desapercibidas por ese contexto de estrés donde se sitúa la persona con problemas. Cambiar el contexto, el punto de vista, lo que se acentúa, ayuda a relativizar los acontecimientos y ver también los aspectos positivos que le van ocurriendo.

Otro cambio de interpretación es sobre nuestras propias sensaciones y sentimientos de ansiedad. Generalmente, se perciben como muy intensas y negativas. Sin embargo, desde fuera apenas si se observa esa tensión. Excepto en un ataque de ansiedad intenso, las demás personas no se dan cuenta de nuestra ansiedad, sólo son sensaciones subjetivas, pero si nuestra atención se centra sobre ellas, es cuando más aumentan y comienzan a ser importantes al afectar a nuestro comportamiento diario. El cambio de ideas supone percibir las como cambios normales de nuestro organismo, un cierto grado de ansiedad es positivo y puede resultar beneficioso. La ansiedad que se siente no es realmente tan intensa, son cambios normales ante la situación que estamos viviendo, y la atención debe focalizarse sobre la actividad, la conversación o la tarea que se esté realizando en ese momento.

Es importante saber que la ansiedad percibida por los demás no es tanta como la subjetiva que percibimos nosotros; y además, cuando observamos en otros esa ansiedad, no por ello los criticamos, o consideramos menos personas, en general tendemos a relativizarla al contexto donde se está produciendo. Lo mejor es actuar con naturalidad, es normal que se cometan errores, y todo el mundo tiene errores, nadie es perfecto. Es necesario aceptar nuestras reacciones como normales, aceptarnos como somos, y no estar pendientes continuamente del juicio que puedan hacer los demás.

En este mismo cambio de ideas, también es importante hacerse responsable de sus propios actos, tanto de los aciertos como los errores. Si se hace una labor bien, reconocerla a nosotros mismos, no es necesario el aplauso de los compañeros, sino la satisfacción personal. Pero también si se cometen errores, saber reconocer también como nuestros esos fallos, no culpar a otros o buscar en otro sitio las responsabilidades. Es importante analizar qué hemos hecho mal, para mejorarlo en la siguiente

ocasión. Ser congruente con uno mismo, aceptarse imperfecto, reconocer los propios aspectos positivos y los negativos, también es una fuente importante de bienestar psicológico.

Y, un último cambio personal, es buscar una alternativa en el humor. Las respuestas de risa son reflejos humanos que producen una inmediata relajación, de forma que sirve para disminuir las respuestas fisiológicas de estrés, y también para dar una orientación mucho más positiva a las circunstancias diarias o laborales que se viven (Rodríguez-Idígoras, 1998). No se trata, tampoco, de estar haciendo chistes continuamente en el trabajo, y menos burlas sobre defectos de otras personas, sino de buscar el lado humorístico de la situación estresante del momento. En cierto modo, es como "tomarse con filosofía" el estrés del trabajo, o aplicar las leyes de Murphy a todos los desastres del día. Si se intenta, no es difícil encontrar el lado humorístico de cada situación. Por ejemplo, los múltiples chistes de todo tipo de profesionales que circulan por la red pueden ser un buen comienzo. Un protector de pantalla humorístico, puede dar una nota de humor en un momento en que no aparece un informe del día anterior. Una sonrisa y buen humor en el profesional que atiende al público es su mejor presentación de la empresa u organismo donde trabaja.

Estrategias fuera del trabajo

Por último, existe un conjunto de estrategias basadas en "desconectar", en diferenciar el tiempo de trabajo del tiempo de ocio, el trabajo de la familia, y las tareas laborales de las relaciones personales. Aunque, en muchos casos, para la mujer este tipo de "desconexión" sea bastante difícil, puesto que al estrés laboral se añade el estrés familiar. La asunción de roles compartidos en la familia, división de tareas entre todos los miembros de la familia, la utilización del tiempo común de las tareas de la casa, etc., son cambios especialmente necesarios en aquellas familias donde ambos padres trabajan. Al estrés laboral de cada uno, se añade el estrés en las tareas cotidianas y el uso del tiempo común en familia (Pleck, 1985).

Es una idea muy extendida que el descanso supone estar simplemente tumbado (ya se conoce como "tumbing"), cuando ello sólo conlleva una menor actividad y aún menor motivación para cualquier nuevo comportamiento. La inactividad lleva más inactividad. Un cambio cotidiano, poco asumido por los varones, sería realizar las tareas de la casa como una forma de descanso cotidiana, puesto que supone una distracción con una tarea diferente al trabajo cotidiano. La relajación se puede conseguir realizando una tarea que suponga movimiento y que difiera completamente de las ocupaciones habituales del trabajo.

La mejor estrategia es no llevarse el trabajo a casa. En condiciones de estrés, la mezcla de tareas y problemas comunes entre el trabajo y el hogar, acrecienta aún más ese estrés. Es imprescindible decir "no", dejar los papeles, los archivos y el portátil en el trabajo, y descansar realmente el fin de semana. Es un acto simple, pero

puede resultar realmente difícil para una persona que esta en esa situación de prisas, con fechas fijas, con tareas que requieren serenidad para pensar y organizar. Un hábito diario es ponerse plazos u objetivos hasta finalizar el día, o tareas a realizar hasta el viernes, y cuando llegue éste dejarlas donde estén. Acostumbrarse a planificar el trabajo, tener organizados los pasos, y los que no se den hoy se darán el lunes. Si no se comienza con pequeñas renunciadas diarias a un trabajo completo, el estrés no acabará nunca.

De ahí que también sea importante saber tomar decisiones sobre las tareas laborales, establecer prioridades, y ser organizados en esas tareas. El día a día laboral conlleva muchas tareas no planificadas, distracciones continuas en otras tareas, que finalmente ocupan la mayor parte del tiempo de trabajo, dejando de lado la tarea principal. Es necesario, también, decir "no" a todas esas pequeñas distracciones, y establecer una prioridad en una tarea determinada que es la que interesa. Los dietarios, hojas de planificación, o incluso los almanaques, son de gran utilidad para tener siempre presente esas tareas prioritarias, dedicarles su tiempo, y no dejarse llevar por todas las demás tareas "urgentes" que siempre surgen a última hora, antes de salir del trabajo. Por ejemplo, dejar anotadas las tareas pendientes para el día siguiente, o para el lunes; con letra mayúscula las tareas más prioritarias, en otra hoja las llamadas pendientes de realizar, o en el ordenador los correos pendientes de contestar. De esta forma, las tareas estarán organizadas para el lunes siguientes, y será más fácil desconectar el fin de semana.

El tiempo de ocio, en la familia, los fines de semana, puentes y vacaciones son fundamentales para desconectar y disminuir el estrés. Al contrario de lo se piensa en muchas ocasiones, no se trata de "no hacer nada", tumbarse en el sofá a ver la televisión, eso puede producir un mayor cansancio aún, y a muchas personas no le impide pensar en las preocupaciones del trabajo. Las horas de ocio deberían estar llenas de actividades, creativas, diferentes, y preferiblemente también fuera del hogar. Se deben fomentar aficiones manuales en la casa, como bricolaje, aeromodelismo, maquetismo, coleccionismo, pintura, etc., y actividades sociales fuera de ella, por ejemplo, excursiones, senderismo, clubs sociales, grupos de teatro, baile, verdiales o carnavales. También resultan muy interesantes actividades de voluntariado en ONG's, donde la persona puede cambiar completamente de ambiente y además ayuda a otras personas, aumentando su autoestima y calidad personal.

A veces en la familia, la convivencia diaria también es fuente de estrés añadida a la del trabajo. Una práctica muy habitual entre los padres, cuando ambos trabajan, es compensar esa falta de tiempo familiar con regalos a los hijos, no les dedican tiempo. Una estrategia preventiva para la vida familiar y para el estrés laboral es hacer precisamente lo contrario, dedicar todas las horas posibles a esa vida familiar. No se trata sólo de ayudarles a hacer los deberes, sino fomentarles juegos, ver con ellos la TV comentando las noticias, jugar con ellos en la videoconsola, juegos de mesa, grabar

canciones, hacer karaoke, papiroflexia o plantar macetas. Hay un largo etcétera de actividades que se pueden hacer juntos, sólo hay que cambiar el concepto de "tiempo libre", hacia un uso novedoso y diferente de ese tiempo.

Para ello, son necesarios cambios de hábitos de vida, o bien ir introduciendo poco a poco nuevas costumbres, nuevos comportamientos en la vida cotidiana. Así, por ejemplo, practicar un deporte no competitivo, y mejor si es en compañía, como forma de juego, resulta un buen antídoto semanal. También realizar actividades de tiempo libre, bien fuera de la casa, en excursiones, viajes, actividades, etc., o dentro de la casa en forma de aficiones, bricolaje, lectura, música, etc. Todas esas actividades aumentan las perspectivas de objetivos personales, aumentan la propia satisfacción, y básicamente suponen un control cotidiano del estrés que pueda ocurrir en el lugar de trabajo.

Una forma de desconexión, aunque sea temporal, es aprovechar el tiempo de comida que debe suponer una pausa real en el trabajo, una ruptura con las tareas que se llevaban hasta ese momento. Por lo que es recomendable, cambiar de sitio para comer, incluso salir del edificio, un corto paseo y "respirar otro aire" aunque sea durante media hora. Por ejemplo, tomarse el bocadillo dentro de la misma oficina puede ahorrar unos minutos, pero psicológicamente no se desconecta del estrés laboral, y por el contrario es la comida la que también pasa a ser parte de ese estrés. Luego vendrán los problemas digestivos, intestinales, y el mal humor que a la larga serán más perjudiciales. El tiempo de comida debería aprovecharse para interacciones sociales, fomentar las relaciones sociales entre los trabajadores. En este caso, en cuanto a la organización, un lugar con mesas y sillas como en un bar, ayuda a esa desconexión y a fomentar las relaciones sociales; y no tanto los pasillos con máquinas automáticas que se están imponiendo en muchos lugares de trabajo.

Una alternativa importante también en ese tiempo libre, para disminuir el estrés y aumentar la calidad de vida, es fomentar las relaciones sociales con otras personas que no tengan relación con el trabajo, tanto familiares más o menos cercanos, como otros conocidos, amigos, etc. Los contactos con otras personas ayudan a dar una perspectiva más amplia de la vida, conocer otras experiencias, ver otros puntos de vista, y en muchos casos a relativizar ese estrés continuo del trabajo. Lógicamente, eso supone que la persona se integre en esas reuniones, realmente desconecte y disfrute del momento que está viviendo. No sirve de nada, hacer muchos viajes, ir a muchas barbacoas de fin de semana, cuando en las maletas llevamos siempre la preocupación del trabajo.

Un cambio de comportamiento cotidiano importante, en todas las relaciones sociales, es saber reforzar positivamente a los demás, es decir, expresar abiertamente la satisfacción por las cosas positivas de los demás, con sonrisas, halagos, frases cariñosas, pequeños detalles, etc. Y utilizar los mínimos castigos sociales, es decir,

hacer críticas al trabajo realizado no a la persona, hacerlo sólo en el momento oportuno y en privado, proponer formas de solucionar la tarea mal hecha, etc. Cuanto más reforzamiento positivo se utilice, también más se recibirá de otras personas, las relaciones sociales tienden a ser más positivas y con ello la disminución del estrés. El uso diario y constante de castigo social, la crítica continua, destructiva, las críticas personales, los malos modos, las voces, etc., no hacen sino generar una relación social cada vez más negativas, con todo lo que ello supone en la relación laboral y personal. Por ello es importante ser observador de los gustos de los demás, de qué temas suelen hablar, qué es lo que más le gusta del trabajo, qué aficiones tiene, qué música le gusta, qué es lo que le hace sonreír, etc. La utilización cotidiana de reforzamiento positivo consiste en saber utilizar todos esos aspectos positivos para conseguir una relación social más efectiva y fructífera.

En este aspecto, dentro de las relaciones organizacionales se ha recomendado actividades sociales entre los trabajadores, es decir, fiestas, celebraciones, reuniones lúdicas, etc., como forma de disminuir ese estrés laboral y fomentar unas relaciones más positivas entre los trabajadores. Estas actividades pueden ayudar dentro de la propia empresa, pero desde un punto de vista individual, cuando el estrés agobia todos los días, es mejor no tener también ese contacto social con otros compañeros fuera del trabajo, pues aunque se intente esquivar ese estrés, y no se aborden temas laborales, siempre reaparecen y finalmente la comida campestre se vuelve una discusión sobre algún tema del trabajo.

No debe olvidarse que la bondad bien entendida empieza por uno mismo. Un cambio de comportamiento diario, y con grandes beneficios psicológicos, es autorreforzarse por la labor bien hecha, la satisfacción por lo realizado, aunque no sea reconocido por otros. En este caso, conviene mimarse a uno mismo, darse algo positivo cada día. En este sentido, un ejercicio diario consiste en preguntarse al final del día: "¿qué he hecho para mí mismo?, ¿qué alegría o satisfacción he tenido hoy?". Todos los días debe haber al menos una respuesta positiva. No necesariamente han de ser objetos, compras, caprichos, regalos, etc., sino pequeñas satisfacciones de escuchar un disco, tener diez minutos de silencio completo, un baño relajante, un cigarrillo a escondidas, la llamada a ese amigo de la infancia, o el cuponazo. Es un ejercicio obligatorio dedicarse una vez al día algo positivo para sí mismo.

Una reflexión final

Un apunte final, después de todas estas sugerencias, sería llamar la atención sobre la reificación del concepto de "estrés". Se trata de un concepto creado para describir la presión de un medio laboral determinado, y también las distintas reacciones del individuo frente a esa presión. Sin embargo, se está utilizando como "causa" de los

trastornos que sufre el individuo, se está "medicalizando" el trastorno, y el trabajador está asumiendo un papel de "enfermo de estrés". Se corre el riesgo de una patologización excesiva, porque hoy día ya todo es estrés, y se está asumiendo una causalidad que no es tal. Las causas están en las interacciones entre el individuo y esas condiciones externas, y precisamente acentuar el "trastorno psicológico individual" es dejar de lado las causas ambientales que producen esa presión excesiva. El afrontamiento individual del estrés, no debe hacer olvidar que la mejor forma de que no haya estrés es eliminando lo que produce estrés. Es decir, los cambios organizacionales, la infraestructura de trabajo, la flexibilidad de horarios, la ergonomía del puesto de trabajo, la calidad de las relaciones laborales, los roles de autoridad y responsabilidad, los sueldos, los tipos de contratos, la precariedad en el empleo, etc., son todas ellas condiciones que necesariamente se han de modificar para disminuir el estrés del trabajador. En suma, el estrés de la vida moderna no debería hacernos olvidar que es la vida moderna, tal y como la hemos montado, la que produce estrés.

Así pues, un cambio más profundo y permanente, pero también más difícil de realizar, consiste en parar el ritmo cotidiano, dejar un espacio para pensar y reflexionar. Se trata de hacer un paréntesis, pensar realmente en los objetivos del trabajo que se realiza, porqué se realiza, en el ritmo de sus hábitos de vida, en la dirección en que corre... Es muy beneficioso dedicar un espacio de tiempo a la semana para reflexionar sobre uno mismo: "¿qué estoy haciendo?, ¿cómo llevo mi vida?, ¿qué quiero hacer realmente?, ¿cómo me sentiría mejor?", y así unas cuantas preguntas fundamentales que plantearse a uno mismo, y tratar de encontrar alguna respuesta propia. En suma, una reflexión más profunda, pero necesaria para poder dominar eso que algunos han denominado el "tren del estrés", y que no sea éste quien nos atropelle.

RESUMEN

Lo que habitualmente conocemos como "estrés" es una respuesta defensiva del organismo en su adaptación al entorno. Puede ser una respuesta defensiva frente a un peligro real, pero también frente a peligros esperados o no reales. El estrés no puede eliminarse, es parte de nuestra vida. Pero puede ser positivo, si se controlan las circunstancias y variables que llevan a ese estrés. Algunos autores hablan de un "grado óptimo" de estrés en cuanto que sería necesario para muchas actividades, mejora la ejecución y aumenta el rendimiento en determinadas tareas.. Pero un estrés mantenido largo tiempo o con alta intensidad, ya resulta perjudicial para el individuo; y en esos casos, el rendimiento es peor, y todo el comportamiento se ve afectado.

Se han detectado múltiples causas (organizacionales, ambientales, fisiológicas, de aprendizaje, del entorno inmediato, etc.) que aumentan ese estrés y hacen que el individuo sufra por ello, y toda su vida personal, familiar y laboral se vea afectada. También se han ideado varias formas de prevención y tratamiento psicológicos que enfatizan el aprendizaje de determinadas técnicas conductuales o cognitivo-conductuales para enfrentarse a niveles altos de estrés. No vamos a insistir aquí en esas causas, ni en esas formas de tratamiento, que ya se han abordado en otros momentos de estas jornadas. Vamos a describir aquí aquellas técnicas más cercanas, más cotidianas, que se pueden aplicar desde hoy mismo, y no requieren una gran dedicación u horas de tratamiento. Se trata de pequeñas estrategias habituales, basadas en cambios ambientales y del contexto diario, con las que afrontar mejor ese malestar continuo, ese cansancio, agotamiento, malhumor, agresividad, etc., que caracteriza un comportamiento estresado.

Aquí abordaremos, pues, estrategias derivadas de las técnicas de tratamiento habituales para el estrés, pero adaptadas al contexto diario de trabajo donde se producen. Ello no elimina la necesidad de tratamientos más estructurados, e incluso tratamientos psicológicos individuales cuando la gravedad del problema lo requiera. De esta forma, nos centraremos en una perspectiva individual sobre cómo afrontar mejor esas situaciones estresantes, con consejos directos y pequeños cambios en nuestros hábitos diarios que permitirían. Podemos estructurar esos consejos en función del tipo de respuestas requeridas para enfrentarse a situaciones estresantes, es decir: (1) estrategias para afrontar las respuestas fisiológicas y emocionales, que aumentan rápidamente con el estrés; (2) estrategias para tener comportamientos alternativos, que

disminuyan ese estrés en las relaciones diarias; y (3) estrategias basadas en el lenguaje, en el cambio de ideas y pensamientos asociados a esas situaciones estresantes. Por último, se tratarán también otros cambios en la vida diaria, fuera del trabajo, que ayudarán en gran manera a mantener la serenidad, la perspectiva y la salud psicológica en general.

En una reacción de estrés aumenta el ritmo cardíaco, la presión arterial, la tensión muscular y también la tasa respiratoria. La relajación sería la técnica más indicada, pero requiere un aprendizaje y bastante práctica. Una técnica más inmediata, derivada de ella, sería la respiración torácica lenta. Una inspiración lenta por la nariz, ligera retención del aire y expiración lenta por la boca. Este fácil ejercicio, practicado varias veces ayuda rápidamente a disminuir esas reacciones corporales. También los ejercicios de estiramiento, que se pueden practicar sentados o de pie, ayuda a relajar los músculos que habitualmente se contraen en una situación continuada de estrés.

Cuando la situación de estrés aparece ya como un episodio emocional fuerte, es decir, se está a punto de estallar, se siente ira, agresividad, "un ataque de nervios", junto con esa respiración lenta, también se puede practicar un ejercicio de dilación de las emociones, apartándose de la situación y contando números hacia atrás. Después de varios segundos es menos probable el ataque de ira o agresividad. Otra técnica en estos casos, consiste en darse un "tiempo fuera" de cinco minutos, saliendo completamente de la situación, a otra habitación, al pasillo, o cuarto de baño, y practicar allí la relajación y respiración lenta.

Las estrategias de respuestas alternativas, especialmente en aquellos trabajos de contacto con el público, se basan en aprender nuevos comportamientos asertivos. Es decir, formas de comunicación que sean más adaptativas, que enfrenten las exigencias de esas otras personas pero desde un punto de vista positivo, pero al mismo tiempo manteniendo nuestra postura o afirmaciones. Son habilidades que también pueden aprenderse, pero requieren tiempo. Se explicarán algunas técnicas resumidas, utilizando frases determinadas, técnica de escucha activa, contacto ocular y reforzamiento social.

Las técnicas basadas en el lenguaje y la forma de pensamiento tratan de cambiar las ideas habituales con que nos enfrentamos a situaciones estresantes, y también la forma en que se interpretan, codifican y analizan las reacciones emocionales que tenemos en esas situaciones. Así, por ejemplo, una interpretación habitual es que los cambios corporales que sentimos (la aceleración del ritmo cardíaco, la falta de aire, el dolor de cabeza) proceden desde nuestro "interior", nos vienen impuestos, y no se puede luchar contra ellos. Un análisis más cuidadoso nos puede ayudar a verlos como "externos", causados realmente por una situación ajena a nosotros mismos, y por tanto cambiabile. Otro cambio de ideas sobre el estrés, que se puede cambiar poco a poco, todos los días, es fijarnos en los momentos en que las emociones son positivas, los

pequeños detalles que nos han gustado. Cambiar el contexto, el punto de vista, lo que se acentúa, ayuda a relativizar los acontecimientos y ver también los aspectos positivos que le van ocurriendo.

Por último, existe un conjunto de estrategias basadas en "desconectar", en diferenciar el tiempo de trabajo del tiempo de ocio, el trabajo de la familia, y las tareas laborales de las relaciones personales. Para ello, son necesarios cambios de hábitos de vida, o bien ir introduciendo poco a poco nuevas costumbres, nuevos comportamientos en la vida cotidiana. Así, por ejemplo, practicar un deporte no competitivo, y mejor si es en compañía, como forma de juego, resulta un buen antídoto semanal. También realizar actividades de tiempo libre, bien fuera de la casa, en excursiones, viajes, actividades, etc., o dentro de la casa en forma de aficiones, bricolaje, lectura, música, etc. Todas esas actividades aumentan las perspectivas de objetivos personales, aumentan la propia satisfacción, y básicamente suponen un control cotidiano del estrés que pueda ocurrir en el lugar de trabajo.

Un cambio más profundo y permanente, pero también más difícil de realizar, consiste en parar el ritmo cotidiano, dejar un espacio para pensar y reflexionar. Se trata de hacer un paréntesis, pensar realmente en los objetivos del trabajo que se realiza, porqué se realiza, en el ritmo de sus hábitos de vida, en la dirección en que corre... En suma, una reflexión más profunda, pero necesaria para poder dominar eso que algunos han llamado "el tren del estrés", y que no sea éste quien nos atropelle.

Bibliografía

- Comisión Europea (2000), *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.
- Cox, T., y Rial-González, E. (2000). *El estrés laboral: panorámica europea*. Nottingham: Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones.
- Crews, D.J., y Landers, D.M. (1987). A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19, 5, 114-120.
- Everly, G.S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1996). *Las condiciones de trabajo en la Unión Europea*. Luxemburgo: Servicio Publicaciones UE.
- Hackman, J.R., y Oldman, G.R. (1980). *Work redesign*. Massachussets: Addison-Wesley.

- Keenan, K. (1999). *Combatir el estrés*. Barcelona: Bestselia S.A.
- Labrador, F.J. (1996). *El Estrés. Nuevas Técnicas para su control*. Madrid: Grupo Correo de Comunicación.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A., y Muñoz, M. (1995). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J., y Crespo, M. (1993). *Estrés, trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lichstein, K.L. (1988). *Clinical relaxation strategies*. New York: Wiley.
- Megaw, E.D. y Bellamy, L.J. (1983). Illumination at work. En D.J. Osborne y M.M. Gruneberg. *The physical environment at work*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Murphy, L.R. (1988). Workplace intervention for stress reduction and prevention. En C.L. Cooper y R. Payne (eds.) *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester; John Wiley & Sons, pp. 301-342.
- Peiró, J.M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J.M. y Ramos, J. (1994). *Intervención psicosocial en las organizaciones*. Barcelona: PPU.
- Peiró, J.M. y Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Pleck, J.H. (1985). *Working wives/working husband*. Beverly Hills: SAGE.
- Ramos, J., Montalbán, F.M., y Bravo, M. (1997). Estrés en las organizaciones: concepto, consecuencias y control. En M.I. Hombrados (comp.). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro.
- Rodríguez-Idígoras (1998). *El valor terapéutico del humor*. Bilbao: Desclée de Brower.

