

5

Directores del capítulo
Joseph J. Hurrell
Lawrence R. Murphy
Steven L. Sauter
Lennart Levi

Sumario

Trabajo y salud mental
Irene L.D. Houtman y Michiel A.J. Kompier 5.2

Psicosis relacionadas con el trabajo
Craig Stenberg, Judith Holder y Krishna Tallur 5.5

ESTADO DE ANIMO Y AFECTO

Depresión
Jay Lasser y Jeffrey P. Kahn. 5.10

Ansiedad relacionada con el trabajo
Randal D. Beaton. 5.12

Trastorno por estrés postraumático y su relación con la salud laboral y la prevención de lesiones
Mark Braverman 5.13

El estrés y el agotamiento, y sus implicaciones en el medio ambiente de trabajo
Herbert J. Freudenberger 5.17

Trastornos cognitivos
Catherine A. Heaney 5.19

Karoshi: muerte por exceso de trabajo
Takashi Haratani 5.20

● TRABAJO Y SALUD MENTAL

*Irene L.D. Houtman y
Michiel A.J. Kompier*

En este capítulo se revisan los tipos principales de trastornos de la salud mental que pueden asociarse al trabajo: los trastornos del estado de ánimo y del afecto (p. ej., insatisfacción), el agotamiento, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), las psicosis, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas. Se definirán el cuadro clínico, las técnicas de evaluación disponibles, los agentes y factores etiológicos y las medidas específicas de prevención y tratamiento de cada uno. Siempre que sea posible, se ilustrarán y comentarán sus relaciones con el trabajo, la profesión o el sector industrial.

En este artículo de introducción se ofrecerá una perspectiva general sobre la propia salud mental profesional. Se abordará el concepto de salud mental y se presentará un modelo. A continuación, se comentarán la necesidad de prestar atención a la (mala) salud mental y cuáles son los grupos profesionales que corren mayor riesgo. Por último, presentaremos un marco de intervención general para tratar con éxito los problemas de salud mental relacionados con el entorno laboral.

¿Qué es la salud mental?: un modelo conceptual

Hay muchas opiniones acerca de los componentes y procesos de la salud mental. Es un concepto muy cargado de valor, y no es probable que se llegue a una definición unánime de él. Al igual que el concepto, fuertemente asociado, de “estrés”, la salud mental se define como:

- un *estado*: por ejemplo, un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (p. ej., placer, satisfacción y comodidad) o negativos (p. ej., ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción);
- un *proceso* indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental);

- el *resultado* de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático, o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso. Es lo que ocurre en el agotamiento, así como en las psicosis, los trastornos depresivos mayores, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas. No obstante, estos dos últimos se consideran a menudo problemas neurológicos, puesto que pueden existir procesos fisiopatológicos (p. ej., degeneración de las vainas de mielina) debidos a un afrontamiento ineficaz o al propio factor estresante (consumo de alcohol o exposición profesional a disolventes, respectivamente) subyacentes a ellos.

La salud mental puede asociarse también a:

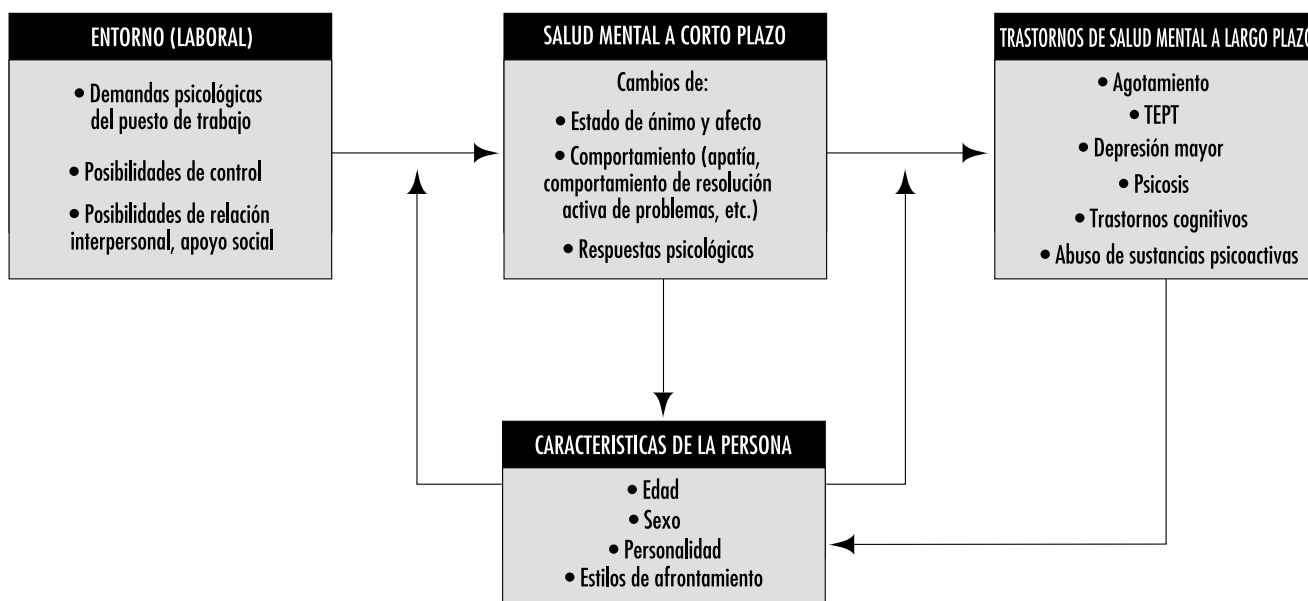
- *Características de la persona* como los “estilos de afrontamiento”: la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos.

Así pues, la salud mental se conceptualiza no sólo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

La Figura 5.1 presenta un modelo de salud mental. Esta viene determinada por las características del entorno, tanto fuera como dentro del campo profesional, y por las características propias del individuo. Las características del entorno profesional más importantes se tratan con detalle en el capítulo sobre Factores psicosociales y organizativos, pero aquí comentaremos también algunos aspectos de estos precursores de la (mala) salud mental.

Existen muchos modelos, casi todos ellos procedentes del campo de la psicología laboral y organizativa, que permiten identificar a los precursores de la mala salud mental. Estos precursores reciben a menudo el nombre de “factores estresantes”. Los modelos difieren en su ámbito y, en relación

Figura 5.1 • Un modelo para la salud mental.



con ello, en el número de dimensiones estresantes identificadas. Un modelo relativamente simple es el de Karasek (Karasek y Theorell 1990), que describe sólo tres dimensiones: demandas psicológicas, amplitud del margen de toma de decisiones (que abarca la discreción respecto al uso de las destrezas y la autoridad de decisión) y el apoyo social. El modelo de Warr (1984) es más elaborado y posee nueve dimensiones: oportunidad de control (autoridad de decisión), posibilidad para el uso de habilidades (discreción respecto al uso de las destrezas), objetivos generados externamente, (demandas cuantitativas y cualitativas), variedad, claridad ambiental (información acerca de las consecuencias del comportamiento, disponibilidad de retroinformación, información sobre el futuro, información sobre el comportamiento exigido), disponibilidad de dinero, seguridad física (escaso riesgo físico, ausencia de peligro), posibilidad de contacto interpersonal (requisito previo para el apoyo social) y posición social valorada (valoración de la posición social desde las perspectivas cultural y por terceros, evaluaciones personales de la importancia). De lo expuesto se deduce que los precursores de la (mala) salud mental son, en general, de carácter psicosocial y guardan relación con el contenido del trabajo, así como con las condiciones de trabajo y de empleo y con las relaciones (formales e informales) en el trabajo.

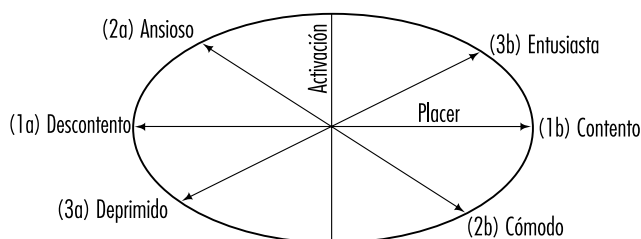
Los factores de riesgo ambientales de la (mala) salud mental suelen provocar efectos a corto plazo, como cambios del estado de ánimo y del afecto del tipo de sentimientos de placer o entusiasmo o un estado de ánimo depresivo. Estos cambios van acompañados a menudo de cambios de comportamiento. Pensemos en la inquietud, en el afrontamiento paliativo (p. ej., el consumo de alcohol) o en la evitación, así como en los comportamientos de resolución activa de problemas. Estos afectos y comportamientos también van acompañados generalmente de cambios psicológicos, que indican un estado de alerta y, a veces, también una alteración de la homeostasia. Cuando uno o más de estos factores estresantes se mantiene activo, las respuestas reversibles a corto plazo pueden originar modificaciones más estables y menos reversibles de la salud mental, como el agotamiento, las psicosis o un trastorno depresivo mayor. Las situaciones sumamente amenazadoras pueden causar, incluso de forma inmediata, un trastorno mental crónico (p. ej., TPET), difícil de contrarrestar.

Las características de la persona pueden interactuar con factores psicosociales de riesgo en el trabajo y exacerbar o amortiguar sus efectos. La capacidad (percibida) de afrontamiento puede no sólo moderar o mediar los efectos de los factores de riesgo ambientales, sino también determinar la evaluación por el individuo de dichos factores. Parte del efecto de éstos en la salud mental se debe a este proceso de evaluación.

Las características de la persona (p. ej., su forma física) no solamente pueden actuar como precursores en el desarrollo de la salud mental, sino también cambiar como consecuencia de los efectos. Así, la capacidad de afrontamiento puede, por ejemplo, aumentar a medida que el proceso de afrontamiento progresa con éxito ("aprendizaje"). Por otra parte, los problemas de salud mental prolongados a menudo reducirán a la larga esa capacidad de afrontamiento.

En la investigación sobre salud mental en el trabajo se ha prestado atención especial al bienestar afectivo: factores como la satisfacción en el trabajo, los estados de ánimo depresivos y la ansiedad. Los trastornos mentales más crónicos, secundarios a la exposición prolongada a factores estresantes y relacionados también, en mayor o menor medida, con trastornos de la personalidad, tienen una prevalencia mucho menor en la población activa. Estos problemas mentales crónicos tienen múltiples

Figura 5.2 • Los tres ejes principales para determinar el bienestar afectivo.



Fuente: Warr 1994.

factores causales. En consecuencia, la responsabilidad de los factores de estrés profesionales será sólo parcial. También sucede que las personas con esos problemas crónicos tendrán grandes dificultades para conservar su empleo, y muchas de ellas están de baja o han abandonado su trabajo durante períodos muy largos (1 año), o incluso de forma permanente. Por tanto, estos problemas crónicos suelen estudiarse desde una perspectiva clínica.

Puesto que los estados de ánimo y los afectos se estudian con tanta frecuencia en el campo profesional, los trataremos con mayor detalle. El bienestar afectivo se ha considerado tanto de forma bastante indiferenciada (distinguiendo sólo entre sentirse bien y sentirse mal) como teniendo en cuenta dos dimensiones, "placer" y "activación" (Figura 5.2). Cuando las variaciones de la activación no guardan relación con el placer, no se consideran por lo general un indicador del bienestar. Sin embargo, cuando existe relación entre activación y placer, pueden distinguirse cuatro cuadrantes:

1. Gran activación y placer indican entusiasmo.
2. Baja activación y placer indican comodidad.
3. Gran activación y desagrado indican ansiedad.
4. Baja activación y desagrado indican estado de ánimo depresivo (Warr 1994).

El bienestar puede estudiarse a dos niveles: un nivel general sin contexto y un nivel específico de contexto. El medio ambiente de trabajo es uno de tales contextos específicos. Los análisis de datos respaldan la idea general de que la relación existente entre las características del puesto de trabajo y la salud mental no laboral sin contexto está mediada por un efecto sobre la salud mental relacionada con el trabajo. El bienestar afectivo relacionado con el trabajo se ha estudiado habitualmente a lo largo del eje horizontal (Figura 5.2), en términos de satisfacción en el puesto de trabajo. Sin embargo, los afectos relacionados con la comodidad, en particular han sido, ignorados en gran medida, algo lamentable teniendo en cuenta que este afecto puede indicar resignación con el trabajo: es posible que las personas no se quejen de él, pero puedan mostrarse apáticas y desinteresadas (Warr 1994).

¿Por qué hay que prestar atención a los problemas de salud mental?

Son varios los motivos que demuestran la necesidad de prestar atención a los problemas de salud mental. En primer lugar, las estadísticas de varios países indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental. Así,

en los Países Bajos, por ejemplo, los problemas de la tercera parte de los trabajadores diagnosticados cada año de incapacidad laboral están relacionados con la salud mental. La mayor parte de los de este grupo, el 58 %, se consideran relacionados con el trabajo (Gründemann, Nijboer y Schellart 1991). Junto con los problemas musculoesqueléticos, los de la salud mental son responsables de alrededor de dos terceras partes de todas las bajas anuales de causa médica.

La mala salud mental es también un problema de envergadura en otros países. Según el *Health and Safety Executive Booklet*, se ha calculado que entre el 30 y el 40 % del absentismo por enfermedad en el Reino Unido puede atribuirse a alguna forma de enfermedad mental (Ross 1989; O'Leary 1993). En ese país, se ha calculado que uno de cada cinco miembros de la población activa sufre cada año alguna forma de enfermedad mental. Resulta difícil precisar el número de días de trabajo perdidos cada año por esta causa. En el Reino Unido, se acepta una cifra de 90 millones de días de baja certificada, es decir, 30 veces la cantidad perdida por conflictos sindicales (O'Leary 1993). Puede compararse con los 8 millones de jornadas perdidas por alcoholismo y enfermedades relacionadas con el alcohol y con los 35 millones de jornadas perdidas por cardiopatía coronaria o accidente cerebrovascular.

Además de resultar costosa, en términos tanto humanos como económicos, la salud mental tiene un marco legal en la Unión

Europea (UE), su directiva sobre salud y seguridad en el trabajo (89/391/EEC), que entró en vigor en 1993. Aunque la salud mental no constituye el núcleo fundamental de la directiva, en su artículo 6 se presta cierta atención a este aspecto de la salud. La directiva marco señala, entre otras cosas, que la empresa tiene el deber de:

[adoptar] las medidas necesarias para la protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores [en todos los aspectos relacionados con el trabajo], con arreglo a los siguientes principios generales de prevención: evitar los riesgos; evaluar los riesgos que no se puedan evitar; combatir los riesgos en su origen; adoptar 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 de trabajo y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y el trabajo repetitivo y a reducir los efectos de los mismos en la salud.

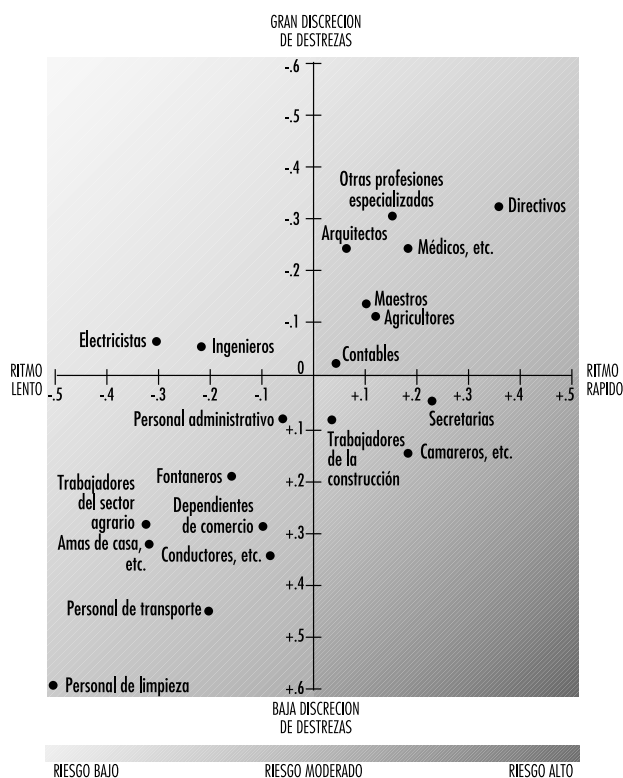
Pese a esta Directiva, no todos los países europeos cuentan con un marco legislativo sobre salud y seguridad. En un estudio comparativo de normativas, políticas y prácticas referentes a la salud mental y al estrés profesional en cinco países europeos, los que disponen de leyes marco (Suecia, Países Bajos y Reino Unido) reconocen que los problemas de salud mental en el trabajo son temas importantes para la salud y la seguridad, mientras que los que carecen de tal legislación (Francia, Alemania) no consideran importantes los problemas de salud mental (Kompier y cols. 1994).

Por último, pero no por ello menos importante, la prevención de la mala salud mental (en su origen) es rentable. Son muchos los indicios de que los programas preventivos producen beneficios importantes. Por ejemplo, del total de empresas de una muestra nacional representativa de tres grandes ramas de la industria, el 69 % afirmaron que la motivación aumentó, el 60 %, que el absentismo por enfermedad disminuyó, el 49 % que el ambiente laboral mejoró y el 40 % que la productividad se incrementó a consecuencia de un programa de prevención (Houtman y cols. 1995).

Grupos profesionales con riesgo para la salud mental

¿Existen grupos específicos de la población activa con riesgo de sufrir problemas de salud mental? La respuesta a esta pregunta no es sencilla, pues apenas existen sistemas de vigilancia internacionales o nacionales que permitan identificar los factores de riesgo, las consecuencias para la salud mental o los grupos de riesgo. Sólo puede darse un "gráfico de dispersión". En algunos países se dispone de datos sobre la distribución de los grupos profesionales en lo que concierne a los principales factores de riesgo (p. ej., para los Países Bajos, Houtman y Kompier 1995; para Estados Unidos, Karasek y Theorell 1990). La distribución de los grupos profesionales en los Países Bajos en las dimensiones de las demandas del puesto de trabajo y la discreción respecto al uso de las destrezas (Figura 5.3) coincide bastante bien con la distribución de Estados Unidos presentada por Karasek y Theorell, para los grupos que se encuentran en ambas muestras. En las profesiones con elevados ritmos de trabajo y/o baja discreción respecto al uso de las destrezas, el riesgo de trastorno mental es máximo. Al mismo tiempo, en algunos países se dispone de datos sobre resultados de salud mental en relación con grupos profesionales. Los que parecen especialmente proclives a abandonar por motivos de salud mental en los Países Bajos pertenecen al sector servicios, como el personal sanitario y los maestros, así como los empleados de la limpieza, amas de casa y trabajadores del transporte (Gründemann, Nijboer y Schellart 1991).

Figura 5.3 • Riesgo de estrés y mala salud mental en diferentes grupos profesionales, determinados por los efectos combinados del ritmo de trabajo y la discreción respecto al uso de las destrezas.



Se ha hecho una transformación Z de las puntuaciones de los dos ejes, que da 0 para la media del conjunto de la población activa de los Países Bajos. Las puntuaciones del 95 % de esta población se hallan entre los límites de -1 a +1. Cuanto mayor es el riesgo de estrés, mayor es el riesgo de mala salud mental.

Fuente: Houtman y Kompier 1995.

Tabla 5.1 • Resumen esquemático de las estrategias de gestión de los problemas de salud mental, con algunos ejemplos.

Tipo de prevención	Nivel de intervención	
	Medio ambiente de trabajo	Características de la persona y/o repercusión en la salud
Primaria	Rediseño del contenido de tareas Rediseño de la estructura de comunicación	Formación de grupos de trabajadores para identificación y manejo de problemas específicos relacionados con el trabajo (p. ej., actitudes ante premuras de tiempo, robos, etc.)
Secundaria	Introducción de políticas sobre medidas en caso de absentismo (p. ej., formación de supervisores para comentar la ausencia y el regreso con el trabajador implicado) Prestación de servicios de empresa, sobre todo para grupos de riesgo (p. ej., asesor en caso de acoso sexual)	Formación en técnicas de relajación
Terciaria	Adaptación del puesto de trabajo individual	Asesoramiento individual Tratamiento o terapia individual (también con medicación)

En Estados Unidos, las profesiones más propensas al trastorno depresivo mayor, diagnosticado mediante sistemas de codificación normalizados (es decir, la tercera edición de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM III)) (American Psychiatric Association 1980), son los empleados judiciales y administrativos y los maestros (Eaton y cols. 1990).

Actitud ante los problemas de salud mental

El modelo conceptual (Figura 5.1) sugiere al menos dos objetivos de la intervención en los problemas de salud mental:

1. El medio ambiente (de trabajo).
2. La persona, ya sean sus características o las consecuencias en la salud mental.

La prevención primaria, el tiempo de intervención que debe evitar que se produzca la enfermedad mental, debe orientarse hacia los precursores, eliminando o reduciendo los riesgos del entorno y favoreciendo la capacidad de afrontamiento y otras capacidades del individuo. La prevención secundaria se orienta hacia el mantenimiento de la población activa que ya padece algún tipo de problema de salud (mental). Este tipo de prevención debería abarcar la estrategia de prevención primaria, asociada a estrategias encaminadas a que tanto los trabajadores como sus supervisores puedan reconocer precozmente los signos de la mala salud mental, a fin de reducir sus consecuencias o impedir que empeoren. La prevención terciaria va dirigida a la rehabilitación de las personas que han dejado de trabajar por problemas de salud mental. Este tipo de prevención debe dirigirse a la adaptación de los puestos de trabajo a las posibilidades del individuo (lo que a menudo resulta sumamente eficaz), junto con el asesoramiento y tratamiento individuales. La Tabla 5.1 ofrece un marco sistemático sobre la conducta a seguir ante los trastornos mentales en el lugar de trabajo. En principio, todo plan preventivo eficaz debe tomar en consideración los tres tipos de estrategia (prevención primaria, secundaria y terciaria), así como los riesgos, las consecuencias y las características de las personas.

La pauta presentada proporciona un método útil para el análisis sistemático de todas las medidas posibles. Puede discutirse si una medida determinada podría pertenecer a otra categoría de la pauta, pero esta discusión sería un tanto inútil, ya que a menudo sucede que una medida de prevención primaria funciona también como prevención secundaria. El análisis sistemático propuesto puede muy bien producir un gran número de medidas potenciales, de las que pueden adoptarse varias, bien

como parte de una política general (de salud y seguridad) o para un caso específico.

En conclusión, aunque la salud mental no es un estado, proceso o resultado claramente definido, cubre un campo generalmente aceptado de la (mala) salud. Parte de este campo puede ser abarcado por los criterios diagnósticos generalmente aceptados (p. ej., psicosis, trastorno depresivo mayor), pero el carácter diagnóstico de otras partes no está claro ni goza de aceptación general. Son ejemplos de estas últimas los estados de ánimo y los afectos, así como el agotamiento. Pese a todo, existen numerosos indicios de que la (mala) salud mental, incluidos los criterios diagnósticos más vagos, es un problema importante que tiene un elevado coste, tanto humano como económico. En los artículos siguientes de este capítulo, se tratarán varios trastornos de la salud mental —los estados de ánimo y los afectos (p. ej., insatisfacción), el agotamiento, el trastorno por estrés posttraumático, las psicosis, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas— con mayor profundidad en lo que se refiere al cuadro clínico, las técnicas de evaluación existentes, los factores y agentes etiológicos y las medidas específicas de prevención y tratamiento.

PSICOSIS RELACIONADAS CON EL TRABAJO

Craig Stenberg, Judith Holder
y Krishna Tallur

Psicosis es un término general empleado con frecuencia para describir una alteración grave de la función mental. En general, esta deficiencia es tan importante que el individuo es incapaz de realizar las actividades de la vida cotidiana, incluyendo la mayor parte de las actividades laborales. De modo más formal, Yodofsky, Hales y Ferguson (1991) definen la psicosis como:

Un trastorno mental mayor de origen orgánico o emocional en el que la capacidad de la persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y comportarse correctamente está lo bastante alterada para causar un menoscabo manifiesto de la capacidad para satisfacer las demandas habituales de la vida. [Los síntomas se] caracterizan a menudo por un comportamiento regresivo, un estado de ánimo inadecuado, un menor

control de los impulsos y un contexto mental anormal, como ideas delirantes y alucinaciones. [p. 618].

Los trastornos psicóticos son comparativamente poco frecuentes en la población general. Su incidencia en el lugar de trabajo es aún menor, probablemente porque muchas de las personas que acaban siendo psicóticas tienen a menudo problemas para conservar un empleo estable (Jorgensen 1987). Ahora bien, su frecuencia real es difícil de calcular. No obstante, se ha sugerido que la prevalencia de las psicosis (p. ej., de la esquizofrenia) en la población general sería inferior al 1 % (Bentall 1990; Eysenck 1982). Las personas que sufren activamente un estado psicótico suelen tener graves dificultades para el desempeño normal de un trabajo y otros aspectos de su vida. A veces, los sujetos con psicosis agudas muestran comportamientos atractivos, sugestivos e incluso humorísticos. Así, algunos individuos con trastorno bipolar se muestran llenos de energía y con grandes planes o ideas cuando entran en la fase maníaca. No obstante, en la mayor parte de los casos las psicosis se asocian a comportamientos que despiertan reacciones de incomodidad, ansiedad, ira o miedo en los compañeros de trabajo, los supervisores y otros.

En este artículo se ofrecerá primero una panorámica de los distintos procesos neurológicos y estados mentales en los que pueden producirse psicosis. A continuación, se revisarán los factores profesionales potencialmente asociados al desarrollo de psicosis. Por último, se resumirán los enfoques terapéuticos orientados tanto al tratamiento del trabajador psicótico como a la conducta a seguir en el entorno de trabajo (p. ej., tratamiento médico, procedimientos de alta para la reincorporación al trabajo, adaptación del puesto de trabajo y consultas con supervisores y compañeros).

Procesos neurológicos y estados mentales en los que aparecen las psicosis

Las psicosis pueden manifestarse como parte de distintas categorías diagnósticas identificadas en la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV) (American Psychiatric Association 1994). En la actualidad, no hay todavía un conjunto diagnóstico uniformemente aceptado. A continuación se indican los procesos médicos en los que se admite que surgen las psicosis.

Enfermedades sistémicas y neurológicas

La sintomatología delirante puede estar causada por distintos trastornos neurológicos que afectan al sistema límbico o a los ganglios basales, mientras el funcionamiento de la corteza cerebral permanece intacto. Las crisis convulsivas parciales complejas van precedidas a menudo de alucinaciones olfatorias de olores peculiares. A un observador externo puede parecerle que la persona con esta actividad convulsiva está simplemente con la vista perdida o soñando despierta. Las neoplasias cerebrales, sobre todo de las regiones temporal y occipital, pueden causar alucinaciones. También los trastornos que producen delirio, como las enfermedades de Parkinson, Huntington, Alzheimer y Pick, pueden alterar el estado de conciencia. Existen asimismo varias enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis terciaria y el SIDA, que pueden dar lugar a psicosis. Por último, ciertas deficiencias de nutrientes, como las de B-12, niacina, ácido fólico y tiamina, se asocian a la posibilidad de causar problemas neurológicos capaces de originar psicosis.

En varios procesos sistémicos también se producen síntomas psicóticos, como alucinaciones e ideas delirantes. Entre ellos se encuentran la encefalopatía hepática, la cetoacidosis diabética y la disfunción endocrina (suprarrenales, tiroides, paratiroides e

hipófisis). Se ha demostrado igualmente que la privación sensorial y de sueño causa psicosis.

Estados mentales

La esquizofrenia es probablemente el mejor conocido de los trastornos psicóticos. Se trata de una enfermedad que causa un deterioro progresivo y que suele tener un comienzo insidioso. Se han identificado varias subcategorías específicas, que comprenden los tipos paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual. Las personas con este trastorno tienen a menudo historias laborales limitadas y no suelen formar parte de la población activa una vez desarrollada la enfermedad. Tienen frecuentes alteraciones profesionales y pierden el interés o el deseo de trabajar. Salvo en empleos de muy escasa complejidad, suele ser muy difícil que conserven su puesto de trabajo.

El trastorno esquizofreniforme es similar a la esquizofrenia, pero sus episodios son de duración breve, en general inferior a seis meses. El funcionamiento social y profesional previo de las personas que sufren este trastorno suele haber sido bueno y, cuando los síntomas ceden, recuperan su rendimiento anterior. En consecuencia, el impacto profesional de este trastorno puede ser notablemente inferior al de la esquizofrenia.

El trastorno esquizoafectivo tiene también mejor pronóstico que la esquizofrenia, aunque peor que el de los trastornos afectivos. La alteración profesional es muy frecuente en este grupo de pacientes. A veces, las psicosis aparecen en los trastornos afectivos mayores. Con el tratamiento adecuado, el funcionamiento laboral de los trabajadores con trastornos afectivos mayores es por lo general mucho mejor que el de los que tienen esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos.

Ciertos factores estresantes, como la pérdida del empleo o la muerte de un ser querido, pueden causar psicosis reactivas breves. Parece probable que este trastorno psicótico sea más frecuente en el medio laboral que otras psicosis, sobre todo cuando se asocian a características esquizoides, esquizotípicas o limítrofes.

Parece probable que los trastornos delirantes sean relativamente frecuentes en el entorno de trabajo. El sujeto afectado por el tipo erotomaniaco cree típicamente ser amado por otra persona, en general de situación social más alta. A veces, acosa a esa persona con llamadas telefónicas, cartas o incluso espionaje. Muchas de estas personas desempeñan empleos modestos, viven aislados y retirados y tienen contactos sociales y sexuales limitados. El trastorno de tipo grandioso suele asociarse a ideas delirantes de valor, poder, conocimientos o relaciones de alto nivel, o de relación especial con una deidad o algún famoso. El tipo celoso cree erróneamente que su pareja sexual le es infiel. El tipo persecutorio cree que él mismo (o alguien próximo a él) está siendo engañado, acosado, perseguido o maltratado de alguna otra forma. Estas personas suelen sentirse resentidas y furiosas, y pueden recurrir a la violencia contra aquellos a los que consideran sus enemigos. Rara vez desean buscar ayuda, pues no creen que les ocurra nada. Los tipos somáticos desarrollan la idea, pese a cualquier prueba en contrario, de que sufren una enfermedad infecciosa. También pueden creer que están desfigurados, o preocuparse obsesivamente por un mal olor corporal. Estos trabajadores con ideas delirantes causan con frecuencia problemas laborales.

Factores químicos relacionados con el trabajo

Se sabe que ciertas sustancias químicas, como el mercurio, el disulfuro de carbono, el tolueno, el arsénico y el plomo han producido psicosis en trabajadores manuales. Por ejemplo, se ha descubierto que el mercurio induce una psicosis en los trabajadores de la industria del sombrero, que ha recibido el literario nombre de "psicosis del sombrero loco" (Kaplan y

Sadock, 1995). Stopford (comunicación personal, 6 de noviembre de 1995) sugiere que el disulfuro de carbono indujo psicosis en un grupo de trabajadores franceses en 1856. En Estados Unidos, en 1989, dos hermanos del estado de Nevada compraron este producto para matar ardillas y desarrollaron una psicosis grave tras entrar en contacto con él: uno de los hermanos disparó a un tercero y el otro se disparó a sí mismo durante un cuadro de confusión grave y depresión psicótica. La incidencia de suicidio y homicidio se multiplica por trece tras la exposición al disulfuro de carbono. Además, Stopford señala que se sabe que la exposición al tolueno (utilizado en la fabricación de explosivos y tintes) causa una encefalopatía aguda con psicosis. También puede causar síntomas de pérdida de memoria, cambios del estado de ánimo (p. ej., disforia) deterioro de la coordinación visual-manual y alteraciones del lenguaje. Así pues, varios disolventes orgánicos, utilizados sobre todo en la industria química, ejercen una influencia directa en el sistema nervioso central (SNC), en el que inducen cambios bioquímicos y un comportamiento impredecible (Levi, Frandenhauer y Gardell 1986). La Administración para la Salud y la Seguridad en el Trabajo (Occupational Safety and Health Administration, OSHA) y el Instituto Nacional para la Salud y la Seguridad en el Trabajo (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) de Estados Unidos y la industria química han establecido precauciones, procedimientos y protocolos especiales destinados a reducir al mínimo el riesgo de las personas que trabajan con sustancias químicas tóxicas.

Otros factores

Varios medicamentos pueden causar delirio, que, a su vez, puede evolucionar a la psicosis. Entre ellos se encuentran los antihiper-tensivos, los anticolinérgicos (incluidos algunos de los fármacos utilizados en el tratamiento del resfriado común), los antidepresivos, los tuberculostáticos, los antiparkinsonianos y los antiulcerosos (como la cimetidina). Además, pueden aparecer psicosis relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas legales o ilegales, como el alcohol, las anfetaminas, la cocaína, el PCP, los esteroides anabolizantes y la marihuana. Estos delirios y alucinaciones suelen ser transitorios. Si bien el contexto es variable, las ideas delirantes de persecución son muy comunes. En las alucinaciones relacionadas con el alcohol, la persona puede oír voces que le amenazan, insultan, critican o condenan. A veces, estas voces hablan en tercera persona. Al igual que sucede con las personas que sufren delirios paranoides o persecutorios, es preciso hacer una evaluación cuidadosa de estos sujetos, pues pueden ser peligrosos para sí mismos o para los demás.

La psicosis posparto es relativamente rara en el mundo del trabajo, pero conviene reseñarla pues son muchas las mujeres que están volviendo a su trabajo antes de lo que solían. Tiende a ocurrir en madres primerizas (o, más rara vez, en padres) y suele instaurarse entre dos y cuatro semanas después del parto.

En distintas culturas pueden desarrollarse psicosis asociadas a creencias comunes. Se han descrito varias reacciones psicóticas de base cultural, como el "koro" en el sur y este de Asia, "la reacción psicótica qi-gong" en poblaciones chinas, el "piblokto" en las comunidades esquimales y el "whitigo" en varios grupos de indios norteamericanos (Kaplan and Sadock 1995). No parecen existir estudios sobre la eventual relación de estos fenómenos psicóticos y las variables profesionales.

Factores del puesto de trabajo asociados a la aparición de psicosis

Aunque la información y la investigación empírica sobre las psicosis relacionadas con el trabajo son muy escasas, en parte a causa de su baja prevalencia en el entorno laboral, varios investigadores han observado relaciones entre los factores psicosociales del entorno laboral y la angustia psicológica (Neff 1968;

Lazarus 1991; Sauter, Murphy and Hurrell 1992; Quick y cols. 1992). Se ha comprobado que factores estresantes psicosociales importantes propios del empleo, como la ambigüedad de las funciones, los conflictos de funciones, la discriminación, los conflictos entre supervisor y supervisado, la sobrecarga de trabajo y el entorno en que éste se desarrolla se asocian a una mayor propensión a las enfermedades relacionadas con el estrés, a la impuntualidad y al absentismo, al rendimiento escaso, a la depresión, a la ansiedad y a otras formas de sufrimiento psicosocial (Levi, Frandenhauer y Gardell 1986; Sutherland y Cooper 1988).

Parece que el estrés desempeña un papel fundamental en las complejas manifestaciones de los distintos tipos de trastornos fisiológicos y psicológicos. Margolis y Kroes (1974) creen que el estrés en el trabajo aparece cuando algún factor o combinación de factores laborales interactúa con el trabajador y altera su homeostasis psicológica o fisiológica. Estos factores pueden ser externos o internos. Entre los primeros se hallan las distintas presiones o demandas del entorno que surgen de la profesión de la persona, de su matrimonio, familia o amigos. Por el contrario, los factores internos son las presiones y demandas que se impone el trabajador a sí mismo, por ejemplo, por ser "ambicioso, materialista, competitivo y agresivo" (Yates, 1989). Son estos factores internos y externos, por separado o en conjunto, los que pueden causar una tensión profesional que induce problemas psicológicos y fisiológicos importantes en el trabajador.

Varios investigadores se han planteado si el estrés intenso o acumulado, conocido como "hiperactivación inducida por el estrés" y derivado del entorno laboral, puede inducir trastornos psicóticos relacionados con el trabajo (Bentall, Dohrenwend y Skodol 1990; Link, Dohrenwend y Skodol 1986). Así, existen pruebas que relacionan las experiencias alucinatorias y delirantes con acontecimientos estresantes específicos. Se ha asociado la aparición de alucinaciones con la hiperactivación inducida por el estrés causada por accidentes en minas, situaciones de retención de rehenes, explosiones en fábricas de productos químicos, la guerra, operaciones militares prolongadas y la pérdida del cónyuge (Comer, Madow y Dixon 1967; Hobfoll 1988; Wells 1983).

DeWolf (1986) cree que la exposición o la interacción de múltiples situaciones estresantes durante períodos prolongados de tiempo es un proceso complejo por el que algunos trabajadores sufren problemas psicológicos. Brodsky (1984), en su estudio sobre 2.000 trabajadores que habían sido sus pacientes durante más de 18 años, encontró que: (1) la cromatología, la frecuencia, la intensidad y la duración de las condiciones desagradables de trabajo eran potencialmente dañinas, y opinó que entre el 8 y el 10 % de la población activa sufría problemas de salud psicológicos, emocionales o físicos incapacitantes; y (2) los trabajadores reaccionan al estrés relacionado con el trabajo en parte "en función de sus percepciones, personalidad, edad, situación social, etapa vital, expectativas incumplidas, experiencias previas, sistemas de apoyo social y capacidad para responder adecuadamente o adaptarse." Además, el sufrimiento psicológico puede, en teoría, agudizarse si el trabajador tiene una sensación de imposibilidad de control (p. ej., incapacidad para tomar decisiones) e impredecibilidad en el entorno laboral (p. ej., recortes de plantilla y reorganización de la empresa) (Labig 1995; Link y Stueve 1994).

Se ha prestado escasa atención a los "antecedentes" laborales de los trabajadores que desarrollan psicosis. Los pocos investigadores que han estudiado empíricamente la relación entre los factores psicosociales del entorno laboral y la psicopatología grave han encontrado relaciones entre las condiciones "inclementes" (ruido, peligro, calor, humedad, emanaciones y frío) y las psicosis (Link, Dohrenwend y Skodol 1986; Muntaner y

cols. 1991). Link, Dohrenwend y Skodol (1986) intentaron determinar los trabajos que realizaban los esquizofrénicos cuando experimentaron su primer episodio psicótico. Estudiaron los primeros puestos de trabajo a tiempo completo de los trabajadores que habían desarrollado (a) episodios de esquizofrenia o de tipo esquizofrénico; (b) depresión; y (c) ninguna psicopatología. Hallaron una mayor frecuencia de condiciones laborales inclementes en los trabajadores manuales que en los administrativos. Llegaron a la conclusión de que el trabajo en condiciones desagradables constituye un riesgo potencial significativo para la manifestación de los episodios psicóticos (es decir, de esquizofrenia).

Muntaner y cols. (1991) reprodujeron los hallazgos de Link, Dohrenwend y Skodol (1986) y analizaron con mayor detalle la posible contribución de los distintos factores estresantes profesionales al riesgo de desarrollar o sufrir psicosis. Para ello, analizaron tres tipos de procesos psicóticos con arreglo a los criterios del DSM III, esquizofrenia; criterio A de la esquizofrenia (alucinaciones e ideas delirantes); y criterio A de la esquizofrenia con episodio afectivo (trastorno psicótico-afectivo). La muestra de su estudio retrospectivo procedía de un estudio más amplio sobre un área de captación epidemiológica (ACE) que investigaba la incidencia de trastornos psiquiátricos en cinco regiones (Connecticut, Maryland, Carolina del Norte, Missouri y California). Encontraron que las características psicosociales del trabajo (grandes demandas físicas, falta de control sobre el trabajo y las condiciones laborales, factores inclementes) aumentaban el riesgo de desarrollo de psicosis.

Como ejemplo, en el estudio de Muntaner y cols. (1991), los trabajadores de la industria de la construcción (carpinteros, pintores, techadores, electricistas, fontaneros) tenían 2,58 más probabilidades de sufrir delirios y alucinaciones que los trabajadores administrativos o de gestión; también los empleados domésticos, de lavanderías, tintorerías y otras profesiones similares tenían 4,13 veces más probabilidades de desarrollar esquizofrenia que éstos. Los que se identificaban a sí mismos como escritores, artistas, del espectáculo o deportistas tenían 3,32 veces más probabilidades de sufrir ideas delirantes o alucinaciones que los profesionales ejecutivos, administrativos o de gestión. Por último, los que tenían profesiones relacionadas con campos como las ventas, el correo y la mensajería, la docencia, las bibliotecas y el asesoramiento tenían más riesgo de trastornos afectivos psicóticos. Conviene observar que estas asociaciones entre procesos psicóticos y variables profesionales se estudiaron tras controlar el consumo de alcohol y drogas.

Una de las diferencias más importantes existentes entre los trabajadores manuales y administrativos se da en los tipos de demanda psicológica y estrés psicosocial que experimentan cada uno. Así lo demuestran los hallazgos de Muntaner y cols. (1993), quienes encontraron una asociación entre la complejidad cognitiva del entorno y las formas psicóticas de enfermedad mental. Los últimos empleos a tiempo completo de los pacientes esquizofrénicos se caracterizaban por la escasa complejidad de sus relaciones con las personas, la información y los objetos (p. ej., celadores, personal de limpieza, jardineros, vigilantes). Algunos investigadores han estudiado algunas de las consecuencias del primer episodio psicótico con respecto al empleo, el rendimiento laboral y la capacidad de trabajo (Jorgensen 1987; Massel y cols. 1990; Beiser y cols. 1994). Por ejemplo, Beiser y cols. examinaron el funcionamiento profesional después de un primer episodio de psicosis y encontraron que, 18 meses después del mismo, la "psicosis [había] comprometido el funcionamiento profesional". En otras palabras, el deterioro posmorboso era mayor en los trabajadores esquizofrénicos que en los que padecían trastornos afectivos. De igual modo, Massel y cols. (1990) encontraron que la capacidad de trabajo de los psicóticos

(personas con esquizofrenia, trastornos afectivos con rasgos psicóticos o trastornos psicóticos atípicos) se había visto alterada, en comparación con los no psicóticos (p. ej., personas con trastornos afectivos sin rasgos psicóticos, trastornos por ansiedad, trastornos de la personalidad y trastornos por abuso de sustancias psicoactivas). Los sujetos psicóticos de su estudio presentaban importantes alteraciones del pensamiento, hostilidad y suspicacia que guardaban correlación con un escaso rendimiento laboral.

En resumen, nuestro conocimiento acerca de la relación entre los factores relacionados con el trabajo y las psicosis se halla aún en un estadio embrionario. Como afirma Brodsky (1984), "los riesgos físicos y químicos del lugar de trabajo han recibido una considerable atención, pero las tensiones psicológicas asociadas al trabajo no han sido tratadas en la misma medida, excepto en lo que concierne a las responsabilidades de dirección o al patrón de comportamiento con tendencia al infarto de miocardio". Ello implica que es muy necesaria la investigación en el campo de las psicosis relacionadas con el trabajo, sobre todo teniendo en cuenta que cada trabajador destina a su empleo, en promedio, el 42 a 44 % de su vida (Hines, Durham y Geoghegan 1991; Lemen 1995) y que el trabajo se ha asociado con el bienestar psicológico (Warr 1978). Necesitamos comprender mejor qué tipos de factores estresantes profesionales y en qué circunstancias influyen en qué tipo de trastorno psicológico. Por ejemplo, sería necesario estudiar si existen estadios de intensidad, duración o frecuencia de la tensión psicosocial por los que pasan los trabajadores en su entorno laboral, junto a factores personales, sociales, culturales y políticos de su vida diaria. Estamos tratando de temas complejos que exigen soluciones ingeniosas junto a análisis profundos.

Tratamiento agudo del trabajador psicótico

Típicamente, el papel fundamental de las personas que deben responder al trabajador psicótico agudo en el lugar de trabajo consiste en facilitar el traslado seguro de ese trabajador a un servicio de urgencias o a un centro de tratamiento psiquiátrico. El proceso puede ser mucho más fácil si la organización dispone de un programa activo de ayuda a sus empleados y de un plan de respuesta ante las crisis. En condiciones ideales, la organización formará previamente a determinados empleados para que sepan reaccionar ante las crisis y dispondrá de un plan para la coordinación con los recursos de urgencia locales.

Los enfoques terapéuticos del trabajador psicótico dependen del tipo específico de problema subyacente. En general, todos los trastornos psicóticos deben ser objeto de evaluación por un profesional sanitario. A menudo es imprescindible una hospitalización inmediata para garantizar la seguridad del trabajador y de sus compañeros de trabajo. Posteriormente, podrá realizarse una valoración meticulosa para establecer el diagnóstico y desarrollar el plan terapéutico. El objetivo fundamental es el tratamiento de la causa o causas subyacentes. No obstante, incluso antes de llevar a cabo esa valoración global e iniciar el plan terapéutico, es posible que el médico que responde a la urgencia deba aplicar en primer lugar medidas sintomáticas. Siempre es deseable crear un entorno estructurado, de bajo nivel de estrés. Para calmar al paciente pueden utilizarse neurolépticos, y las benzodiacepinas ayudan a reducir la ansiedad aguda.

Una vez resuelta la crisis aguda, la evaluación global puede comprender la recogida de una anamnesis detallada, la realización de tests psicológicos, una valoración del riesgo para establecer el peligro para el propio paciente o para los demás y un control riguroso de la respuesta al tratamiento (incluyendo no sólo la respuesta a la medicación, sino también a las intervenciones psicoterapéuticas). Uno de los problemas más difíciles que plantean los enfermos con sintomatología psicótica es la

observancia del tratamiento. Con frecuencia, estas personas no creen tener dificultades graves o, incluso aunque reconozcan su problema, deciden por su cuenta la interrupción prematura del tratamiento. En estos casos, los familiares, colegas, médicos responsables, personal de salud en el trabajo y empresas se ven abocados a situaciones desagradables o difíciles. En ocasiones, por la propia seguridad del trabajador y también del lugar de trabajo, es necesario hacer de la observancia del tratamiento una condición indispensable para reanudar el trabajo.

Reincorporación al trabajo

Después del episodio psicótico, el tema fundamental es si el trabajador puede volver a desempeñar su puesto de trabajo en condiciones seguras. A veces, las organizaciones dejan esta decisión en manos de los médicos. Sin embargo, en condiciones ideales, toda organización debería exigir a su sistema de medicina de empresa que realizase una evaluación independiente de la capacidad específica para el puesto de trabajo (Himmerstein y Pransky 1988). En ese proceso de evaluación hay que revisar ciertos datos esenciales, como la valoración del médico responsable, su tratamiento y sus recomendaciones, así como el rendimiento previo del trabajador y las características específicas del puesto de trabajo, incluidas las tareas y el entorno organizativo.

Si el médico de la empresa no está capacitado para este tipo de evaluaciones psiquiátricas o psicológicas, debe realizarlas un profesional de la salud mental independiente, distinto al médico responsable. Si el puesto de trabajo puede originar algún riesgo en materia de seguridad, habrá que especificar las correspondientes restricciones, que pueden ir desde pequeños cambios de la actividad o del horario laborales hasta modificaciones más importantes, como el cambio a otro puesto de trabajo (p. ej., asignación de funciones más sencillas o cambio a otro puesto de trabajo). En principio, las restricciones no difieren de las habitualmente indicadas por los médicos de empresa, como la especificación del peso que un trabajador puede manejar después de sufrir una lesión musculoesquelética.

Como demuestra el caso presentado como ejemplo más arriba, la reincorporación al trabajo plantea problemas a menudo no sólo para el propio trabajador, sino también para sus compañeros, supervisores y la organización de la empresa. Si bien los profesionales están obligados a respetar la confidencialidad del trabajador afectado en la medida en que la ley lo permita, siempre que el trabajador lo acepte, sea competente y firme el correspondiente permiso, el departamento médico de la empresa podrá proporcionar consultas o intervenciones formativas para facilitar el proceso de reincorporación al trabajo. La coordinación del servicio médico, el programa de asistencia a los trabajadores, los supervisores, los representantes sindicales y los compañeros del trabajo es a menudo decisiva para un resultado satisfactorio.

Al mismo tiempo, el servicio de salud en el trabajo debe controlar periódicamente el ajuste del trabajador a su puesto de trabajo, en colaboración con el supervisor. En algunos casos, puede ser necesario vigilar la observancia del tratamiento recomendado por el médico responsable, por ejemplo, como condición indispensable para participar en alguna tarea con aspectos de seguridad. Además y sobre todo, el sistema de salud en el trabajo debe considerar no sólo lo que es mejor para el trabajador, sino lo que es seguro para el lugar de trabajo. También puede desempeñar un papel esencial ayudando a la organización a cumplir los requisitos legales, como la Ley de norteamericanos con discapacidades, y actuando como intermediario para los tratamientos provistos por el plan de asistencia sanitaria de la organización y/o el sistema de indemnización de los trabajadores.

Gestión del trabajador psicótico y medio ambiente de trabajo

Ejemplo de caso

Un trabajador cualificado del tercer turno de una fábrica de productos químicos comenzó a mostrar un comportamiento extraño cuando la empresa inició una serie de cambios de su esquema de producción. Durante algunas semanas, en lugar de marcharse una vez concluido su turno, empezó a quedarse durante varias horas para comentar su preocupación por la mayor demanda laboral, el control de calidad y los cambios del proceso de producción con sus compañeros del turno de mañana. Parecía muy angustiado y se comportaba de forma atípica. Hasta entonces, se había mostrado un tanto tímido y distante, y su historia de rendimiento laboral era excelente. Durante este período, se hizo más hablador. También se acercaba a las personas con las que hablaba y se quedaba de pie junto a ellos de una forma que varios colegas encontraban incómoda. Si bien estos compañeros señalaron más tarde que habían encontrado raro tal comportamiento, ninguno de ellos avisó a los encargados del programa de asistencia a los empleados (PAE) o a los supervisores. Algo más tarde, una noche este trabajador empezó a gritar repentinamente de forma incoherente, se dirigió a uno de los almacenes de productos químicos volátiles, se acostó en el suelo y empezó a encender y apagar un encendedor. Ello motivó la intervención de los compañeros y del supervisor y, una vez consultado el PAE, el trabajador fue trasladado en ambulancia al hospital más próximo. El médico diagnosticó un estado de psicosis aguda. Después de un breve período de tratamiento, el trastorno se estabilizó con medicación.

Después de varias semanas, el médico consideró que el trabajador podía volver al trabajo. Un médico independiente realizó una evaluación formal previa a la reincorporación, que también resultó positiva. Sin embargo, aunque tanto el médico de empresa como el clínico independiente habían establecido que el trabajador podía volver a su puesto de trabajo, sus compañeros y supervisores expresaron su preocupación al respecto. Algunos de ellos señalaron que podrían resultar lesionados si el episodio se repitiera y el almacén se incendiara. La empresa tomó medidas para aumentar la seguridad de las áreas peligrosas. Entonces, surgió otro problema. Ciertos trabajadores afirmaron que, en su opinión, esta persona podría traer un arma al trabajo y empezar a disparar. Ninguno de los profesionales que habían participado en el tratamiento del trabajador o en su evaluación posterior creía que hubiera riesgo alguno de conducta violenta. La empresa decidió contratar a profesionales de la salud mental que (con el consentimiento del trabajador afectado) aseguraran a sus compañeros que el riesgo de violencia era sumamente escaso, proporcionarían educación sobre las enfermedades mentales e identificarían los pasos proactivos que los trabajadores podrían dar para facilitar el regreso de su compañero. No obstante, en esa situación, e incluso después de haber sido informados sobre las enfermedades mentales, los compañeros se negaron a relacionarse con este trabajador, contribuyendo así a complicar el proceso de reincorporación. Aunque la Ley de norteamericanos con discapacidades contempla específicamente los derechos legales de los trabajadores con trastornos mentales, incluyendo los asociados a estados psicóticos, la conducta a seguir ante la aparición de una psicosis en el centro de trabajo plantea en la práctica retos organizativos a menudo igual de difíciles de resolver o más que el tratamiento médico de los trabajadores con psicosis.

Programas de prevención

En la actualidad, no existe bibliografía sobre programas específicos de prevención o de intervención precoz destinados a reducir la incidencia de psicosis en la población activa. Los programas de asistencia a los trabajadores podrían desempeñar un papel fundamental en la identificación precoz y el tratamiento de los trabajadores psicóticos. Puesto que el estrés puede contribuir a la incidencia de episodios de psicosis en la población laboral, sería útil disponer de programas de intervención que permitieran identificar y modificar los estreses secundarios a la organización del trabajo. Estos esfuerzos de programación generales podrían consistir en rediseñar las tareas, establecer ritmos individuales flexibles y equipos de trabajo autodirigidos o permitir microdescansos, así como en actividades específicas para amortiguar el efecto estresante de la reorganización o la reducción de plantilla.

Conclusión

Si bien la psicosis es un fenómeno comparativamente poco frecuente determinado por diversas causas, su aparición en la población activa plantea importantes desafíos a los compañeros del afectado, a los representantes sindicales, supervisores y profesionales de la salud en el trabajo.

La psicosis puede aparecer como consecuencia de una exposición tóxica de origen laboral. El estrés relacionado con el trabajo puede incrementar también su incidencia en los trabajadores que padecen (o que corren el riesgo de padecer) trastornos mentales que aumentan el riesgo de psicosis. Se necesitarían nuevos estudios para: (1) comprender mejor la relación entre los factores propios del lugar de trabajo y las psicosis, y (2) desarrollar enfoques más eficaces para tratar las psicosis en el lugar de trabajo y reducir su incidencia.

ESTADO DE ANIMO Y AFECTO

● DEPRESION

Jay Lasser y Jeffrey P. Kahn

La depresión es un tema de enorme importancia en el campo de la salud mental en el trabajo, no sólo en lo que concierne al impacto que puede tener en el lugar de trabajo, sino también al papel que el lugar de trabajo puede desempeñar como agente etiológico del trastorno.

En un estudio de 1990, Greenberg y cols. (1993a) calcularon que la carga económica de la depresión en Estados Unidos fue en ese año de 43.700 millones de dólares aproximadamente. De ese total, un 28 % era atribuible a los costes directos de la atención médica, pero el 55 % derivaba de la combinación de absentismo laboral y descenso de la productividad. En otro artículo, los mismos autores (1993b) señalan que:

(...) la depresión tiene dos rasgos distintivos: que es muy tratable y que no se identifica ampliamente. El NIH ha señalado que entre el 80 % y el 90 % de las personas con trastorno depresivo mayor responden al tratamiento, pero que sólo uno de cada tres afectados recurre al sistema de salud para buscar ayuda (...) Al contrario que en otras enfermedades, una parte muy importante del coste total de la depresión recae sobre las empresas. Ello hace pensar que las empresas, como grupo, deberían tener un interés especial por invertir en programas que permitieran reducir los costes asociados a esta enfermedad.

Manifestaciones

Todo el mundo se siente triste o "deprimido" de vez en cuando, pero un episodio de depresión mayor, según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª edición (DSM IV) (American Psychiatric Association 1994), debe cumplir varios criterios. Escapa al ámbito de este capítulo una descripción completa de los mismos, pero conviene reseñar varias partes del Criterio A, para tener una idea de lo que sucede en la verdadera depresión mayor:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto a la conducta previa; al menos, uno de los síntomas se identifica con el número 0 o con el 2:

1. estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días;

2. notable disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días;

3. aumento o pérdida significativa de peso sin seguir ningún régimen, o disminución o aumento del apetito casi todos los días;

4. insomnio o hypersomnio casi todos los días;

5. agitación o retraso psicomotores casi todos los días;

6. fatiga o pérdida de energía casi todos los días;

7. sentimientos de inutilidad excesivos o inadecuados de culpabilidad casi todos los días;

8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días;

9. ideas de muerte recurrentes, ideas de suicidio recurrentes, con o sin un plan específico, o intento de suicidio.

Además de dar una idea sobre los problemas que sufre la persona con depresión, la revisión de estos criterios revela también las muchas formas en que la depresión puede influir negativamente en el lugar de trabajo. También es importante señalar la amplia variedad de los síntomas. Una persona deprimida puede sentirse apenas capaz de salir de la cama, mientras que otra puede estar tan ansiosa que apenas puede permanecer sentada y se describe como "nerviosa" o "volviéndose loca". A veces, la existencia de múltiples malestares y dolores sin explicación médica es un indicio de depresión.

Prevalencia

El siguiente párrafo de *Mental Health in the Workplace* (Kahn 1993) describe la penetración (y el aumento) de la depresión en el lugar de trabajo:

La depresión (...) es uno de los problemas de salud mental más frecuentes en el lugar de trabajo. Las investigaciones recientes... sugieren que, en los países industrializados, la incidencia de depresión ha ido aumentando cada decenio desde 1910, y que la edad a la que las personas tienden a deprimirse ha disminuido con cada generación desde 1940. Las enfermedades depresivas son frecuentes y graves, y suponen una enorme carga tanto para los trabajadores como para los centros de trabajo. Cabe esperar que dos de cada diez trabajadores sufran una depresión en algún momento de su vida, y las mujeres son 1,5 veces más propensas que los varones a desarrollarla. Uno de cada diez trabajadores sufrirá una depresión clínica lo bastante grave para exigir la baja laboral.

Así pues, además de los aspectos cualitativos de la depresión, las características cuantitativas/epidemiológicas de esta enfermedad hacen de ella uno de los grandes problemas del lugar de trabajo.

Trastornos relacionados

La depresión mayor es sólo uno de varios trastornos relacionados, que se agrupan en la categoría “trastornos del estado de ánimo”. El mejor conocido de ellos es la enfermedad bipolar (o trastorno “maníaco-depresivo”), en la que el paciente alterna períodos de depresión y de manía, esta última con sentimientos de euforia, menor necesidad de dormir, energía excesiva y rapidez del habla, y que puede progresar a la irritabilidad y a la paranoia.

Existen varias versiones distintas del trastorno bipolar, dependiendo de la frecuencia y la gravedad de los episodios depresivos y maníacos, de la presencia o ausencia de rasgos psicóticos (delirio, alucinaciones), etc. De igual modo, la depresión es también variable en función de su gravedad, la presencia o ausencia de psicosis y los tipos de síntomas más destacados. Una vez más, escapa al ámbito de este artículo describir todos estos aspectos, pero el lector puede consultar el DSM IV para hallar un listado completo de todas las formas de trastorno del estado de ánimo.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la depresión mayor comprende tres áreas fundamentales: otros trastornos médicos, otros trastornos psiquiátricos y otros cuadros de origen farmacológico.

Tan importante como el hecho de que muchos pacientes con depresión acuden a sus médicos generales con molestias físicas es la circunstancia de que otros que acuden al profesional de la salud mental con síntomas depresivos pueden tener una enfermedad orgánica subyacente causante de esa sintomatología. De éstas, las más frecuentes son las endocrinas (hormonales), como el hipotiroidismo, las alteraciones suprarrenales o los cambios relacionados con el embarazo o el ciclo menstrual. Sobre todo en los pacientes de mayor edad, los procesos neurológicos como la demencia, los accidentes cerebrovasculares o la enfermedad de Parkinson deben formar parte fundamental del diagnóstico diferencial. Otras enfermedades que pueden causar síntomas depresivos son la mononucleosis, el SIDA, el síndrome de fatiga crónica y algunos cánceres y enfermedades articulares.

Desde el punto de vista psiquiátrico, los trastornos que comparten rasgos comunes con la depresión son los trastornos por ansiedad (incluyendo la ansiedad generalizada, el trastorno por angustia y el trastorno por estrés postraumático), la esquizofrenia y el abuso de alcohol y drogas. La lista de medicamentos que pueden inducir cuadros depresivos es muy grande y comprende analgésicos, algunos antibióticos, muchos antihiper-tensivos y algunos medicamentos para el corazón, así como los esteroides y los agentes hormonales.

Para más detalles sobre las tres áreas del diagnóstico diferencial de la depresión, el lector debe consultar el manual de Kaplan y Sadock *Synopsis of Psychiatry* (1994), o el más detallado *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Kaplan y Sadock 1995).

Etiologías relacionadas con el trabajo

Gran parte de lo que se sabe en relación con el estrés en el lugar de trabajo puede encontrarse en otros capítulos de esta *Enciclopedia*, pero en este artículo nos centraremos en la forma en que ciertos aspectos del estrés pueden llevar a la depresión. Hay muchas escuelas de pensamiento acerca de la etiología de la depresión, incluidas la biológica, la genética y la psicosocial. Muchos de los factores relacionados con el lugar de trabajo se asocian a este último aspecto.

Los problemas de pérdida o riesgo de pérdida del empleo pueden dar lugar a depresión y, en el contexto actual de recortes de plantilla, las fusiones y el continuo cambio de la descripción de los puestos de trabajo son problemas frecuentes en el entorno laboral. Otro resultado del frecuente cambio de las tareas a desempeñar y de la constante introducción de nuevas tecnologías es que el trabajador se siente incompetente o insuficiente. Según la teoría psicodinámica, la depresión se desarrolla a medida que se amplía la distancia entre la autoimagen actual y el “yo ideal”.

También puede utilizarse un modelo experimental animal conocido como “desamparo aprendido” para explicar los nexos ideológicos entre los entornos laborales estresantes y la depresión. En estos experimentos, se expuso a los animales a corrientes eléctricas de las que no podían escapar. Cuando aprendían que ninguno de sus intentos de actuación influía en su destino, estos animales desarrollaban una conducta cada vez más pasiva y depresiva. No es difícil extrapolar este modelo al centro de trabajo moderno, donde tantos trabajadores sienten una progresiva pérdida de control sobre sus actividades cotidianas y sus planes a largo plazo.

Tratamiento

Dada la relación etiológica antes descrita entre el lugar de trabajo y la depresión, una forma de considerar su tratamiento sería el uso de la prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria, consistente en el intento de eliminar la raíz del problema, supone la realización de cambios organizativos fundamentales para mejorar algunos de los factores estresantes ya descritos. La prevención secundaria, que consistiría en intentar “inmunizar” al individuo frente a la enfermedad, comprendería intervenciones como la formación para el afrontamiento del estrés y los cambios del estilo de vida. La prevención terciaria, o la tarea de ayudar a la persona a recuperar su salud, supone un tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico.

El clínico de hoy dispone de una gama creciente de enfoques psicoterapéuticos. Las estrategias psicodinámicas estudian las luchas y conflictos del paciente en un formato poco estructurado que permite explorar todos los materiales que van surgiendo en la sesión, por muy marginales que parezcan ser al principio. Se han hecho ciertas modificaciones de este modelo, limitando el número de sesiones o la amplitud del foco, con el fin de crear muchas formas nuevas de terapia breve. La terapéutica interpersonal se centra de modo más exclusivo en los patrones de las relaciones entre el paciente y los demás. Otra terapéutica, de popularidad creciente, es la cognitiva, basada en el precepto “Lo que piensas es lo que sientes”. En este caso, se aplica un formato muy estructurado se analizan, cuestionan y modifican los “pensamientos automáticos” del paciente ante ciertas situaciones para obtener una respuesta emocional menos inadaptada.

Aunque las psicoterapias se han desarrollado con gran rapidez, el arsenal psicofarmacológico lo está haciendo más aún. En los últimos decenios previos a 1990, los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la depresión eran los tricíclicos (imipramina, amitriptilina y nortriptilina, por ejemplo) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (Nardil, Marplan y Parnate). Todos ellos actúan sobre los sistemas neurotransmisores que se cree intervienen en la depresión, pero afectan también a otros receptores, lo que origina diversos efectos secundarios. A comienzos del decenio de 1990 se introdujeron varios fármacos nuevos (fluoxetina, sertralina, Paxil, Effexor, fluvoxamina y nefazodona), que han logrado una gran difusión por ser “más limpios” (al unirse de forma más específica a las localizaciones relacionadas con la depresión) y permitir, de este modo, un tratamiento eficaz con muchos menos efectos secundarios.

Resumen

La depresión es sumamente importante en el campo de la salud mental en el trabajo, tanto por su impacto en el lugar de trabajo como por el impacto de éste en la salud mental del trabajador. Su prevalencia es muy grande y puede tratarse con facilidad, pero por desgracia muchas veces pasa inadvertida, con graves consecuencias tanto para el enfermo como para la empresa. En consecuencia, un mayor énfasis en la detección y el tratamiento de la depresión permitirían ayudar a reducir el sufrimiento individual y las pérdidas empresariales.

● ANSIEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO

Randal D. Beaton

Los trastornos por ansiedad, al igual que el miedo, la preocupación y la aprensión subclínicos y los trastornos relacionados con el estrés asociados, como el insomnio, parecen tener una gran penetrancia y mostrar una prevalencia cada vez mayor en los centros de trabajo en el decenio de 1990, tanto que, de hecho, el *Wall Street Journal* ha dicho que este decenio es la "Edad del Angst" laboral (Zachary y Ortega 1993). Los recortes de plantilla, la amenaza a los derechos adquiridos, los despidos, los rumores de despido inminente, la competencia a nivel mundial, la obsolescencia de las cualificaciones y la pérdida de éstas, las reestructuraciones, reconversiones, adquisiciones, fusiones y otras fuentes de confusión organizativa han erosionado la sensación de seguridad laboral de los trabajadores y han contribuido a crear una "ansiedad relacionada con el trabajo" evidente, aunque difícil de medir (Buono y Bowditch 1989). Aunque parecen existir ciertas diferencias y variables moderadoras situacionales, Kuhnert y Vance (1992) señalaron que los trabajadores manuales y los empleados administrativos que comunicaban mayor "inseguridad laboral" presentaban también una ansiedad y una sintomatología obsesiva-compulsiva significativamente mayor en una lista de comprobación de síntomas psiquiátricos. Durante gran parte del decenio de 1980 y cada vez más en el de 1990, el paisaje organizativo transicional del mercado de Estados Unidos (u "oleaje permanente", como también ha sido descrito) ha contribuido, sin duda, a esta epidemia de trastornos relacionados con el estrés profesional, incluidos, por ejemplo, los trastornos por ansiedad (Jeffreys 1995; Northwestern National Life 1991).

Los problemas de estrés profesional y trastornos psicológicos relacionados en el trabajo parecen existir en todo el mundo, pero son pocas las estadísticas que documenten su naturaleza y extensión fuera de Estados Unidos (Cooper y Payne 1992). Los datos internacionales de que se dispone, casi todos ellos procedentes de países europeos, parecen confirmar los efectos negativos para la salud mental de la inseguridad laboral y de los empleos de gran tensión, similares a los observados en los trabajadores estadounidenses (Karasek y Theorell 1990). Sin embargo, el estigma, muy real, que se asocia a las enfermedades mentales en muchos otros países y culturas hace que muchos síntomas psicológicos, por no decir todos, incluyendo la ansiedad relacionada con el trabajo no se notifiquen, descubran ni traten (fuera de Estados Unidos) (Cooper y Payne 1992). En ciertas culturas, se somatizan estos trastornos psicológicos para que se manifiesten como síntomas físicos "más aceptables" (Katon, Kleinman y Rosen 1982). Un estudio sobre funcionarios del gobierno japonés identificó los factores estresantes profesionales, como la sobrecarga de trabajo y el conflicto de funciones, como variables significativamente relacionadas con la enfermedad mental en estos trabajadores (Mishima y cols. 1995). Se

necesitan nuevos estudios de este tipo para documentar el impacto de los factores estresantes laborales psicosociales en la salud mental de los trabajadores asiáticos, así como en los países en vías de desarrollo y en los antiguos países del Este.

Definición y diagnóstico de la ansiedad

Evidentemente, los trastornos por ansiedad figuran entre los problemas de salud mental más prevalentes y afectan en algún momento de su vida a cerca del 7 al 15 % de la población adulta de Estados Unidos (Robins y cols. 1981). Estos trastornos constituyen una familia de procesos que comprenden la agorafobia (temor a los espacios abiertos), las fobias (temores irracionales), el trastorno obsesivo-compulsivo, las crisis de angustia y la ansiedad generalizada. Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª edición (DSM IV), de la American Psychiatric Association, los síntomas de trastorno por ansiedad generalizada comprenden "inquietud o sensación de estar en tensión o al borde de un ataque de nervios", fatiga, dificultades para concentrarse, tensión muscular excesiva y alteración del sueño (American Psychiatric Association 1994). El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por pensamientos persistentes o conductas repetitivas que son excesivas/irrazonables, causan marcado malestar, consumen gran cantidad de tiempo e interfieren en el funcionamiento del individuo. También, según el DSM IV, los ataques de angustia, definidos como períodos breves de miedo o inquietud intensos, no son en realidad trastornos en sí mismos, sino que pueden aparecer en relación con otros trastornos por ansiedad. Técnicamente, el diagnóstico de trastorno por ansiedad sólo puede ser hecho por un profesional de la salud mental debidamente formado y que emplee los criterios diagnósticos aceptados.

Factores de riesgo profesional de los trastornos por ansiedad

Son pocos los datos acerca de la incidencia y prevalencia de los trastornos por ansiedad en el lugar de trabajo. Además, puesto que la etiología de la mayor parte de ellos es multifactorial, no podemos descartar la contribución de factores genéticos, del desarrollo y no profesionales individuales a la génesis de los mismos. Parece probable que exista una mutua influencia de los factores organizativos relacionados con el trabajo y los propiamente personales, y que esta interacción determine la aparición, progresión y evolución de estos trastornos.

La expresión *ansiedad relacionada con el trabajo* implica que hay situaciones, tareas y demandas laborales o factores estresantes profesionales relacionados que se asocian a la instauración o cronicidad de la ansiedad o de sus manifestaciones. Estos factores pueden ser una carga de trabajo abrumadora, el ritmo de trabajo, los plazos y una falta percibida de control personal. El modelo demanda-control predice que los trabajadores que desempeñan tareas con escaso control personal y exposición a elevados niveles de demanda psicológica serían los más expuestos a sufrir problemas de salud mental, incluyendo los trastornos por ansiedad (Karasek y Theorell 1990). Un estudio sobre el consumo de comprimidos (tranquilizantes en su mayor parte) por varones suecos empleados en trabajos de gran tensión ha venido a respaldar esta hipótesis (Karasek 1979). Desde luego, en Estados Unidos existen hoy pruebas abrumadoras de que algunas profesiones de gran tensión se asocian a una mayor prevalencia de depresión (Eaton y cols. 1990). Ciertos estudios epidemiológicos más recientes, sumados a los modelos teóricos y bioquímicos de ansiedad y depresión, han establecido el nexo entre estos trastornos, no sólo en lo que se refiere a su comorbilidad (40 a 60 %), sino también en cuanto a otros aspectos comunes más básicos (Ballenger 1993). En consecuencia, el

capítulo de la *Enciclopedia* que trata de los factores profesionales asociados a la depresión puede proporcionar claves importantes acerca de los factores de riesgo profesionales e individuales que se asocian también a los trastornos por ansiedad. Además de los factores de riesgo asociados al trabajo de gran tensión, se han identificado otras variables del lugar de trabajo que contribuyen a la angustia psicológica de los trabajadores, incluyendo la mayor prevalencia de los trastornos por ansiedad, y se resumen a continuación.

Las personas que, como los agentes del orden y los bomberos, desempeñan tareas peligrosas caracterizadas por la probabilidad de verse expuestas a un producto dañino o a una actividad lesiva, parecen correr también mayor riesgo de sufrir estados de sufrimiento psicológico mayores y más prevalentes, como la ansiedad. Sin embargo, hay datos de que ciertos trabajadores empleados en profesiones peligrosas consideran su trabajo “estimulante”, en lugar de peligroso, y que lo afrontan mejor, en lo que a sus respuestas emocionales al trabajo se refiere (McIntosh 1995). No obstante, un análisis de la sintomatología del estrés de un gran grupo de bomberos profesionales y empleados de ambulancias identificó un rasgo central de aprensión o temor. Esta “vía de estrés de la ansiedad” comprendía notificaciones subjetivas de “estar en tensión y saltar a la primera” y “estar inquieto y aprensivo”. Estas y otras molestias similares asociadas a la ansiedad fueron más prevalentes y frecuentes en el grupo de bomberos/trabajadores de ambulancias que en una muestra comparativa de varones de otras profesiones (Beaton y cols. 1995).

Otra profesión que corre evidentemente un gran riesgo de sufrir niveles de ansiedad altos y a veces incapacitantes son los músicos profesionales. Estos profesionales, y su trabajo, se hallan expuestos a un severo escrutinio por parte de sus directores, deben trabajar en público y deben enfrentarse a la ansiedad tanto antes de su actuación como durante ésta (“miedo escénico”), esperándose de ellos (tanto por parte de los demás como de sí mismos) que den “notas perfectas” (Sternbach 1995). Otros grupos profesionales, como los actores de teatro e incluso los maestros, pueden sufrir también síntomas de ansiedad aguda y crónica en relación con su trabajo, pero los datos acerca de la prevalencia o importancia reales de estos trastornos por ansiedad laboral son muy escasos.

Otro tipo de ansiedad laboral de la que tenemos pocos datos es la “fobia a los ordenadores”, observada en las personas que desarrollan respuestas de ansiedad ante la tecnología informática (Stiles 1994). Aunque supuestamente cada generación de programas es más fácil de manejar que la anterior, son muchos los trabajadores que se sienten incómodos y otros incluso sienten, literalmente, pánico ante los retos del “tecnoestrés”. Algunos temen al fracaso personal y profesional asociado a su incapacidad de adquirir la habilidad necesaria para enfrentarse a cada generación tecnológica sucesiva. Por último, hay pruebas de que los trabajadores sometidos a vigilancia informatizada de su rendimiento consideran su trabajo más estresante y notifican mayor número de síntomas psicológicos, incluida ansiedad, que los no sometidos a este tipo de supervisión (Smith y cols. 1992).

Interacción de los factores de riesgo de ansiedad individuales y profesionales

Es probable que los factores de riesgo individuales interactúen con muchos de los profesionales citados y potencien su influencia en el comienzo, progresión y evolución de los trastornos por ansiedad. Por ejemplo, un trabajador con “personalidad de tipo A” puede ser más propenso a sufrir ansiedad y otros problemas de salud mental en entornos profesionales de

gran tensión (Shima y cols. 1995). Para dar un ejemplo más gráfico, un trabajador de ambulancias con gran sentido de la responsabilidad y “personalidad de rescate” podría hallarse más en tensión e hipervigilante durante sus horas de trabajo que otro trabajador con una actitud más filosófica ante la vida, del tipo “no puedes salvarlos a todos” (Mitchell y Bray 1990). Las variables de la personalidad de cada trabajador pueden servir asimismo para atenuar los factores de riesgo profesionales. Así, Kobasa, Maddi y Kahn (1982) señalaron que los directivos de empresa con “personalidad firme” parecen más capaces de afrontar los factores de estrés relacionados con su trabajo en lo que a su salud se refiere. Así pues, es preciso tener en cuenta las variables individuales de la personalidad del trabajador en el contexto de las demandas específicas de su profesión, antes de predecir su probable impacto interactivo en la salud mental del mismo.

Prevención y remedio de la ansiedad relacionada con el trabajo

Es probable que muchas de las tendencias laborales existentes hoy tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo, citadas al principio de este artículo, persistan en años venideros. Estas tendencias influirán desfavorablemente en la salud psicológica y física de los trabajadores. La mejora psicológica del puesto de trabajo, por medio de intervenciones y nuevo diseño de los lugares de trabajo, podría erradicar o prevenir muchos de estos efectos adversos. En consonancia con el modelo de demanda-control, sería posible mejorar el bienestar de los trabajadores diseñando e implantando, por ejemplo, una estructura más horizontal (Karasek y Theorell 1990). Muchas de las recomendaciones hechas por los investigadores del NIOSH, como aumentar la sensación de seguridad en el empleo y reducir la ambigüedad de roles en el trabajo, reducirían también considerablemente, si se aplicaran las tensiones laborales y los trastornos psicológicos asociados al trabajo, incluidos los trastornos por ansiedad (Sauter, Murphy y Hurrell 1992).

Además de los cambios de política organizativa, existe también la responsabilidad personal del trabajador moderno de manejar su propio estrés o ansiedad. Algunas de las estrategias más frecuentes y eficaces utilizadas hoy por los trabajadores de Estados Unidos consisten en separar las actividades laborales y no laborales, lograr los suficientes reposo y ejercicio y aplicar el propio ritmo de trabajo (salvo, claro está, que el ritmo venga impuesto por una máquina). Otras alternativas cognitivas y de comportamiento útiles para afrontar y prevenir la ansiedad son las técnicas de respiración profunda de biorretroalimentación y relajación, y la meditación (Rosch y Pelletier 1987). En ciertos casos, puede ser necesaria la medicación para tratar un trastorno por ansiedad grave. En general, estos fármacos, incluidos los antidepresivos y otros ansiolíticos, sólo pueden conseguirse por prescripción médica.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU RELACION CON LA SALUD LABORAL Y LA PREVENCIÓN DE LESIONES

Mark Braverman

Excepto en lo que se refiere al concepto general de estrés y a su relación con los aspectos generales de la salud, poca ha sido la atención prestada al papel del diagnóstico psiquiátrico en la prevención y el tratamiento de las consecuencias psicológicas de

las lesiones de origen laboral. Gran parte de la investigación realizada acerca del estrés laboral se refiere a los efectos de la exposición prolongada a los estreses propios del trabajo, y no a los problemas asociados a acontecimientos específicos, como una lesión traumática o con riesgo para la vida o la observación de un accidente industrial o un acto de violencia. Al mismo tiempo, el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT), proceso que ha sido objeto de credibilidad e interés crecientes desde mediados del decenio de 1980, se aplica cada vez con mayor frecuencia en contextos distintos a los de la guerra y las víctimas de actos delictivos. En lo que al lugar de trabajo se refiere, el TEPT comienza a aparecer como diagnóstico clínico en casos de accidente laboral y como resultado emocional de la exposición a situaciones traumáticas ocurridas en el lugar de trabajo. Es a menudo objeto de controversia y de cierta confusión en lo que concierne a su relación con las condiciones de trabajo y a la responsabilidad de la empresa cuando se formulan reclamaciones por daños psicológicos. Cada vez se pide con mayor frecuencia a los médicos de empresa que ayuden a definir las políticas empresariales en el manejo de estas demandas por exposición o lesión, y que den su opinión profesional acerca del diagnóstico, tratamiento y situación laboral definitiva del trabajador afectado. Por tanto, estos profesionales están obligados a familiarizarse con el TEPT y procesos asociados.

En este artículo se revisarán los temas siguientes:

- diagnóstico diferencial del TEPT con otros trastornos, como la depresión primaria y los trastornos por ansiedad;
- relación entre el TEPT y las molestias somáticas relacionadas con el estrés;
- prevención de las reacciones de estrés postraumático en los supervivientes de acontecimientos psicológicamente traumáticos ocurridos en el lugar de trabajo;
- prevención y tratamiento de las complicaciones de los accidentes de trabajo relacionados con el estrés postraumático.

El trastorno por estrés postraumático afecta a las personas que se han visto expuestas a accidentes o situaciones traumatizantes. Se caracteriza por síntomas de entumecimiento, retraimiento psicológico y social, dificultades para controlar las emociones, sobre todo la ira, y recuerdo vivo e intrusivo de las experiencias de la situación traumática. Por definición, un acontecimiento traumatizante es aquél que es ajeno a la variedad normal de acontecimientos de la vida cotidiana y que el individuo vive como abrumador. Suele suponer una amenaza para la vida propia o la de alguien cercano, o la contemplación de una muerte o lesión grave, sobre todo si se produce de forma repentina o violenta.

Los antecedentes psiquiátricos de nuestro concepto actual del TEPT se remontan a las descripciones de la "fatiga de combate" durante las Guerras Mundiales. Sin embargo, las causas, sintomatología, curso clínico y tratamiento efectivo de este trastorno, a menudo incapacitante, se conocían todavía mal cuando decenas de miles de ex combatientes en Vietnam comenzaron a poblar los hospitales de la Veterans Administration estadounidense, las consultas de los médicos de familia, las cárceles y los refugios para vagabundos durante el decenio de 1970. Gracias, en gran parte, al esfuerzo organizado de grupos de ex combatientes en colaboración con la American Psychiatric Association, el TPET fue identificado y descrito, por primera vez, en la 3ª edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM III) (American Psychiatric Association 1980). Se sabe hoy que el trastorno afecta a muchas personas que han padecido traumas, incluidos supervivientes de desastres, víctimas de delitos, tortura o terrorismo, o personas que han sufrido malos tratos durante su infancia y en su hogar. Aunque el manual diagnóstico actual (DSM IV) refleja ciertos cambios en la

clasificación del trastorno, los criterios diagnósticos y los síntomas no han variado sustancialmente (American Psychiatric Association 1994).

Criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático

A. La persona se ha visto expuesta a un acontecimiento traumático en el que concurren las dos circunstancias siguientes:

- (1) La persona experimentó, presenció o se enfrentó a un acontecimiento o acontecimientos que supusieron una amenaza real para la vida o la integridad física de ella misma o de otros.
- (2) La persona respondió al acontecimiento con miedo intenso, impotencia u horror.

B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos de una de las tres formas siguientes:

- (1) Recuerdos angustiosos, recurrentes e invasores del acontecimiento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones.
- (2) Sueños angustiosos y recurrentes sobre el acontecimiento.
- (3) Conductas y sentimientos que aparecen como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo de nuevo.
- (4) Malestar psicológico intenso al verse expuesto a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso traumático.
- (5) Reactividad psicológica ante la exposición a claves internas o externas que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de los estímulos asociados al trauma y embotamiento de la capacidad general de respuesta (no existente antes del acontecimiento), puestas de manifiesto por tres (o más) de los siguientes:

- (1) Esfuerzos para evitar los pensamientos, sensaciones o conversaciones asociadas al trauma.
- (2) Esfuerzos por evitar las actividades, lugares o personas que despiertan recuerdos del trauma.
- (3) Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma.
- (4) Notable disminución del interés o participación en actividades significativas.
- (5) Sensación de distanciamiento o extrañamiento respecto a los demás.
- (6) Restricción de la gama de afectos (p. ej., incapaz de sentir amor).
- (7) Sensación de acortamiento del futuro (no se espera terminar una carrera, casarse, tener hijos o una larga vida).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (no existentes antes del traumatismo), puestos de manifiesto por al menos dos de los siguientes;

- (1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- (2) Irritabilidad o explosiones de ira
- (3) Dificultad para la concentración
- (4) Hipervigilancia
- (5) Respuesta de alarma exagerada

E. Duración del trastorno (síntomas de los criterios B, C, D) superior a 1 mes.

F. La alteración causa una angustia significativa o altera la actividad social o laboral, u otros campos importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Agudo: duración de los síntomas es inferior a 3 meses

Crónico: duración de los síntomas es igual o superior a 3 meses

Especificar si:

Comienzo retardado: si el inicio de los síntomas se produjo al menos seis meses después del acontecimiento desencadenante.

Hoy se reconoce cada vez con mayor frecuencia que el estrés psicológico es una de las consecuencias de los riesgos asociados al trabajo. El nexo entre estos riesgos y el estrés postraumático fue establecido inicialmente en el decenio de 1970, cuando se descubrieron las grandes tasas de incidencia de TEPT en los cuerpos de seguridad, personal sanitario de urgencia y bomberos.

Se han desarrollado estrategias específicas para prevenir el TEPT en los trabajadores expuestos a factores de estrés traumático de origen laboral, como los accidentes con mutilación, la muerte y el uso de la fuerza con resultado de muerte. Estas intervenciones subrayan la importancia de proporcionar a los trabajadores expuestos tanto una educación acerca de las reacciones de estrés normales, como la posibilidad de manifestar libremente sus sentimientos ante sus compañeros. Se trata de técnicas bien conocidas en los ámbitos laborales afectados de Estados Unidos, Australia y muchos países de Europa. Sin embargo, el estrés traumático asociado al trabajo no afecta sólo a estos trabajadores de alto riesgo. Muchos de los principios de la intervención preventiva desarrollados para estas profesiones pueden aplicarse también a los programas destinados a reducir o prevenir las reacciones de estrés traumático en la población activa general.

Aspectos del diagnóstico y el tratamiento

Diagnóstico

La clave del diagnóstico diferencial del TEPT y de los procesos relacionados con el estrés traumático es la presencia del factor estresante. Aunque el acontecimiento desencadenante debe cumplir el criterio A, es decir, ser un acontecimiento o situación ajeno a la gama de experiencias normal, las personas responden de distinta forma ante estímulos similares.

Un suceso que precipita una reacción clínica de estrés en una persona puede no afectar significativamente a otra. Por tanto, la ausencia de síntomas en otros trabajadores que hayan sufrido una experiencia similar no permite descartar la posibilidad de una auténtica reacción de estrés postraumático en un sujeto dado. La vulnerabilidad individual al TEPT depende en tan gran medida del impacto emocional y cognitivo que la experiencia ejerce en la víctima como de la intensidad del propio acontecimiento desencadenante. Un factor de vulnerabilidad fundamental es el antecedente de trauma psicológico debido a una exposición traumática previa o una pérdida personal de algún tipo. Ante una sintomatología sugestiva de TEPT, es necesario determinar si se ha producido un acontecimiento que cumpla el criterio de traumático. Este aspecto es de la mayor importancia, puesto que la propia víctima puede no haber establecido la conexión entre sus síntomas y el suceso. Esta incapacidad suele ser consecuencia de la reacción de "embotamiento" habitual, que puede causar el olvido o la disociación del acontecimiento, y también de que los síntomas aparecen a menudo semanas o incluso meses después de aquél. En ausencia del diagnóstico y tratamiento adecuados, suelen manifestarse una depresión crónica y a veces grave, ansiedad y trastornos somáticos. En consecuencia, el diagnóstico precoz es especialmente importante, tanto a causa de la naturaleza con frecuencia oculta del proceso, incluso para el propio afectado, como por las implicaciones terapéuticas del mismo.

Tratamiento

Si bien los síntomas de ansiedad y depresión del TEPT pueden responder al tratamiento habitual, p. ej., con fármacos, el tratamiento eficaz difiere de los habitualmente recomendados para estos trastornos. El TEPT es quizá el más fácil de prevenir de todos los procesos psiquiátricos y, en el campo de la salud laboral, tal vez sea el más previsible de todas las lesiones relacionadas con el trabajo. Puesto que su aparición tiene un nexo tan evidente con el acontecimiento desencadenante específico, el tratamiento puede centrarse en la prevención. Proporcionando una educación y asesoramiento preventivos poco después de la exposición al trauma, las reacciones de estrés posteriores pueden reducirse al mínimo, o incluso evitarse. Que la intervención sea preventiva o terapéutica dependerá en gran parte del momento en que se produzca, pero la metodología aplicable es básicamente idéntica. El primer paso del tratamiento o de la prevención consiste en hacer que la víctima establezca la conexión entre el acontecimiento desencadenante y su sintomatología. Esta identificación y "normalización" de lo que son normalmente reacciones de miedo y confusión es importante para aliviar o prevenir los síntomas. Una vez lograda la normalización de la respuesta de estrés, el tratamiento puede orientarse hacia el procesamiento controlado del impacto emocional y cognitivo de la experiencia.

El TEPT o los procesos relacionados con estrés traumático se producen cuando la persona afectada sella en su mente las reacciones emocionales y cognitivas inaceptables o intolerablemente intensas provocadas por factores estresantes traumáticos. En general, se admite que el síndrome de estrés puede prevenirse si puede disponerse de la oportunidad de controlar el procesamiento de las reacciones antes de que éstas hayan sido selladas. En consecuencia, la prevención efectuada mediante una intervención oportuna y diestra es la clave del tratamiento de este trastorno. Puede pensarse que estos principios terapéuticos se desvían del enfoque psiquiátrico tradicional aplicado a muchos procesos. En consecuencia, es importante que los trabajadores con riesgo de reacciones de estrés postraumáticas sean tratados por profesionales de la salud mental especialmente formados y experimentados en el tratamiento de los procesos relacionados con traumas. La duración de este tratamiento es variable. Depende del momento en que se efectúe la intervención, de la intensidad del factor estresante, de la gravedad de los síntomas y de la posibilidad de que una exposición traumática desencadene una crisis emocional asociada a experiencias previas o relacionadas. Otro aspecto del tratamiento se refiere a la importancia de las modalidades de terapéutica de grupo. Las víctimas de tales acontecimientos pueden obtener grandes beneficios del apoyo de otros que hayan compartido experiencias traumáticas iguales o semejantes. Este aspecto adquiere una importancia especial en el contexto laboral, cuando un grupo de trabajadores o la totalidad de la plantilla resulta afectada por un accidente, un acto violento o una pérdida traumática.

Prevención de las reacciones de estrés postraumático después de incidentes traumáticos en el lugar de trabajo.

En los centros de trabajo, distintas situaciones o acontecimientos pueden implicar un riesgo de reacciones de estrés postraumático. Entre ellos se encuentran la violencia o la amenaza de violencia, incluyendo el suicidio, la violencia y el delito entre trabajadores, como el robo a mano armada, los accidentes mortales o graves y la muerte repentina o la crisis médica, como un ataque cardíaco. A menos que se adopten las medidas adecuadas, estas situaciones pueden dar lugar a resultados negativos, como reacciones de estrés postraumático que lleguen a niveles clínicos y otros efectos relacionados con el estrés que afecten a la salud y al rendimiento laboral del trabajador,

incluyendo la evitación del lugar de trabajo, los problemas para concentrarse, las alteraciones del estado de ánimo, el retraimiento social, el abuso de sustancias psicoactivas y los problemas familiares. Estas consecuencias afectan no sólo a los trabajadores manuales, sino también al personal administrativo. Los directivos corren un riesgo especial a causa de los conflictos entre sus responsabilidades operativas, su sentimiento de responsabilidad personal por los empleados a su cargo y su propia sensación de shock y dolor. En ausencia de políticas de empresa y de pronta asistencia por parte del personal sanitario para ayudar a afrontar las consecuencias del traumatismo, los directivos de todos los niveles pueden desarrollar sentimientos de impotencia que complican sus propias reacciones de estrés postraumático.

Los acontecimientos traumáticos en el centro de trabajo requieren una respuesta definida de la alta dirección en colaboración con el personal de asistencia sanitaria, seguridad, comunicaciones y otras funciones implicadas. Un plan de respuesta a las crisis debe cumplir tres objetivos fundamentales:

(1) prevención de las reacciones de estrés postraumáticas llegando a las personas y grupos afectados antes de que se instaure el proceso;

(2) comunicación de la información relacionada con la crisis, a fin de limitar y controlar los rumores;

(3) transmitir confianza en que los directivos pueden controlar la crisis y demostrar preocupación por el bienestar de los empleados.

La metodología de la puesta en práctica de un plan de este tipo ha sido ya descrita (Braverman 1992a, b; 1993b). En ella se subraya la importancia de la comunicación entre directivos y empleados, reuniendo a los afectados y asesorando precozmente a los que corren mayor riesgo de reacción postraumática a causa de sus niveles de exposición o de sus factores de vulnerabilidad personales.

El personal directivo y sanitario de la empresa debe funcionar como un solo equipo y mantenerse alerta ante la posibilidad de reacciones de estrés continuas o tardías que aparezcan semanas o meses después del acontecimiento traumático. Estas reacciones pueden ser difíciles de identificar tanto para los primeros como para los segundos, puesto que a menudo aparecen con retraso y pueden estar enmascaradas como otros problemas. Para un supervisor, una enfermera o un consejero involucrados, la observación de signos de estrés emocional como irritabilidad, retraimiento o descenso de la productividad pueden ser signos de reacción a un factor de estrés traumático. Cualquier cambio de comportamiento, incluyendo un aumento del absentismo, o incluso un aumento importante de las horas de trabajo (adición al trabajo) puede ser una señal. Es preciso explorar todos los indicios de abuso de alcohol o sustancias psicoactivas y todo cambio del estado de ánimo posiblemente relacionados con un estrés postraumático. Todo plan de respuesta a crisis debe incluir la formación de directivos y profesionales sanitarios para que se mantengan alerta ante estos signos, de forma que la intervención se lleve a cabo lo más precozmente posible.

Complicaciones relacionadas con el estrés de los accidentes de trabajo

Al revisar las demandas de indemnización de los trabajadores hasta cinco años después de un accidente de trabajo, hemos podido comprobar que el síndrome de estrés postraumático es una consecuencia frecuente de los accidentes de trabajo que ponen en peligro la vida y producen lesiones con desfiguración, o de las agresiones y otros delitos violentos. Es típico que el trastorno permanezca inadvertido durante años, sin que su origen sea sospechado por los profesionales de la medicina, los que resuelven las reclamaciones o los responsables de recursos

humanos, e incluso por el propio trabajador. Cuando ello ocurre, la recuperación de la lesión física puede ser mucho más lenta, o incluso imposible.

Las discapacidades y lesiones asociadas al estrés psicológico figuran entre las lesiones de origen laboral más costosas y difíciles de tratar. Al solicitar una "indemnización por estrés", el trabajador sostiene que ha sufrido una lesión emocional por un acontecimiento o circunstancia de su trabajo. Costosas y difíciles de combatir, las demandas de indemnización por estrés suelen terminar en los juzgados y en el despido del trabajador. Existe, sin embargo, una fuente muchísimo más frecuente pero pocas veces reconocida de demandas por estrés. En estos casos, una lesión grave o la exposición a una situación que pone en peligro la vida dan lugar a un proceso de estrés psicológico no diagnosticado y no tratado que influye significativamente en la evolución de la lesión física.

Basándonos en nuestro trabajo sobre lesiones traumáticas y episodios de violencia en centros de trabajo, calculamos que al menos la mitad de las demandas de indemnización objeto de litigio se refieren a procesos de estrés postraumático que no se han identificado ni tratado, u otros componentes psicosociales. En el intento por resolver los problemas médicos y establecer la situación del trabajador, y dado el miedo y desconfianza de muchos sistemas ante las intervenciones de salud mental, los problemas de estrés emocional y psicosociales siempre ocupan un lugar secundario. Cuando no se afronta, el estrés puede adoptar la forma de distintos procesos médicos, que pasan inadvertidos para la empresa, el gestor de riesgos, el profesional sanitario y el propio trabajador. El estrés relacionado con los traumatismos también origina característicamente la evitación del lugar de trabajo, con el consiguiente aumento del riesgo de conflicto y desacuerdo en torno a la reincorporación al trabajo y la incapacidad laboral.

Muchas empresas y compañías de seguros creen que el contacto con los profesionales de la salud mental se asocia directamente a una demanda costosa e insoluble. Por desgracia, así sucede en muchos casos. Las estadísticas confirman que las demandas por estrés mental son más costosas que las debidas a cualquier otra lesión. Además, aumentan con mayor rapidez que las de cualquier otro tipo. En el supuesto típico de una demanda "físico-mental", el psiquiatra o psicólogo aparece sólo en el momento —por lo general, meses o incluso años después del acontecimiento— en que se le necesita para hacer una evaluación experta en un litigio. En ese momento, el daño psicológico ya está hecho. La reacción de estrés relacionada con el traumatismo puede haber impedido que el trabajador vuelva a su trabajo, aunque físicamente parezca curado. A lo largo del tiempo, la reacción de estrés a la lesión original no tratada ha causado una ansiedad o depresión crónicas, una enfermedad somática o un trastorno por abuso de sustancias. De hecho, es raro que la intervención de salud mental se ejecute en el momento en que puede prevenir la reacción de estrés y, por tanto, ayudar al trabajador a recuperarse plenamente del trauma originado por un accidente o agresión graves.

Con un mínimo grado de planificación y oportunidad, los costes y el sufrimiento asociados al estrés originado por el accidente se hallarían en el grupo de las más fácilmente prevenibles de todas las lesiones. A continuación se indican los componentes de un plan eficaz después del acontecimiento lesivo (Braverman 1993a):

Intervención precoz

Todas las empresas deberían exigir una breve intervención de salud mental cuando sus empleados se vieran afectados por un accidente grave, agresión u otro acontecimiento traumático. *Esta evaluación debe considerarse preventiva, y no ligada al procedimiento de*

reclamación habitual. Debe prestarse incluso en ausencia de pérdida de tiempo, lesión o necesidad de tratamiento médico. La intervención debe centrarse en la educación y la prevención, más que en un enfoque exclusivamente clínico que puede hacer que esos trabajadores se sientan estigmatizados. La empresa, quizá junto al asegurador, debe hacerse responsable del coste, relativamente pequeño, de este servicio. Hay que intentar que sólo participen profesionales con experiencia o formación especiales en los procesos relacionados con el estrés postraumático.

Reincorporación al trabajo

Toda actividad de asesoramiento o evaluación debe coordinarse con un plan de reincorporación al trabajo. Los trabajadores que han sufrido un traumatismo temen o dudan, con frecuencia, ante la vuelta al lugar de trabajo. La combinación de unas breves sesiones de educación y asesoramiento con visitas al centro del trabajo durante la fase de recuperación ha resultado muy beneficiosa para lograr esta transición y acelerar la reincorporación. Los profesionales sanitarios pueden trabajar en equipo con los supervisores o directivos para lograr una reincorporación progresiva al pleno rendimiento en el puesto de trabajo. Incluso en ausencia de secuelas físicas, los factores emocionales pueden precisar adaptaciones, como permitir que el cajero que ha sido objeto de robo trabaje en otra zona del banco durante parte del día, hasta que se sienta cómodo de nuevo en su ventanilla, de cara al público.

Seguimiento

Con frecuencia, las reacciones postraumáticas son tardías. Es importante hacer un seguimiento de los trabajadores que se han reincorporado al cabo de 1 y 6 meses. También es importante facilitar a los supervisores información que les permita identificar los eventuales problemas demorados o a largo plazo asociados al estrés postraumático.

Resumen: nexo entre los estudios sobre el estrés postraumático y la salud en el trabajo

Quizá más que cualquier otro campo de las ciencias de la salud, la medicina del trabajo se ocupa de la relación entre el estrés y la enfermedad. De hecho, gran parte de la investigación sobre el estrés humano efectuada en este siglo ha tenido lugar en el campo de la salud en el trabajo. A medida que las ciencias de la salud, en general, se orientaban más hacia la prevención, el lugar de trabajo se ha convertido en un campo cada vez más importante para el estudio de la influencia del entorno físico y psicosocial en la enfermedad y a la salud, y de los métodos que permiten prevenir los procesos relacionados con el estrés. Al mismo tiempo, desde 1980 se ha producido una revolución en el estudio del estrés postraumático que ha permitido grandes avances en el conocimiento de la respuesta del ser humano al estrés. El profesional de la higiene industrial se encuentra en la intersección entre estos campos, de importancia cada vez mayor.

A medida que el paisaje laboral experimenta esta transformación revolucionaria, y a medida que aprendemos más sobre la productividad, el afrontamiento y el impacto estresante del cambio continuo, se va borrando la línea que separa el estrés crónico del estrés agudo o traumático. La teoría clínica del estrés traumático tiene mucho que aportar a la prevención y el tratamiento del estrés psicológico relacionado con el trabajo. Como en todas las ciencias de la salud, el conocimiento de las causas de un síndrome puede ayudar a su prevención. En el campo del estrés postraumático, el centro de trabajo ha resultado ser un lugar ideal para promocionar la salud y la curación. Los profesionales de la salud familiarizados con los síntomas y causas de

las reacciones de estrés postraumático serán más eficaces como agentes de su prevención.

EL ESTRÉS Y EL AGOTAMIENTO, Y SUS IMPLICACIONES EN EL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO

Herbert J. Freudenberger

“La naciente economía mundial exige prestar una atención científica seria a los descubrimientos que favorecen el aumento de la productividad humana en un mundo laboral siempre cambiante y tecnológicamente perfeccionado” (Human Capital Initiative 1992). Los cambios económicos, sociales, psicológicos, demográficos, políticos y ecológicos que tienen lugar en todo el mundo nos obligan a evaluar de nuevo los conceptos de trabajo, estrés y agotamiento en la población activa.

El trabajo productivo “exige centrarse en una realidad externa a sí mismo. Por tanto, el trabajo destaca los aspectos racionales de las personas y su capacidad para resolver problemas” (Lowman 1993). Las facetas afectivas y del estado de ánimo del trabajo son objeto de una preocupación cada vez mayor, a medida que el medio ambiente de trabajo se hace más complejo.

Uno de los conflictos que pueden surgir entre el individuo y el mundo del trabajo es la exigencia al trabajador que ocupa su primer empleo de una transición desde el egocentrismo de la adolescencia a la subordinación disciplinada de las necesidades personales a las demandas del puesto de trabajo. Muchos trabajadores necesitan aprender a adaptarse al hecho de que sus sentimientos y valores tienen a menudo escasa importancia o pertinencia en el centro de trabajo.

Para poder seguir tratando del estrés relacionado con el trabajo, es preciso definir este término, tan utilizado en la bibliografía de las ciencias del comportamiento y con tan variados significados. El estrés supone una interacción entre la persona y el medio ambiente de trabajo. Algo sucede en el campo laboral que plantea al individuo una demanda, obstáculo, exigencia u oportunidad de comportamiento y respuesta consiguiente. “Existe potencial de estrés cuando una situación del entorno se percibe como una demanda que amenaza superar las capacidades y recursos de la persona para satisfacerla, en condiciones en las que él o ella esperan una diferencia sustancial en las recompensas y costes de satisfacer o no esa demanda” (McGrath 1976).

Conviene señalar que el grado en el que la demanda excede la expectativa percibida y el grado de recompensa diferencial esperado del cumplimiento o no de esa demanda reflejan la magnitud del estrés a que la persona se ve sometida. McGrath sugiere, además, que el estrés puede manifestarse de la siguiente forma: “Valoración cognitiva en la que el estrés experimentado subjetivamente depende de la percepción de la situación por la persona. En esta categoría, en las respuestas emocional, fisiológica y del comportamiento influye significativamente la interpretación que hace la persona de la situación de estrés “objetiva” o “externa”.

Otro componente del estrés es la experiencia previa del individuo ante un situación similar y su respuesta empírica. A ello se asocia el factor de refuerzo, positivo o negativo, los éxitos o fracasos que pueden intervenir para reducir o aumentar, respectivamente, los niveles de estrés subjetivo experimentado.

El agotamiento es una forma de estrés. Es un proceso definido como una sensación de deterioro y cansancio progresivos con eventual pérdida completa de energía. También va acompañado a menudo por una falta de motivación, un sentimiento que sugiere “ya basta, no más”. Es una sobrecarga que tiende, a lo largo del tiempo, a afectar a las actitudes, al estado de ánimo y a la conducta general (Freudenberger 1975; Freudenberger y Richelson 1981). Se trata de un proceso sutil, que se desarrolla lentamente y que a veces evoluciona por fases. Muchas veces no es percibido por la persona más afectada, que es la última en creer que el proceso se está produciendo.

Los síntomas del agotamiento se manifiestan a nivel físico como molestias psicósomáticas difusas, alteraciones del sueño, fatiga excesiva, trastornos gastrointestinales, dolores de espalda, cefaleas, distintos procesos cutáneos o dolores cardíacos vagos inexplicables (Freudenberger y North 1986).

Los cambios mentales y del comportamiento son más sutiles. “El agotamiento se manifiesta a menudo por una facilidad para la irritación, problemas sexuales (p. ej., impotencia, frigidez), empeño en encontrar defectos, ira y un bajo umbral de frustración” (Freudenberger 1984a).

Otros signos afectivos y del estado de ánimo pueden ser un distanciamiento progresivo, pérdida de la confianza en sí mismo y menor autoestima, depresión, grandes oscilaciones del estado de ánimo, incapacidad para concentrarse o prestar atención, mayor cinismo y pesimismo, y una sensación general de futilidad. A lo largo del tiempo, la persona contenta se hace malhumorada, la afectiva se vuelve silenciosa y distante y el optimista se convierte en pesimista.

Las alteraciones más frecuentes de los afectos parecen ser la ansiedad y la depresión. La primera se asocia sobre todo al rendimiento laboral. Las características de las condiciones de trabajo que parecen más importantes en el desarrollo de esta forma de ansiedad son la ambigüedad de rol y la sobrecarga de rol (Srivastava 1989).

Wilke (1977) indicó que “un campo en el que existe una oportunidad especial de conflicto para el sujeto con trastornos de personalidad es la naturaleza jerarquizada de la organización del trabajo. El origen de estas dificultades puede estar en el propio individuo, en la organización o en alguna combinación interactiva de ambos”.

Los rasgos depresivos forman parte a menudo de los síntomas de presentación de los problemas relacionados con el trabajo. Los cálculos realizados a partir de datos epidemiológicos sugieren que la depresión afecta al 8 a 12 % de los varones y al 20 a 25 % de las mujeres. La esperanza de vida de las reacciones depresivas graves garantiza prácticamente que los aspectos laborales de la vida de muchas personas se verán afectados por la depresión en algún momento (Charney y Weissman 1988).

La gravedad de estas observaciones quedó validada en un estudio realizado por la Northwestern National Life Insurance Company, “Employee Burnout: America’s Newest Epidemic” (1991), efectuado en un total de 600 trabajadores de todo el país y en el que se identificaron la extensión, causas, costes y soluciones relacionados con el estrés del lugar de trabajo. Los hallazgos más llamativos de esta investigación fueron que, en 1990, uno de cada tres norteamericanos pensaba seriamente en dejar su trabajo a causa del estrés, y que una proporción similar preveía experimentar agotamiento laboral en el futuro. Casi la mitad de los 600 entrevistados consideraban sus niveles de estrés “muy altos o extraordinariamente altos”. Los cambios laborales, como los recortes de las prestaciones de los trabajadores, el cambio de propiedad, la frecuente necesidad de horas extraordinarias o la reducción de plantilla tienden a acelerar la aparición del estrés.

MacLean (1986) ha estudiado con mayor detalle los factores de estrés laboral, como las condiciones de trabajo incómodas o inseguras, la sobrecarga cuantitativa o cualitativa, la ausencia de control sobre el proceso y el ritmo de trabajo, y también la monotonía y el aburrimiento.

Además, las empresas informan de que un número creciente de sus trabajadores padecen problemas de abuso de alcohol o sustancias psicoactivas (Freudenberger 1984b). Entre los factores de estrés más comunes se encuentran el divorcio o los problemas matrimoniales, junto a otros de carácter familiar agudos o crónicos, como la necesidad de cuidar de un pariente anciano o discapacitado.

La evaluación y clasificación destinadas a reducir la posibilidad de agotamiento pueden enfocarse desde los puntos de vista relacionados con los intereses vocacionales, las elecciones o preferencias vocacionales y las características de las personas con preferencias distintas (Holland 1973). Podrían utilizarse sistemas informatizados de orientación profesional o equipos de simulación laboral (Krumboltz 1971).

Los factores bioquímicos influyen en la personalidad, y los efectos de su equilibrio o desequilibrio en el estado de ánimo y en el comportamiento quedan claramente demostrados por los cambios de personalidad que aparecen durante la menstruación. Durante los últimos 25 años, se ha prestado gran atención a las catecolaminas suprarrenales, adrenalina y noradrenalina, y a otras aminas biógenas. Se han establecido relaciones entre estas sustancias y las sensaciones de miedo, ira y depresión (Barchas y cols. 1971).

Los instrumentos de evaluación psicológica más utilizados son:

- Inventario de la personalidad de Eysenck e Inventario de la Personalidad de Madsley
- Perfil de personalidad de Gordon
- Cuestionario de la Escala de Ansiedad del IPAT
- Estudio de valores
- Inventario de Preferencia Vocacional de Holland
- Test de Interés Vocacional de Minnesota
- Test de las manchas de tinta de Rorschach
- Prueba de Apercepción Temática

Ninguna discusión sobre el agotamiento estaría completa sin una breve referencia al cambiante sistema familia-trabajo. Shellenberger, Hoffman y Gerson (1994) indicaron que “Las familias pugnan por sobrevivir en un mundo cada vez más complejo y desconcertante. Con más elecciones de las que pueden considerar, las personas intentan encontrar un equilibrio entre el trabajo, el ocio, el amor y la responsabilidad familiar”.

Al mismo tiempo, los papeles de la mujer en el mundo laboral son cada vez más amplios, y más del 90 % de las mujeres de Estados Unidos citan el trabajo como una fuente de identidad y autovaloración. Además del cambiante papel de varones y mujeres, la conservación de dos fuentes de ingresos obliga a veces a efectuar cambios en la vida cotidiana, como mudarse para ocupar un puesto de trabajo, desplazarse diariamente a larga distancia o vivir en lugares distintos. Todos estos factores pueden causar graves tensiones en las relaciones interpersonales y en el trabajo.

Para reducir el agotamiento y el estrés a nivel individual, pueden ofrecerse las siguientes soluciones:

- Aprende a equilibrar tu vida
- Comparte tus pensamientos y comunica tus preocupaciones
- Limita el consumo de alcohol
- Reconsidera tus actitudes personales
- Aprende a establecer prioridades
- Desarrolla intereses ajenos al trabajo

- Haz trabajo voluntario
- Reconsidera tu necesidad de perfeccionismo
- Aprende a delegar y a pedir ayuda
- Tómate tiempo libre
- Haz ejercicio y sigue una alimentación nutritiva
- Aprende a no tomarte tan en serio a tí mismo.

A mayor escala, es imprescindible que el gobierno y las empresas tengan en cuenta las necesidades familiares. Para reducir o amortiguar el estrés en el sistema familia-trabajo, será preciso llevar a cabo una importante reorganización de toda la estructura de la vida familiar y laboral. "Una distribución más equitativa de las relaciones entre ambos sexos y el posible escalonamiento de los tiempos de trabajo y no trabajo a lo largo de la vida, de forma que los permisos por maternidad y paternidad y los años sabáticos se conviertan en circunstancias habituales" (Shellenberger, Hoffman y Gerson 1994).

Como señaló Entin (1994), el aumento de la diferenciación del yo, ya sea en el seno de la familia o en la empresa, tiene una importante repercusión en la reducción del estrés, la ansiedad y el agotamiento.

Las personas necesitan mayor control sobre sus propias vidas y tener la responsabilidad de sus acciones, y tanto los individuos como las empresas deben volver a estudiar sus sistemas de valores. Es preciso que se produzcan cambios espectaculares. Si no prestamos atención a las estadísticas, es seguro que el agotamiento y el estrés seguirán siendo los grandes problemas que hoy son para toda la sociedad.

● TRASTORNOS COGNITIVOS

Catherine A. Heaney

Los trastornos cognitivos se definen como un deterioro significativo de la capacidad del individuo para procesar y recordar la información. En el DSM IV (American Psychiatric Association 1994) se describen tres tipos fundamentales de estos trastornos: delirio, demencia y trastorno por amnesia. El delirio se desarrolla durante un breve período de tiempo y se caracteriza por afectación de la memoria reciente, desorientación y problemas del lenguaje y de la percepción. El trastorno por amnesia se define por una alteración tal de la memoria, que los afectados no pueden aprender ni recordar la información nueva, si bien no presentan ningún otro deterioro asociado de la función cognitiva. Habitualmente, ambos trastornos se deben a los efectos fisiológicos de una enfermedad sistémica (p. ej., lesiones craneoencefálicas, fiebre alta) o al uso de sustancias psicoactivas. No hay apenas razones para sospechar que los factores laborales intervinieran directamente en la génesis de los mismos.

Sin embargo, ciertas investigaciones sugieren que los factores profesionales podrían influir en la probabilidad de sufrir las múltiples deficiencias cognitivas que constituyen la demencia. Esta se caracteriza por afectación de la memoria y al menos uno de los problemas siguientes: (a) disminución de la función de lenguaje; (b) deterioro de la capacidad de pensamiento abstracto, o (c) incapacidad para reconocer los objetos familiares, aunque no exista alteración de los sentidos (p. ej., visión, tacto). La enfermedad de Alzheimer es el tipo más frecuente de demencia.

La prevalencia de la demencia aumenta con la edad. Aproximadamente el 3 % de todos los mayores de 65 años sufrirán un grave déficit cognitivo durante cualquier año dado. Estudios recientes sobre poblaciones de edad avanzada han demostrado la existencia de un nexo entre la historia laboral de la persona y su probabilidad de desarrollar demencia. Por ejemplo, un

estudio sobre ancianos del medio rural efectuado en Francia (Dartigues y cols. 1991) comprobó que los que se habían dedicado fundamentalmente a trabajos agrícolas, al servicio doméstico o a trabajar como obreros manuales corrían un riesgo significativamente superior de alteración cognitiva grave que los que habían sido maestros, gerentes, ejecutivos o profesionales liberales. Además, este aumento del riesgo *no* se debía a diferencias entre grupos de trabajadores en lo referente a edad, sexo, educación, consumo de bebidas alcohólicas, alteraciones sensoriales o uso de agentes psicotropos.

La demencia es sumamente rara en personas menores de 65 años, por lo que no se ha hecho ningún estudio sobre la profesión como factor de riesgo en esta población. No obstante, una gran investigación efectuada en Estados Unidos (Farmer y cols., 1995) demostró que los menores de 65 años con altos niveles educativos tenían menos probabilidades de sufrir alteraciones del funcionamiento cognitivo que las personas de edad similar y menor grado de educación. Los autores de este estudio comentaron que el nivel educativo podría ser una "variable indicadora" que reflejara, en realidad, el efecto de la exposición profesional. En este momento, esta conclusión no pasa de ser una hipótesis.

Aunque son varios los estudios que han encontrado asociación entre la profesión principal del individuo y el desarrollo de demencia en la ancianidad, la explicación o mecanismo subyacente a este fenómeno se desconocen. Es posible que en ciertas profesiones existan mayores niveles de exposición a sustancias tóxicas y disolventes que en otras. Por ejemplo, existen cada vez más pruebas de que la exposición tóxica a pesticidas y herbicidas puede tener efectos desfavorables para el sistema nervioso. De hecho, se ha sugerido que tales exposiciones podrían explicar el mayor riesgo de demencia de los trabajadores agrícolas franceses comentado más arriba. Además, hay también indicios de que la ingestión de ciertos minerales (p. ej., aluminio y calcio como componentes del agua potable) podría influir en el riesgo de afectación cognitiva. Ciertas profesiones implicarían una exposición diferencial a estos minerales. Sería necesario investigar con mayor detalle los posibles mecanismos fisiopatológicos.

Los niveles de estrés psicosocial de ciertas profesiones podrían contribuir asimismo a crear el nexo entre profesión y demencia. Los trastornos cognitivos no suelen considerarse problemas de salud mental relacionados con el estrés. Una revisión sobre la relación entre estrés y enfermedad psiquiátrica se centró en los trastornos por ansiedad, la esquizofrenia y la depresión sin hacer mención alguna de los procesos cognitivos (Rabkin 1993). Existe un tipo de trastorno, denominado amnesia disociativa, que se caracteriza por la imposibilidad de recordar un acontecimiento traumático o angustioso vivido, sin ninguna otra alteración de la memoria. Este trastorno está, evidentemente, ligado al estrés, pero no se clasifica dentro de los trastornos cognitivos en el DSM IV.

Si bien no se ha establecido una relación explícita entre el estrés y el desarrollo de los trastornos cognitivos, se ha demostrado que la vivencia de un estrés psicosocial afecta a la forma en que las personas procesan la información y a su capacidad para recordarla. La activación del sistema nervioso autónomo, componente común de reacción a los factores de estrés, alerta al individuo ante el hecho de que "las cosas no son lo que parecen o deberían ser" (Mandler 1993). Al principio, este estado de alerta mejora la capacidad del sujeto para dirigir su atención a los aspectos fundamentales y resolver los problemas. Sin embargo, el aspecto negativo es que la activación consume parte de la "capacidad consciente disponible", o los recursos de que el individuo dispone para procesar la información que le llega. Así pues, un alto grado de estrés psicosocial tendrá, en última

instancia, las consecuencias siguientes: (1) limitar la capacidad para examinar toda la información importante disponible de forma ordenada (2) interferir en la capacidad para detectar con rapidez las claves periféricas, (3) reducir la capacidad para mantener la atención en el problema, y (4) menoscabar ciertos aspectos del rendimiento de la memoria. Hasta la fecha, si bien se ha comprobado que esta disminución de la capacidad de procesar la información puede dar lugar a síntomas similares a los asociados a los trastornos cognitivos, no se ha establecido relación alguna entre estas alteraciones leves y la probabilidad de desarrollar un trastorno cognitivo de importancia clínica.

Un tercer factor que puede contribuir a la relación entre profesión y alteración cognitiva sería el grado de estimulación mental exigido por el trabajo. En el estudio sobre ancianos del medio rural francés antes descrito, las profesiones asociadas al riesgo más bajo de demencia fueron las que exigían mayores grados de actividad intelectual (p. ej., médico, maestro, abogado). Una hipótesis plausible es que la actividad intelectual o la estimulación mental propias de estas profesiones produzcan ciertos cambios biológicos en el encéfalo que, a su vez, protege al trabajador frente al deterioro de la función cognitiva. El bien conocido efecto protector de la educación a este respecto sería compatible con esta hipótesis.

Es prematuro extraer conclusiones para la prevención o el tratamiento de los hallazgos aquí resumido. De hecho, la asociación entre la profesión principal de las personas y la instauración de la demencia en la ancianidad puede no deberse a la exposición profesional ni al tipo de trabajo realizado. Por el contrario, podría deberse a diferencias en las características propias de los trabajadores de cada profesión. Por ejemplo, las diferencias entre las actitudes hacia la propia salud o en el acceso a una atención médica de calidad pueden explicar, al menos, parte del efecto de la profesión. Ninguno de los estudios descriptivos publicados permite descartar esta posibilidad. Se necesitan nuevas investigaciones para explorar la eventual contribución de los tipos específicos de exposición psicosocial, química y física del entorno profesional a la etiología de este trastorno cognitivo.

● KAROSHI: MUERTE POR EXCESO DE TRABAJO

Takashi Haratani

¿Qué es el karoshi?

Karoshi es una palabra japonesa que significa muerte por exceso de trabajo. Este fenómeno fue reconocido inicialmente en Japón, y el término ha sido adoptado en todo el mundo (Drinkwater 1992). Uehata (1978) comunicó 17 casos en la 51ª reunión anual de la Asociación Japonesa de Salud Industrial. De ellos, en siete se concedió una indemnización como enfermedades laborales, pero no diez restantes. En 1988, un grupo de abogados creó el Consejo Nacional de Defensa de Víctimas del Karoshi (1990) y estableció una consulta telefónica para responder a las preguntas acerca de las indemnizaciones por muertes relacionadas con este trastorno. Uehata (1989) utilizó la palabra *karoshi* como término medicosocial que comprende los fallecimientos o incapacidades laborales de origen cardiovascular (como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca aguda) que pueden producirse cuando el trabajador con una enfermedad arteriosclerótica hipertensiva se ve sometido a una fuerte sobrecarga de trabajo. El *karoshi* no es un término exclusivamente médico. Los medios de comunicación lo utilizan con frecuencia porque subraya el hecho de que la muerte súbita (o la

incapacidad) se deben al exceso de trabajo y debe ser objeto de indemnización. El *karoshi* se ha convertido en un importante problema social en Japón.

Investigación sobre el karoshi

Uehata (1991a) realizó un estudio en 203 trabajadores japoneses (196 varones y 7 mujeres) que habían sufrido episodios cardiovasculares. Ellos, o sus familiares, le habían consultado acerca la posibilidad de recibir indemnizaciones entre 1974 y 1990. Se habían producido un total de 174 muertes; 55 casos habían recibido ya indemnización por enfermedad profesional. Un total de 123 trabajadores habían sufrido accidentes cerebrovasculares (57 hemorragias subaracnoideas, 46 hemorragias cerebrales, 13 infartos cerebrales y 7, no clasificados); se habían producido 50 casos de insuficiencia cardíaca aguda, 27 infartos de miocardio y 4 disecciones aórticas. Sólo se hizo autopsia en 16 casos. Más de la mitad de los trabajadores tenían antecedentes de hipertensión, diabetes u otros problemas arterioscleróticos. Un total de 131 sujetos habían hecho horarios prolongados, más de 60 horas a la semana, más de 50 horas extra al mes o más de la mitad de sus turnos de vacaciones. En 88 trabajadores se encontraron acontecimientos desencadenantes identificables en las 24 horas previas al suceso. Uehata llegó a la conclusión que los afectados eran fundamentalmente varones con horarios de trabajo muy prolongados y otras sobrecargas generadoras de estrés, y que estos estilos de trabajo exacerbaban sus otros hábitos de vida y originaban los ataques, desencadenados en última instancia por pequeños sucesos o problemas laborales.

El modelo de Karasek y el karoshi

Según el modelo demanda-control de Karasek (1979), un empleo que entraña una alta tensión —en el que se da una combinación de demanda elevada y bajo control (amplitud del margen de toma de decisiones)— aumenta el riesgo de tensión psicológica y enfermedad física; un empleo activo —que combine una gran demanda y un gran control— exige una motivación de aprendizaje para desarrollar nuevos patrones de comportamiento. Uehata (1991b) señaló que puestos de trabajo de los casos de *karoshi* se caracterizaban por un mayor grado de demanda laboral y un menor apoyo social, mientras que el grado de control sobre el trabajo era muy variable. Según su descripción, los casos de *karoshi* eran trabajadores entusiastas y dedicados, por lo que tendían a olvidar su necesidad de descanso periódico, e incluso la necesidad de atención médica. Se ha sugerido que el riesgo puede ser alto no sólo en los puestos de trabajo que generan gran tensión, sino también en los más activos. Los directivos y técnicos tienen un gran margen de toma de decisiones. Si sus demandas son muy altas y se muestran entusiastas en su trabajo, pueden no controlar sus horas de trabajo, en cuyo caso serían un grupo de riesgo para el *karoshi*.

Conducta de comportamiento tipo A en Japón

Friedman y Rosenman (1959) propusieron el concepto de patrón de comportamiento tipo A (PCTA). Son muchos los estudios en los que se ha demostrado una relación entre el PCTA y la prevalencia o incidencia de cardiopatía coronaria (CC).

Hayano y cols. (1989) investigaron las características del PCTA en trabajadores japoneses usando la encuesta de actividad de Jenkins (JAS). En su trabajo, analizaron las respuestas de 1.682 empleados varones de una compañía telefónica. La estructura de factores de la JAS en esta población fue, en muchos aspectos, similar a la encontrada en el Western Collaborative Group Study (WCGS). Sin embargo, la puntuación media del factor H (dedicación y competitividad) fue considerablemente inferior en los japoneses que en la población del WCGS.

Monou (1992) revisó la investigación del PCTA realizada en Japón y llegó a las siguientes conclusiones: en Japón, el PCTA es menos prevalente que en Estados Unidos; en ese país, la relación entre el PCTA y la cardiopatía coronaria parece ser significativa, pero más débil que en Estados Unidos; en los japoneses, el PCTA se caracteriza más que en Estados Unidos por la adición al trabajo y la "capacidad de dirección del grupo"; el porcentaje de individuos muy hostiles es menor en Japón; no hay relación entre la hostilidad y la CC.

La cultura japonesa es muy distinta a la de los países occidentales. Se encuentra muy influida por el budismo y el confucianismo. En términos generales, los trabajadores japoneses están centrados en la organización, y se presta más importancia a la cooperación con los colegas que a la competencia. En Japón, la competitividad es un factor menos importante en las conductas propensas a la isquemia miocárdica que la dedicación al puesto de trabajo o la tendencia al exceso de trabajo. La sociedad japonesa suprime la expresión directa de la hostilidad. Esta se expresa de distinta forma que en las sociedades occidentales.

Horas de trabajo de los trabajadores japoneses

Se sabe que los empleados japoneses trabajan muchas más horas que sus colegas de los países industrializados occidentales. En 1993, la jornada anual normal de los trabajadores de producción fue de 2.017 horas en Japón, mientras que en Estados Unidos fue de 1.904 horas, en Francia de 1.763 horas y en el Reino Unido, de 1.769 horas (OIT 1995). Sin embargo, en Japón se está produciendo una reducción paulatina de las jornadas de trabajo. En 1960, el promedio de horas trabajadas en las empresas de 30 o más trabajadores fue de 2.484 horas, pero en 1994 había disminuido a 1.957 horas. El artículo 32 de la Ley de reglamentación laboral, que fue revisado en 1987, establece una semana de 40 horas. Se prevé que esta jornada se introduzca progresivamente durante el decenio de 1990. En 1985, se concedió la semana de 5 días laborables al 27 % de los trabajadores de empresas con plantillas de 30 empleados o más; en 1993, alcanzaba ya al 53 % de ellos. El trabajador medio tenía derecho a 16 días de vacaciones pagadas en 1993, pero en realidad sólo disfrutaba de 9 días por término medio. En Japón, los días de vacaciones pagadas son pocos, y los trabajadores tienden a destinarlos a cubrir los días de baja por enfermedad.

¿Por qué trabajan tantas horas los japoneses? Deutschmann (1991) señaló tres condiciones estructurales subyacentes al patrón actual de jornada laboral prolongada en Japón. En primer lugar, la necesidad permanente de los trabajadores de mejorar sus ingresos; en segundo, la estructura centrada en la empresa de las relaciones laborales, y en tercero, el estilo holístico de la gestión de personal en el país. Estas condiciones se deben a factores históricos y culturales. En 1945, Japón sufrió la primera derrota de su historia y, después de la guerra, fue un país de bajos salarios. Los japoneses se acostumbraron a trabajar muchas horas para subsistir. Puesto que los sindicatos colaboran con las empresas, los conflictos laborales son relativamente raros. Las empresas del país adoptaron un sistema de salarios basado en la antigüedad y en el empleo fijo. El número de horas mide la lealtad y la cooperación del trabajador y se convierte en un criterio de promoción. Los trabajadores no son obligados a trabajar muchas horas, sino que desean trabajar para sus empresas, como si fueran su propia familia. La vida laboral tiene prioridad sobre la familiar. Estas jornadas tan largas han contribuido al espectacular desarrollo económico de Japón.

Encuesta nacional sobre la salud de los trabajadores

El Ministerio de Trabajo de Japón llevó a cabo encuestas sobre el estado de salud de los trabajadores en 1982, 1987 y 1992. En la

encuesta de 1992, se identificaron 12.000 empresas privadas con 10 o más empleados, de las que se extrajo al azar una muestra nacional de 16.000 trabajadores de todo el país, representativos de las distintas industrias y empleos, que debían completar ciertos cuestionarios. Estos cuestionarios se enviaron por correo a un representante del centro de trabajo, que posteriormente seleccionaba a los que debían contestarlos.

El 65 % de estos trabajadores se quejaban de cansancio físico debido a su trabajo habitual, y el 48 % manifestaban fatiga mental. El 57 % afirmaban sufrir una fuerte ansiedad, preocupación o estrés en relación con su trabajo o su vida laboral. Se descubrió una prevalencia creciente de trabajadores con estrés, que había sido del 55 % en 1987 y del 51 % en 1982. Las causas principales del estrés fueron: relaciones insatisfactorias en el lugar de trabajo, 48 %; calidad del trabajo, 41 %; cantidad de trabajo, 34 %.

El 86 % de estos centros de trabajo efectuaban exploraciones sanitarias periódicas. En el 44 % de ellos se llevaban a cabo actividades de promoción de la salud. De estos últimos, el 48 % tenían actividades deportivas, el 46 % realizaban programas de ejercicio físico y el 35 % disponían de asesoramiento sobre salud.

Política nacional de protección y promoción de la salud de los trabajadores

El objetivo de la Ley de Salud y Seguridad Industrial de Japón es garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo, así como facilitar el desarrollo de entornos laborales confortables. La ley señala que la empresa no sólo debe cumplir las normas mínimas para prevenir los accidentes y enfermedades laborales, sino que también debe intervenir activamente para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en el puesto de trabajo mediante la creación de un entorno laboral cómodo y la mejoría de las condiciones de trabajo.

El artículo 69 de la ley, modificado en 1988, señala que la empresa debe hacer esfuerzos continuos y sistemáticos en favor del mantenimiento y la promoción de la salud de sus trabajadores, tomando para ello las medidas oportunas, como proporcionar servicios de educación para la salud y asesoramiento. En 1988, el Ministerio de Trabajo de Japón anunció las directrices en que debían basarse las medidas adoptadas por las empresas para la promoción y el mantenimiento de la salud de sus trabajadores. En ellas, se recomienda la instauración de programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo, según el denominado Plan Total de Promoción de la Salud: ejercicio (entrenamiento y asesoramiento), educación para la salud, asesoramiento psicológico y asesoramiento nutricional basado en el estado de salud de los trabajadores.

En 1992, el Ministerio de Trabajo de Japón publicó las directrices para la creación de entornos laborales confortables. En ellas recomendaban las medidas siguientes: el entorno laboral debe mantenerse siempre en condiciones de comodidad; las condiciones de trabajo deben mejorarse para reducir la sobrecarga laboral, y deben facilitarse instalaciones para el bienestar de los trabajadores que necesiten recuperarse de la fatiga. Se han establecido préstamos a bajo interés y ayudas para las pequeñas y medianas empresas para que mejoren las condiciones de los centros de trabajo y aumenten su comodidad.

Conclusión

Todavía no se ha demostrado de manera fehaciente que el exceso de trabajo produzca la muerte repentina. Son necesarios nuevos estudios para dilucidar esta relación causal. Es preciso reducir el número de horas trabajadas para prevenir el karoshi. La política laboral nacional japonesa se ha centrado en los peligros del trabajo y en la atención sanitaria a los trabajadores con

problemas. Es preciso mejorar el entorno laboral psicológico como paso imprescindible para lograr un entorno laboral confortable. Debe estimularse la puesta en práctica de las exploraciones

de salud y de los programas de promoción de la salud de todos los trabajadores. Estas actividades permitirán prevenir el karoshi y reducir el estrés.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III). 3ª edición. Washington, DC: APA Press.
- . 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV). 4th edition. Washington, DC: APA Press.
- Ballenger, J. 1993. The co-morbidity and etiology of anxiety and depression. *Update on Depression*. Smith-Kline Beecham Workshop. Marina del Rey, Calif., 4 April.
- Barchas, JD, JM Stolk, RD Ciaranello, DA Hamberg. 1971. Neuroregulatory agents and psychological assessment. En *Advances in Psychological Assessment*, dirigido por P McReynolds. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books.
- Beaton, R, S Murphy, K Pike, M Jarrett. 1995. Stress-symptom factors in firefighters and paramedics. En *Organizational Risk Factors for Job Stress*, dirigido por S Sauter y L Murphy. Washington, DC: APA Press.
- Beiser, M, G Bean, D Erickson, K Zhan, WG Iscono, NA Rector. 1994. Biological and psychosocial predictors of job performance following a first episode of psychosis. *Am J Psychiatr* 151(6):857-863.
- Bentall, RP. 1990. The illusion or reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull* 107(1):82-95.
- Braverman, M. 1992a. Post-trauma crisis intervention in the workplace. En *Stress and Well-Being at Work: Assessments and Interventions for Occupational Mental Health*, dirigido por JC Quick, LR Murphy y JJ Hurrell. Washington, DC: APA Press.
- . 1992b. A model of intervention for reducing stress related to trauma in the workplace. *Cond Work Dig* 11(2).
- . 1993a. Preventing stress-related losses: Managing the psychological consequences of worker injury. *Compens Benefits Manage* 9(2) (Spring).
- . 1993b. Coping with trauma in the workplace. *Compens Benefits Manage* 9(2) (Spring).
- Brodsky, CM. 1984. Long-term workstress. *Psychomatics* 25 (5):361-368.
- Buono, A, J Bowditch. 1989. *The Human Side of Mergers and Acquisitions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Comer, NL, L Madow, JJ Dixon. 1967. Observation of sensory deprivation in a life-threatening situation. *Am J Psychiatr* 124:164-169.
- Cooper, C, R Payne. 1992. International perspectives on research into work, well-being and stress management. En *Stress and Well-Being at Work*, dirigido por J Quick, L Murphy y J Hurrell. Washington, DC: APA Press.
- Charney, EA, MW Weissman. 1988. Epidemiology of depressive and manic syndromes. En *Depression and Mania*, dirigido por A Georgotas y R Cancro. Nueva York: Elsevier.
- Dartigues, JF, M Gagnon, L Letenneur, P Barberger-Gateau, D Commenges, M Ewaldre, R Salamon. 1991. Principal lifetime occupation and cognitive impairment in a French elderly cohort (Paquid). *Am J Epidemiol* 135:981-988.
- Deutschmann, C. 1991. The worker-bee syndrome in Japan: An analysis of working-time practices. En *Working Time in Transition: The Political Economy of Working Hours in Industrial Nations*, dirigido por K Hinrichs, W Roche y C Sirianni. Filadelfia: Temple Univ. Press.
- DeWolf, CJ. 1986. Methodological problems in stress studies. En *The Psychology of Work and Organizations*, dirigido por G Debus y HW Schroiff. North Holland: Elsevier Science.
- Drinkwater, J. 1992. Death from overwork. *Lancet* 340: 598.
- Eaton, WW, JC Anthony, W Mandel, R Garrison. 1990. Occupations and the prevalence of major depressive disorder. *J Occup Med* 32(11):1079-1087.
- Entin, AD. 1994. The work place as family, the family as work place. Documento inédito presentado en la American Psychological Association, Los Angeles, California.
- Eysenck, HJ. 1982. The definition and measurement of psychoticism. *Personality Individ Diff* 13(7):757-785.
- Farmer, ME, SJ Kittner, DS Rae, JJ Bartko, DA Regier. 1995. Education and change in cognitive function. The epidemiological catchment area study. *Ann Epidemiol* 5:1-7.
- Freudenberger, HJ. 1975. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory, Res Pract* 12:1.
- . 1984a. Burnout and job dissatisfaction: Impact on the family. En *Perspectives on Work and Family*, dirigido por JC Hammer y SH Cramer. Rockville, Md: Aspen.
- . 1984b. Substance abuse in the work place. *Cont Drug Prob* 11(2):245.
- Freudenberger, HJ, G North. 1986. *Women's Burnout: How to Spot It, How to Reverse It and How to Prevent It*. Nueva York: Penguin Books.
- Freudenberger, HJ and G Richelson. 1981. *Burnout: How to Beat the High Cost of Success*. Nueva York: Bantam Books.
- Friedman, M, RH Rosenman. 1959. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J Am Med Assoc* 169:1286-1296.
- Greenberg, PE, LE Stiglin, SN Finkelstein, ER Berndt. 1993a. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 54(11):405-418.
- . 1993b. Depression: A neglected major illness. *J Clin Psychiatry* 54(11):419-424.
- Gründemann, RWM, ID Nijboer, AJM Schellart. 1991. *The Work-Relatedness of Drop-Out from Work for Medical Reasons*. La Haya: Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo.
- Hayano, J, S Takeuchi, S Yoshida, S Jozuka, N Mishima, T Fujinami. 1989. Type A behavior pattern in Japanese employees: Cross-cultural comparison of major factors in Jenkins Activity Survey (JAS) responses. *J Behav Med* 12(3):219-231.
- Himmerstein, JS, GS Pransky. 1988. *Occupational Medicine: Worker Fitness and Risk Evaluations*. Vol. 3. Filadelfia: Hanley & Belfus.
- Hines, LL, TW Durham, GR Geoghegan. 1991. Work and self-concept: The development of a scale. *J Soc Behav Personal* 6:815-832.
- Hobfoll, WE. 1988. *The Ecology of Stress*. Nueva York: Hemisphere.
- Holland, JL. 1973. *Making Vocational Choices: A Theory of Careers*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Houtman, I, A Goudswaard, S Dhondt, M van der Grinten, V Hildebrandt, M Kompier. 1995. *Evaluation of the Monitor on Stress and Physical Load*. La Haya: VUGA.
- Houtman, IL, MAJ Kompier. 1995. Risk factors and occupational risk groups for work stress in the Netherlands. En *Organizational Risk Factors for Job Stress*, dirigido por SL Sauter y LR Murphy. Washington, DC: APA Press.
- Human Capital Initiative (HCI). 1992. Changing nature of work. *APS Observer* número especial.
- Jeffreys, J. 1995. *Coping With Workplace Change: Dealing With Loss and Grief*. Menlo Park, Calif.: Crisp.
- Jorgensen, P. 1987. Social course and outcome of delusional psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 75:629-634.
- Kahn, JP. 1993. *Mental Health in the Workplace -A Practical Psychiatric Guide*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Kaplan, HI, BJ Sadock. 1994. *Synopsis of Psychiatry—Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, HI, BJ Sadock. 1995. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Karasek, R. 1979. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q* 24:285-307.
- Karasek, R, T Theorell. 1990. *Healthy Work*. Londres: Basic Works.
- Katon, W, A Kleinman, G Rosen. 1982. Depression and somatization: A review. *Am J Med* 72:241-247.
- Kobasa, S, S Maddi, S Kahn. 1982. Hardiness and health: A prospective study. *J Personal Soc Psychol* 45:839-850.
- Kompier, M, E de Gier, P Smulders, D Draaisma. 1994. Regulations, policies and practices concerning work stress in five European countries. *Work Stress* 8(4):296-318.
- Krumboltz, JD. 1971. *Job Experience Kits*. Chicago: Science Research Associates.
- Kuhnert, K, R Vance. 1992. Job insecurity and moderators of the relation between job insecurity and employee adjustment. En *Stress and Well-Being at Work*, dirigido por J Quick, L Murphy y J Hurrell Jr. Washington, DC: APA Press.
- Labig, CE. 1995. *Preventing Violence in the Workplace*. Nueva York: AMACON.
- Lazarus, RS. 1991. Psychological stress in the workplace. *J Soc Behav Personal* 6(7):114.
- Lemen, R. 1995. Welcome and opening remarks. Presentado en la Conferencia, "Work Stress and Health '95: Creating Healthier Workplaces", 15 de septiembre de 1995, Washington, DC.
- Levi, L, M Frandenhauer, B Gardell. 1986. The characteristics of the workplace and the nature of its social demands. En *Occupational Stress: Health and Performance at Work*, dirigido por SG Wolf y AJ Finestone. Littleton, Mass: PSG.
- Link, BG, A Stueve. 1994. Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls. En *Violence and Mental Disorders: Development in Risk Assessment*, dirigido por J Mohnhan y HJ Steadman. Chicago, Illinois: Univ. of Chicago.
- Link, BP, PB Dohrenwend, AE Skodol. 1986. Socio-economic status and schizophrenia: Noisome occupational characteristics as a risk factor. *Am Soc Rev* 51 (April):242-258.
- Lowman, RL. 1993. *Counseling and Psychotherapy of Work Dysfunctions*. Washington, DC: APA Press.

- MacLean, AA. 1986. *High Tech Survival Kit: Managing Your Stress*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Mandler, G. 1993. Thought, memory and learning: Effects of emotional stress. En *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, dirigido por L. Goldberger y S. Breznitz. Nueva York: Free Press.
- Margolis, BK, WH Kroes. 1974. Occupational stress and strain. En *Occupational Stress*, dirigido por A McLean. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.
- Massel, HK, RP Liberman, J Mintz, HE Jacobs, RV Rush, CA Giannini, R Zarate. 1990. Evaluating the capacity to work of the mentally ill. *Psychiatry* 53:31-43.
- McGrath, JE. 1976. Stress and behavior in organizations. En *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, dirigido por MD Dunnette. Chicago: Rand McNally College.
- McIntosh, N. 1995. Exhilarating work: An antidote for dangerous work. En *Organizational Risk Factors for Job Stress*, dirigido por S Sauter y L Murphy. Washington, DC: APA Press.
- Mishima, N, S Nagata, T Haratani, N Nawakami, S Araki, J Hurrell, S Sauter, and N Swanson. 1995. Mental health and occupational stress of Japanese local government employees. Presentado en la Conferencia "Work, Stress, and Health '95: Creating Healthier Workplaces", 15 de septiembre de 1995, Washington, DC.
- Mitchell, J, G Bray. 1990. *Emergency Service Stress*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Monou, H. 1992. Coronary-prone behavior pattern in Japan. En *Behavioral Medicine: An Integrated Biobehavioral Approach to Health and Illness*, dirigido por S Araki. Amsterdam: Elsevier Science.
- Muntaner, C, A Tien, WW Eaton, R Garrison. 1991. Occupational characteristics and the occurrence of psychotic disorders. *Social Psych Psychiatric Epidemiol* 26:273-280.
- Muntaner, C, AE Pulver, J McGrath, WW Eaton. 1993. Work environment and schizophrenia: An extension of the arousal hypothesis to occupational self-selection. *Social Psych Psychiatric Epidemiol* 28:231-238.
- National Defense Council for Victims of Karoshi. 1990. *Karoshi*. Tokyo: Mado Sha.
- Neff, WS. 1968. *Work and Human Behavior*. Nueva York: Altherton.
- Northwestern National Life. 1991. *Employee Burnout: America's Newest Epidemic. Survey Findings*. Minneapolis, Minn: Northwestern National Life.
- O'Leary, L. 1993. Mental health at work. *Occup Health Rev* 45:23-26.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 1995. *El trabajo en el mundo*. No. 8. Ginebra: OIT.
- Quick, JC, LR Murphy, JJ Hurrell, D Orman. 1992. The value of work, the risk of distress and the power of prevention. En *Stress and Well-Being: Assessment and Interventions for Occupational Mental Health*, dirigido por JC Quick, LR Murphy y JJ Hurrell. Washington, DC: APA Press.
- Rabkin, JG. 1993. Stress and psychiatric disorders. En *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, dirigido por L. Goldberger y S. Breznitz. Nueva York: Free Press.
- Robins, LN, JE Heltzer, J Croughan, JBW Williams, RE Spitzer. 1981. *NIMH Diagnostic Interviews Schedule: Version III*. Final report on contract no. 278-79-00 17DB and Research Office grant no. 33583. Rockville, Md: Department of Health and Human Services.
- Rosch, P, K Pelletier. 1987. Designing workplace stress management programs. En *Stress Management in Work Settings*, dirigido por L Murphy y T Schoenborn. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services.
- Ross, DS. 1989. Mental health at work. *Occup Health Safety* 19(3):12.
- Sauter, SL, LR Murphy, JJ Hurrell. 1992. Prevention of work-related psychological disorders: A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). En *Work and Well-Being: An Agenda for 1990's*, dirigido por SL Sauter y G Puryear Keita. Washington, DC: APA Press.
- Shellenberger, S, SS Hoffman, R Gerson. 1994. Psychologists and the changing family-work system. Documento inédito presentado en la American Psychological Association, Los Angeles, California.
- Shima, S, H Hiro, M Arai, T Tsunoda, T Shimomitsu, O Fujita, L Kurabayashi, A Fujinawa, M Kato. 1995. Stress coping style and mental health in the workplace. Presentado en la Conferencia "Work, Stress and Health '95: Creating Healthier Workplaces", 15 de septiembre de 1995, Washington, DC.
- Smith, M, D Carayon, K Sanders, S Lim, D LeGrande. 1992. Employee stress and health complaints in jobs with and without electronic performance monitoring. *Appl Ergon* 23:17-27.
- Srivastava, AK. 1989. Moderating effect of n-self actualization on the relationship of role stress with job anxiety. *Psychol Stud* 34:106-109.
- Sternbach, D. 1995. Musicians: A neglected working population in crisis. En *Organizational Risk Factors for Job Stress*, dirigido por S Sauter y L Murphy. Washington, DC: APA Press.
- Stiles, D. 1994. Video display terminal operators. Technology's biopsychosocial stressors. *J Am Assoc Occup Health Nurses* 42:541-547.
- Sutherland, VJ, CL Cooper. 1988. Sources of work stress. En *Occupational Stress: Issues and Development in Research*, dirigido por JJ Hurrell Jr, LR Murphy, SL Sauter y CL Cooper. Nueva York: Taylor & Francis.
- Uehata, T. 1978. A study on death from overwork. (I) Considerations about 17 cases. *Sangyo Igaku (Jap J Ind Health)* 20:479.
- . 1989. A study of Karoshi in the field of occupational medicine. *Bull Soc Med* 8:35-50.
- . 1991a. Long working hours and occupational stress-related cardiovascular attacks among middle-aged workers in Japan. *J Hum Ergol* 20(2):147-153.
- . 1991b. Karoshi due to occupational stress-related cardiovascular injuries among middle-aged workers in Japan. *J Sci Labour* 67(1):20-28.
- Warr, P. 1978. *Work and Well-Being*. Nueva York: Penguin.
- . 1994. A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work Stress* 8(2):84-97.
- Wells, EA. 1983. Hallucinations associated with pathological grief reaction. *J Psychiat Treat Eval* 5:259-261.
- Wilke, HJ. 1977. The authority complex and the authoritarian personality. *J Anal Psychol* 22:243-249.
- Yates, JE. 1989. *Managing Stress*. Nueva York: AMACON.
- Yodofsky, S, RE Hales, T Fergusen. 1991. *What You Need to Know about Psychiatric Drugs*. Nueva York: Grove Weidenfeld.
- Zachary, G, B Ortega. 1993. Age of Angst—Workplace revolutions boost productivity at cost of job security. *Wall Street J*, 10 de marzo.

Otras lecturas recomendadas

- Bickel, H, B Cooper. 1994. Incidence and relative risk of dementia in an urban elderly population: findings of a prospective field study. *Psycholog Med* 24:179-192.
- Gagnon, M, JF Dartigues, JM Mazaux, L Dequae, L Letenneur, JM Giroire, P Barberger-Gateau. 1994. Self-reported memory complaints and memory performance in elderly French community residents: Results of the PAQIID research program. *Neuroepidemiol* 13:145-154.
- Jacqmin, H, D Commenges, L Letenneur, P Barberger-Gateau, JF Dartigues. 1994. Components of drinking water and risk of cognitive impairment in the elderly. *Am J Epidemiol* 139:48-57.
- Mangione, CM, JM Seddon, EF Cook, JH Krug Jr, CR Sahagian, EW Campion, RJ Glynn. 1993. Correlates of cognitive function scores in elderly outpatients. *J Am Geriat Soc* 41:491-497.
- Warr, P. 1986. A vitamin model of jobs and mental health. En *The Psychology of Work and Organization*, dirigido por G Debus y HW Schroiff. North Holland: Elsevier Science.
- White, L, R Katzman, K Losonczy, M Salive, R Wallace, L Berkman, J Taylor, G Fillenbaum, R Havlik. 1994. Association of education with incidence of cognitive impairment in three established populations for epidemiologic studies of the elderly. *J Clin Epidemiol* 47:363-374.
- Zyzanski, SJ, CD Jenkins. 1970. Basic dimensions within coronary-prone behavior pattern. *J Chron Dis* 22:781-795.

