

CUIDEMOS A LOS CUIDADORES: LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Caring for the caregivers:
mental health of health workers

31 / SP

Rubén Alvarado M.

Médico Psiquiatra
Magister en Salud Pública
PhD (C) en Psiquiatría y
Cuidados Comunitarios

Conferencia de cierre de
las I Jornadas
Internacionales de la
Escuela de Salud Pública
de la F.C.M. de la
Universidad Nacional de
Córdoba, Argentina, 25 de
noviembre del 2005

Resumen

Se realiza una revisión de literatura acerca de los fundamentos y la evidencia que permitiría sustentar una intervención de detección temprana para el primer episodio de psicosis. Existe suficiente evidencia que permite sustentar que durante el primer episodio de psicosis se producen cambios importantes a nivel neurobiológico y psicosocial, que determinan en forma sustancial el pronóstico futuro, especialmente en lo que se refiere al grado de funcionamiento global y a los niveles de discapacidad (“hipótesis del período crítico”). A su vez, hay evidencia que demuestra que un menor tiempo de psicosis no tratada durante el primer episodio se asocia con un mejor pronóstico. Esto ha motivado el desarrollo de intervenciones que permitan una detección lo más temprana posible desde el inicio de los primeros síntomas de la psicosis. Los resultados obtenidos – todos en países desarrollados - muestran una notable mejoría en el tiempo de psicosis no tratada, en la recuperación y pronóstico de la enfermedad, así como en la reducción de riesgos asociados (tales como el consumo de drogas y el suicidio). Estos antecedentes han determinado que la OMS haya recomendado que los países adopten políticas al respecto, orientadas a la detección temprana de personas con episodios de psicosis.

Palabras clave: Salud Mental – Trabajadores de la salud
Mental Health – Health Workers.

Abstract

Literature is revised on the basics and the evidence that would support an early detection intervention for the first psychotic episode. There is enough evidence to support that during the first psychotic episode there are important neurobiological and psychosocial changes, which considerably determine the future prognosis, especially as regards the overall performance and the levels of disability ("critical period hypothesis"). In turn, there is evidence supporting that less untreated psychosis time during the first period is associated with a better prognosis. This has led to the development of interventions to allow for detection as early as possible from the onset of the first psychosis symptoms. The results obtained (all in developed countries) show a marked improvement in the untreated psychosis time, in recovery and prognosis of the disease and in reduction of associated risks (such as drug abuse and suicide). Based on these antecedents, the WHO has recommended that the countries should adopt policies on the issue, focused on early detection in individuals with psychotic episodes.

Key words: mental health, health workers

Introducción

En Chile, con el retorno a la vida democrática en el año 1990, comienza una mayor preocupación por la situación de los trabajadores en general y en particular de los trabajadores de la salud. El Ministerio de Salud da un fuerte impulso al programa de salud mental, en cuyo interior se desarrolla un componente destinado a los propios trabajadores de este sector social.

Durante los años 1990 y 1991, me correspondió crear y dirigir el Programa de Salud Mental en el Área Sur de la ciudad de Santiago (1). Acorde con la política más general, llevamos adelante un estudio para conocer la magnitud de estos problemas entre los trabajadores de esta área sanitaria (que incluía 23 centros de atención primaria y 7 hospitales, uno de los cuales era un hospital psiquiátrico) (2). Utilizamos una batería de instrumentos, entre los cuales había una escala para medir trastornos emocionales (de tipo depresivo, ansioso y somatomorfos) (3) y para detectar bebedores problema (4), y se la aplicamos a una muestra aleatoria estratificada por estamentos ocupacionales, compuesta por 357 trabajadoras y trabajadores. Como es habitual en el rubro de servicios sanitarios, la mayoría eran mujeres (71,1%). Se mantuvo la proporción de los que trabajaban en centros de atención primaria (47,1%) y en hospitales (52,9%).

Se encontró una prevalencia puntual de bebedores problemas de 8,1% (IC95% 5,3 – 10,9), con una diferencia significativa entre varones (24,3%) y mujeres (1,6%) (2).

Los trastornos emocionales fueron más frecuentes: un 14,6% de los encuestados presentaban al menos un tipo de trastorno emocional (basado en los criterios diagnósticos del DSM III-R, vigente en ese momento) y otro 16,8% tenía síntomas de alguno de estos tres tipos de cuadros clínicos (correspondía a cuadros subclínicos, donde la intensidad de los síntomas era mayor a la esperada en personas sanas). Dentro de los tipos de cuadros clínicos, los más frecuentes fueron los trastornos somatomorfos (12,6%, con IC95% 9,2 – 16,0), seguido de los trastornos ansiosos (4,5%, con IC95% 2,3 – 6,7) y de los trastornos depresivos (2,2%, con IC95% 0,7 – 3,7) (2). Es interesante constatar que las cifras globales de prevalencia de trastornos mentales son similares a las encontradas en la población general en Chile (5), pero que en el grupo de trabajadores sanitarios existe una significativa mayor frecuencia de trastornos somatomorfos (cerca de 4 veces más), hecho que puede estar relacionado con las condiciones y características que son propias de este rubro de servicios (por ejemplo, el trabajar en forma cercana con el dolor, la enfermedad y la muerte de otros seres humanos, o el entrenamiento de estos trabajadores para reducir los sentimientos y la expresión de emociones dolorosas). Es un aspecto interesante que deberá seguir siendo investigado tanto en Chile como en otros países.

La experiencia que he descrito fue importante para relevar este problema dentro de las políticas de recursos humanos en el sistema sanitario chileno. Sin embargo, aún resta un largo camino por recorrer.

Si analizamos lo que sucede en el campo de la investigación, nos encontramos con que se han utilizado tres modelos para el estudio de este problema: 1) el primero corresponde a los análisis de prevalencia de trastornos mentales en trabajadores de la salud (entre los que se puede ubicar el trabajo que relaté anteriormente); 2) el estudio del estrés que se origina en el medio ambiente laboral, conocido como "estrés laboral"; y 3) el estudio del síndrome de Burnout o síndrome de "estar quemado" (que ha sido bastante popular entre los trabajadores de servicios sanitarios y sociales). Más adelante vamos a profundizar en los dos últimos modelos.

El trabajo en la vida de las personas

Sin lugar a dudas que el trabajo ocupa un lugar fundamental en la vida de las personas, no sólo porque la mayoría de las personas le destina a lo menos la mitad del tiempo que se encuentra despierto (recuerden que alrededor de un tercio de nuestra vida la pasamos durmiendo), sino también porque es la principal fuente de ingresos económicos y porque permite satisfacer importantes necesidades psico – sociales (de estatus y prestigio, de relaciones interpersonales y de apoyo social, de desarrollo personal, de autoestima, de lograr un sentido de autodeterminación, etc.).

La mejor evidencia de la importancia que el trabajo tiene en nuestras vidas son los efectos de quedar cesante. Es ampliamente conocido que las personas que pierden su trabajo, no sólo desarrollan una reacción psicológica de duelo o de pérdida (pudiendo ser el inicio de un cuadro depresivo), sino que se enferman más, desarrollan un consumo más frecuente y dañino de sustancias (alcohol y drogas ilícitas) y tienen mayor riesgo de morir en forma prematura (siendo el suicidio una causa más frecuente en este grupo que en el resto de la población) (6,7). En estudios recientes se ha visto que estos mismos riesgos se observan entre los trabajadores que están en condiciones de inseguridad laboral (8), lo que reafirma aún más lo señalado respecto de la importancia del trabajo en nuestras vidas.

En el último siglo hemos presenciado grandes cambios en el mundo laboral, en la forma en que se organiza el trabajo y en el desarrollo de las empresas, lo que finalmente ha transformado la relación del hombre con su trabajo (9). Quiero llamarles la atención sobre algunos aspectos que a mi parecer repercuten directamente en la salud mental de las personas:

- Se realizan permanentes cambios en los puestos de trabajo y en la forma de organizar la producción y/o la entrega de los servicios, tras la búsqueda de la deseada eficiencia.
- Para poder realizar lo anterior se requiere un marco jurídico – administrativo que posibilite la llamada "flexibilidad laboral", que en los hechos se transforma en inestabilidad laboral.
- Debemos agregar una rápida innovación tecnológica, que no siempre se produce en los tiempos necesarios para permitir el aprendizaje y la adaptación a estos, generando tensión en los trabajadores.
- Los marcos de análisis de los mercados ahora son globales y privilegian las discusiones macroeconómicas, muy distantes de la vida de los trabajadores, generando una vivencia de escaso control sobre su trabajo.

Todo lo anterior nos permite entender que las organizaciones están sometidas a rápidos cambios en sus estructuras y en sus culturas, así como en la percepción y valoración que las personas hacen de sus trabajos. Lamentablemente, no siempre los marcos jurídicos y de protección social van a la misma velocidad que las transformaciones en las empresas.

Y, ¿qué pasa en las organizaciones sanitarias?. Ellas tienen características que son propias y otras que se relacionan con el contexto más general que ya hemos descrito.

Un aspecto que les es propio es que sus trabajadores están en permanente contacto con el sufrimiento humano, con la enfermedad y la muerte de otros; a veces también con la "locura", o sea, todo aquello que está a la base de los temores más profundos para el ser humano. Esta dimensión peculiar del trabajo en salud requiere por sí misma una capacidad de adaptación, que no siempre las instituciones sanitarias consideran y desarrollan procesos para la inducción de los

recién ingresados o para el apoyo de quienes llevan laborando un tiempo dentro de ellas.

Un segundo aspecto que es propio del escenario de las organizaciones sanitarias son los cambios que se derivan de las transformaciones del perfil epidemiológico: hoy predominan las enfermedades de evolución crónica, con compromisos múltiples, mayor relevancia de las dimensiones psicosociales (para las que no siempre los trabajadores de la salud han recibido entrenamiento adecuado) y donde la terapéutica suele ser menos efectiva (los que nos ha hecho tomar conciencia y enfrentado con las limitaciones en nuestras capacidades para ayudar a las personas enfermas). Al mismo tiempo, los pacientes están más informados y se han tornado más exigentes. Todo lo cual pone en tensión la relación personal sanitario – paciente (y sus familiares).

El último aspecto que debemos destacar es que en las últimas décadas hemos visto poner en marcha diversos procesos de reforma y cambios en los sistemas sanitarios, los cuales han producido grandes incertidumbres y a veces cambios radicales para los trabajadores sanitarios.

Sin lugar a dudas que todo lo descrito anteriormente nos permite comprender mejor las condiciones a las que actualmente están sometidos los trabajadores sanitarios y los mecanismos que pudieran subyacer al efecto sobre su salud mental.

El modelo del estrés laboral

Existen diversos estudios acerca de la relación entre ciertas condiciones del ambiente laboral y la salud de los trabajadores (10), especialmente su salud mental (11). A continuación listamos algunas de las condiciones que más han sido estudiadas.

SP/ 34

Entre los factores del ambiente físico:

- el tipo de diseño y la habilitación de las plantas físicas,
- la escasa iluminación, las temperaturas extremas, los niveles de humedad y los malos olores,
- la existencia de ruidos y vibraciones,
- la presencia de sustancias químicas, gases y polvo (ya sea por su efecto neurotóxico, como por el temor y la irritación que genera en los trabajadores),
- las características del puesto de trabajo (tipo de actividad dinámica, posturas, sobrecarga y trabajos pesados),
- peligrosidad de la faena.

Entre los factores psicosociales y de la organización del trabajo:

- la sobrecarga cuantitativa (exceso de trabajo y presiones de tiempo),
- subcarga cualitativa (pobreza en los contenidos del trabajo, monotonía, baja exigencia),
- falta de control y autonomía en las tareas,
- poca valoración y reconocimiento de la tarea que se realiza,
- trabajo en sistemas de turnos (desajustes en ritmos biológicos, alteraciones en la vida social y familiar etc.)
- trabajos aislados,
- eventos traumáticos de alta intensidad acaecidos durante el trabajo,
- algunos sistemas de incentivos (especialmente los que exageran la función de la eficiencia),
- mal clima organizacional.

¿Cómo podemos explicar la relación entre estas condiciones del trabajo y la salud de las personas? ¿Qué mecanismos podrían estar funcionando?

La primera explicación y la más estudiada, corresponde a la **teoría del estrés** y sus efectos sobre la salud (10). Sabemos que la respuesta de estrés corresponde a un mecanismo de adaptación existente en la especie humana, que permite enfrentar las situaciones de riesgo y peligro para el organismo (12). Podemos distinguir al menos dos componentes (que separamos sólo por razones didácticas). El primero corresponde al llamado "síndrome general de adaptación", descrito hace

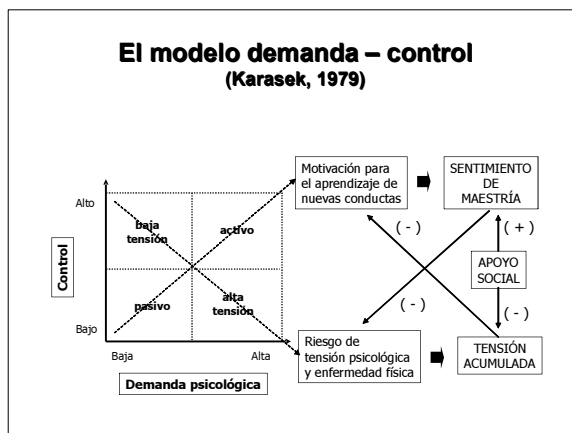
ya varias décadas atrás por H. Selye, y que está compuesto por un conjunto de cambios fisiológicos que acontecen en el conjunto del organismo, iniciado por una rápida descarga adrenérgica que es seguida de una activación del eje hipotálamo – hipófisis – corteza suprarrenal (descarga CRF – ACTH – glucocorticoides) (12). El segundo componente se refiere a la respuesta psicológica que se gatilla con el estímulo amenazante: una primera valoración de este, seguida de una valoración de las propias capacidades para adaptarse, para culminar con la selección de una estrategia de manejo (selección que no siempre se produce en un nivel conciente) (13).

Estas respuestas que inicialmente tienen una función adaptativa - dependiendo de su intensidad y de su mantención en el tiempo -, es posible que se transformen en una respuesta desadaptativa o dañina para el organismo. Así, si la respuesta inicial produce un incremento de la presión arterial cuya finalidad es mantener la tensión sobre el sistema circulatorio y permitir una rápida adecuación frente a la necesidad de atacar o arrancar, su mantención en el tiempo podría llevar a la producción de Hipertensión Arterial. De igual forma, la respuesta inicial de hiperalerta y expectación podría llegar a transformarse en un desorden de tipo ansioso. Podemos concluir que una respuesta que inicialmente cumple una función de adaptación podría transformarse con el tiempo (por la mantención del estímulo estresante) o por su intensidad, en una respuesta que genera daños en el organismo.

El segundo modelo al que podemos hacer alusión corresponde al desarrollado por R.A. Karasek (14) y que se conoce como "modelo demanda – control", donde se plantea que el nivel de riesgo para la salud física y mental de los trabajadores depende de dos dimensiones: la intensidad de la demanda psicológica y el grado de control sobre las tareas que se realizan. En la figura 1 se muestra en forma gráfica este modelo. El riesgo para la salud crece a medida que aumenta la demanda psicológica y se reduce el grado de control sobre las tareas. Pero por otra parte, a medida que crece el control sobre el trabajo, junto con la intensidad de la demanda psicológica, también se produce un incremento de la motivación para el aprendizaje de nuevas conductas lo que conlleva al crecimiento de un sentimiento de maestría, el que se transforma en una fuerza que actúa como "efecto buffer" sobre el riesgo a la salud. En este modelo, el apoyo social obtenido en el ambiente laboral juega una importante función para reducir la tensión acumulada (riesgo acumulado) y para hacer crecer el sentimiento de maestría.



Figura 1



Un modelo de similares características es el desarrollado por J. Siegrist (15) y que es conocido como el "modelo esfuerzo – recompensa". En este caso se plantea que el nivel de tensión psicológica y de riesgo a la salud física y mental crece en situaciones donde el trabajador está sometido a altos niveles de esfuerzo junto a una escasa recompensa por esto (en el amplio sentido de este concepto, incluyendo aspectos económicos y no económicos).

Bosma et al (16) ha intentado hacer una integración de varios modelos bajo el supuesto de que ellos se refieren a aspectos diferentes del trabajo y que se trataría de constructos relativamente independientes entre sí. Los autores destacan especialmente cuatro dimensiones de riesgo para la salud física y mental: 1) la inestabilidad laboral, 2) el bajo apoyo social, 3) alta demanda con bajo control, y 4) elevado esfuerzo y escasa recompensa.

El Síndrome de Burnout

Fue acuñado en la década de los 70' para explicar el proceso de deterioro en los cuidados y en la atención profesional a los usuarios de los servicios sanitarios. HJ. Freudberguer (17) fue el primero en usar este término, aplicado a profesionales que trabajaban en centros de rehabilitación para consumidores de drogas. Posteriormente, se aplicó este concepto a otros trabajadores de servicios sociales y hoy se usa en forma amplia para cualquier ámbito de trabajo. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han concentrado en poblaciones de trabajadores de servicios sanitarios, sociales y educacionales (18).

En la descripción original de Freudberguer (17), este síndrome sería el resultado directo del ejercicio del trabajo en el campo de la atención y rehabilitación de consumidores de drogas, y se caracterizaría por tres dimensiones: a) el agotamiento físico y emocional, b) los sentimientos de decepción con el trabajo, y c) la pérdida de interés por la actividad laboral.

En general, y desde diferentes perspectivas, los autores que han trabajado en torno a este concepto han seguido la definición original de Freudberguer. Por ejemplo, Pines y Aronson (19), dentro de la misma perspectiva clínica, caracterizan este síndrome por cinco elementos: fatiga emocional física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensación de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo (y por la vida en general) y baja autoestima.

La mayoría de los autores han seguido una perspectiva psicosocial para el estudio de este problema, siendo Christina Maslach una de las autoras más destacadas (20,21), por el desarrollo de un instrumento para su medición (Maslach Burnout Inventory – MBI) (22) y por la cantidad de estudios empíricos que este ha permitido. Bajo esta línea de pensamiento se han distinguido tres componentes:

- el agotamiento emocional, que consistiría en una sensación de no poder dar más de sí mismo a nivel afectivo;
- la despersonalización, que se caracteriza por el desarrollo de sentimientos negativos y actitudes cínicas hacia las personas destinatarias de su trabajo (actitud deshumanizada con endurecimiento afectivo); y,
- la falta de sentimientos de realización personal en el trabajo, que consiste en una tendencia a evaluar en forma negativa su trabajo y su desempeño en él, lo que a su vez afectaría sus habilidades en la entrega de sus servicios.

Bibliografía

1. Alvarado R, Raffo S, Gómez B, Riveros A, Sagaceta A, Salinas J, Pérez J. 1991. Programa de Salud Mental para la Atención Primaria, en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Revista de Psiquiatría; 8 (2): 805 – 814.
2. Alvarado R, Vásquez P, Soto S, Pérez J, Raffo S. 1995. Diagnóstico de salud mental en trabajadores de hospitales y consultorios de atención primaria. Cuadernos Médico Sociales (2); 36: 30 – 34.
3. Alvarado R, Vera A, Toledo MI, Serrano F, Gatica CG, Núñez C, Gody S, Soto O, Alfaro J, Asún D. 1989. Validación de escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatoformes. Cuadernos de Psicología N° 2, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
4. Orpinas P y cols. 1987. Validación de la Escala Breve para la detección de Beber Problema (EBBA). Educación Médica y Alcoholismo. Documento de Trabajo N° 8. División de Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

5. Vicente B et al. 2004. Population of psychiatric disorders in Chile: 6 – month and 1 – month rates. *British Journal of Psychiatry*; 184: 299 – 305.

6. Marmot M et al. 1999. Health and the psychosocial environment at work. En: Marmot M & Wilkinson RG, *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press. Pp. 105 – 131.

7. Ferguson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. 2001. Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection? *Social Science & Medicine*; 53: 305 – 320.

8. Ferrie JE et al. 2005. Self – reported job insecurity and health in the Withehall II study: potential explanations of the relationships. *Social Science & Medicine*; 60: 1593 – 1602.

9. Giddens A. 2001. *Sociología*. Cap. 13: El trabajo y la vida económica. Madrid: Alianza Editorial. Pp. 477 – 534.

10. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2001. *Estrés, Aspectos Médicos*. Madrid: Servicio de Ediciones y Publicaciones del INSHT.

11. Wilhelm K, Kovess V, Rios-Seidel C, Finch A. 2004. Work and mental health. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*; 39: 866 – 873.

12. Carlson NR. *Fisiología de la conducta*. Cap 18: Trastornos por estrés. Barcelona: Editorial Ariel SA. Pp. 718 - 732.

13. Fernández – Abascal EG. 1999. El estrés: aspectos básicos y de intervención. En: Fernández – Abascal EG & Palmero F. *Emociones y Salud*. Barcelona: Editorial Ariel SA. Pp. 327 – 348.

14. Karasek RA. 1979. Job demands, job decision latitude, mental strain: implications for job redesign. *Administration Science Quarterly*; 24: 285 – 308.

15. Siegrist J. 1996. Adverse health effects of high effort / low reward conditions. *Journal Occupational Health Psychology*; 1: 27 – 41.

16. Bosma H et al. 1998. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*; 88: 68 – 74.

17. Freudenberger HJ. 1974. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*; 30: 159 – 165.

18. Gil – Monte P & Peiró JM. 1997. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis SA.

19. Pines A & Aronson E. 1988. *Career burnout: causes and cures*. New York: The Free Press.

20. Maslach C. 1982. *Burnout: the cost of caring*. New York: Prentice – Hall Press.

21. Maslach C, Schaufeli WB, Laiter MP. 2001. Job Burnout. *Annual Review Psychology*; 52: 397 – 422.

22. Maslach C & Jackson SE. 1981. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychology Press.

