

ESTRÉS LABORAL

Síndrome de *burnout* y *mobbing* en el equipo de salud

Aspectos psicológicos

Beatriz Capezzuto Castro
Margarita Garay Albarracín
Sebastián Castrillón de Freitas
Gabriel Chávez Grimaldi
Álvaro Díaz Ocampo

COMISIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

ÁREA CIENCIAS
DE LA SALUD

SD

ESTRÉS LABORAL

Síndrome de *burnout* y *mobbing* en el equipo de salud

Aspectos psicológicos

Beatriz Capezzuto Castro
Margarita Garay Albarracin
Sebastián Castrillón de Freitas
Gabriel Chávez Grimaldi
Álvaro Díaz Ocampo



Rector de la Universidad de la República: Dr. Roberto Markarian

Pro. Rector de Enseñanza: Prof. Fernando Peláez

Comisión Sectorial de Educación Permanente (CSEP)

Dr. David González Berrutti (Presidente) / Ingeniero Agrónomo Mario Jaso (Director de la Unidad Central de Educación Permanente - UCEP) / Licenciada en Sociología Silvana Maubrigades (Área Ciencias Sociales y Artísticas) / Magíster Licenciada en Nutrición Luisa Saravia (Área Ciencias de la Salud) / Química Farmacéutica Alicia Calzolari (Área de las Tecnologías y Ciencias de la Naturaleza y el Hábitat) / Ingeniero Agrónomo José Luis Álvarez (Centros Universitarios del Interior) / Dra. Beatriz Goñi (Orden Docente) / Msc. Mario Piaggio (Orden Egresados) / Magíster Arquitecto Roberto Langwagen (Secretario)

Decano o Director del servicio al que pertenece la publicación: Prof. Esp. Lic. Mercedes Pérez

Encargado de Educación Permanente del servicio: Prof. Mag. Josefina Verde

Responsable académico de la publicación: Lic. Margarita Garay Abarracín

Coordinador de la publicación: Psic. Beatriz Capezzuto

Evaluadores externos de la publicación:

Dr. Carlos Carmona / Dra. Elena Zanetta

Diseño Gráfico Original:

Claudia Espinosa - Arq. Alejandro Folga - Arq. Rosario Rodríguez Prati.

Corrección de estilo: Natalia Chiesa

Puesta en página: Andrea Duré

Fecha de publicación: Octubre de 2017

Cantidad de ejemplares: 300

ISBN : 978-9974-0-1492-3

ESTA PUBLICACIÓN FUE FINANCIADA POR LA
COMISIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE

EDITADA POR EDICIONES UNIVERSITARIAS
(Unidad de Comunicación de la Universidad de la República – Ucur)

PRÓLOGO	7
CAPÍTULO 1	
Las condiciones actuales de la cultura y su influencia en las patologías de origen laboral, <i>Beatriz Capezzuto Castro</i>	9
CAPÍTULO 2	
El sujeto. Comunicación y calidad de vida laboral <i>Beatriz Capezzuto Castro</i>	17
CAPÍTULO 3	
Historia y conceptualización del estrés, <i>Beatriz Capezzuto Castro</i>	29
CAPÍTULO 4	
Estrés laboral, <i>Beatriz Capezzuto Castro</i>	35
CAPÍTULO 5	
Síndrome de <i>burnout</i> en el área de la salud <i>Beatriz Capezzuto Castro</i>	45
CAPÍTULO 6	
Abordaje del estrés laboral en el primer nivel de atención: consideraciones de enfermería <i>Margarita Garay Albarracin, Álvaro Díaz Ocampo,</i> <i>Braulio Peraza Beitón, Mauricio Leal Techera</i>	57

CAPÍTULO 7

Estrés laboral en los servicios de urgencia del primer nivel
de atención, *Sebastián Castrillón de Freitas*..... 67

CAPÍTULO 8

Estrés laboral en un área de asistencia psiquiátrica
Gabriel Chávez Grimaldi 71

CAPÍTULO 9

Mobbing o acoso en el ámbito laboral,
Beatriz Capezzuto Castro..... 75

CAPÍTULO 10

Los equipos de trabajo en el área de la salud,
Beatriz Capezzuto Castro..... 87

PALABRAS FINALES 93

PRÓLOGO

Esta publicación es producto de un trabajo sostenido y continuado a lo largo de los años de un equipo docente que se ha desarrollado y perfeccionado en la temática, necesaria de atender para el desarrollo de la disciplina.

Trabajar sobre el estrés laboral en la profesión enfermera es una necesidad que surge del diálogo cotidiano con los colegas de todos los espacios. También se ha identificado como un problema profesional en *Enfermería en el Uruguay, 2015*, publicación realizada para la difusión del censo y de la encuesta nacional de enfermería llevada a cabo en el periodo 2013-2014. En ella, se recogen características sociodemográficas, como el número y la distribución de los enfermeros en el ámbito nacional (tanto licenciados como auxiliares), y cualitativas, relacionadas con las condiciones de trabajo, la formación y el desarrollo de los profesionales y auxiliares en nuestro país.

Esta información nos permite asegurar que la cantidad de enfermeras es insuficiente en nuestro país, puesto que la relación médico-enfermera es de 0,3, especialmente de enfermeras profesionales, lo que exige una valorización y un cuidado específico sobre quienes la ejercen, un énfasis en el concepto de la importancia de cuidar a los que cuidan, con el cometido de que la satisfacción por la tarea cumplida fortalezca la permanencia en el ejercicio profesional y estimule el desarrollo de la disciplina, de modo que los jóvenes la consideren atractiva y se sientan motivados a ingresar en ella.

El mantener a quienes ejercen la profesión y el impulsar el ingreso a ella están directamente relacionados con el conservar una imagen profesional en la sociedad, que brinde confianza y seguridad a los usuarios del sistema de salud, quienes son los beneficiarios directos del cuidado enfermero.

Una problemática significativa que somete a estrés a la enfermería es el multiempleo (más del 33 % de las enfermeras), ya que un 91 % de los casos posee varios empleos solo para obtener ingresos suficientes, del cual un 72 % desearía reducir su carga horaria si lograra el ingreso adecuado. Este hecho genera un factor de estrés que, sin lugar a dudas, repercute en el desempeño profesional.

La necesidad de descanso y ocio que todos poseemos para mantener el nivel de trabajo y compromiso que especialmente exige la enfermería se ve alterada por largas jornadas de trabajo, días libres que no coinciden en ambos empleos, horarios a destiempo de las actividades familiares y sociales, todos factores de estrés altamente potenciados. ¿Cómo podemos pensar que una profesión, cuyo cometido es fortalecer la capacidad de reacción de los individuos, pueda responder frente a esta situación? Personas que a diario se enfrentan a circunstancias complejas, no solo de salud, sino psicosociales, deben ser cuidadas por los equipos, desarrollar resiliencia y fortalecer mecanismos de protección personal y grupales para afrontar dichos desafíos cotidianos.

La enfermería, según la encuesta mencionada, es elegida por vocación por el 82 % de quienes la ejercen y recomendada a los jóvenes por más de un 50 % . Esa vocación debe ser una fortaleza a proteger por todo el colectivo.

Como profesión desempeñada fundamentalmente por mujeres, la enfermería posee, además, problemas vinculados al género, que incluyen la tarea del hogar y el cuidado de otros integrantes de la familia (ancianos, discapacitados y niños), los cuales son parte de la problemática cotidiana de la profesión, no solo por una cuestión de tiempos utilizados, sino por la carga social que implican. De este modo, el estrés y las condiciones de trabajo, sumados a los salarios insuficientes, dificultan la formación permanente y el perfeccionamiento de quienes diariamente se ven enfrentados a situaciones de atención de la salud, en un sistema nacional de salud en construcción, que hace hincapié en los derechos de los usuarios y en la capacitación de los equipos.

El ausentismo por certificaciones médicas alcanza el 30 % de la población encuestada, y con y sin aviso, el 40 %, lo que muestra que hay un alto índice de certificaciones médicas y otros motivos de ausencia al trabajo (sociales, familiares y otros) que sobreexigen a las personas, lo que hace que pierdan su jornada laboral.

Frente a toda la información existente, no se puede hacer caso omiso, pues se tiene que enfrentar como colectivo la profundización en la temática y avanzar en las estrategias para paliar estas situaciones altamente complejas. Por tanto, esta publicación atiende una necesidad emergente de todo el colectivo, mediante un análisis y propuestas de un equipo altamente calificado, a quienes felicito por esta iniciativa.

Mercedes Pérez

CAPÍTULO 1

Las condiciones actuales de la cultura y su influencia en las patologías de origen laboral

Beatriz Capezzuto Castro

INTRODUCCIÓN

Para lograr una comprensión mayor sobre algunas de las patologías que pueden tener su origen en lo laboral, es necesario explicitar algunos elementos de la cultura en la que se encuentran insertas.

La cultura de la posmodernidad o modernidad tardía se encuentra caracterizada por ser una época de transformaciones. Los avances desde la tecnología y la ciencia, así como las modificaciones en la estructura familiar, en el ámbito social y económico, son significativos.

Esto no pasa desapercibido para las instituciones de salud, en las que se observa su repercusión en las características del usuario y su tratamiento, en los miembros del personal y su asistencia, como también en el equipo de salud, con sus inseparables interrelaciones.

Se considera que los miembros del personal de salud son una de las poblaciones más vulnerables a los riesgos psicosociales de origen laboral; de allí que se realice una aproximación a la cultura actual y su incidencia en la subjetividad.

CARACTERIZACIÓN DE LA CULTURA DE LA POSMODERNIDAD O MODERNIDAD TARDÍA

En la segunda mitad del siglo xx, se dio paso a la posmodernidad. Fernández Cox (2008) hace referencia a que el posmodernismo surge frente al desencanto por la modernidad, reformulando perspectivas. Los cambios que trae la nueva cultura inciden en las estructuras e instituciones, pero no generan modificaciones radicales.

Son varios los autores que se han dedicado al estudio de las características de la cultura actual y su incidencia en la sociedad y sus integrantes. En referencia a esta cultura, Castells (1999) dice que todo es instantáneo y efímero; Grompone (apud Capezzuto 2002) habla de «aceleración de la historia», y Lipovetsky (1990), de la era del vacío, que trae el estado de conmoción general de los sujetos y las instituciones de las sociedades occidentales.

De una u otra forma, se hace alusión a los cambios y a la rapidez con la que estos suceden. En esta sociedad globalizada y en continuo movimiento, el sujeto es receptor de múltiples estímulos e información. Viñar (2002) señala la dificultad para metabolizarlos y explica cómo el «bombardeo de información adelgaza al narrador», incidiendo sobre el espesor psíquico. El sujeto, ante a una toma de decisión, se encuentra frente a múltiples opciones; esto lleva a dificultar la decisión y a profundizar sentimientos de perplejidad e incertidumbre (Puget, 2002).

La economía ha provocado un incremento de las desigualdades, con un aumento de los sectores pobres, y un crecimiento del fenómeno del multiempleo, lo que ha dado en el mundo occidental una inestabilidad, tanto económica como social.

La competencia y el individualismo son estilos propios de la sociedad actual. Hay una nueva red de significaciones, donde lo que se valora es el éxito y la capacidad de adaptarse a los cambios teniendo en cuenta las demandas de los otros, las cuales responden, en muchos casos, a lo que el mercado implanta como necesidad.

Galende (1997) habla de caracteres subjetivos, como el del estado pasivo de las personas respecto de la cultura y la vida social y su incidencia en las actividades reflexivas. Este aspecto que desarrolla el autor coincide con lo expresado por Kristeva (1989), referido a que se ve amenazada la capacidad de introspección, elemento fundamental para la riqueza del fuero interior.

Asimismo, este autor habla de la superficialidad de los afectos que lleva a un incremento del hacer. Esto puede vincularse a lo establecido por Darley (2002), quien expresa que lo que se privilegia en esta cultura es la forma, lo efímero, lo superficial, y que se pasa a un segundo plano el contenido, la profundidad, la permanencia y la imagen como referentes. Galende también menciona la maquinización de los vínculos. Son varios los autores que destacan cómo incide la cibernética en las relaciones de las personas; entre ellos, Rifkin (2000) habla de un arquetipo humano inmerso en un mundo virtual, concentrado, sobre todo, en experiencias entretenidas y excitantes, que se adecua con facilidad a realidades tanto reales como simuladas.

Neyra (2009) asegura que el hombre actual anhela la intensidad y la fugacidad, sometido a grandes cantidades de información, y no valora lo permanente, por lo que está en una continua búsqueda de cambios y nuevas experiencias.

Gergen (2006) destaca un estado de saturación del yo, producto de las condiciones del posmodernismo con sus nuevas tecnologías que inciden en el hecho de que las pautas de las relaciones se hayan quebrado. Habla de la colonización del ser propio, que se encuentra conformado por fragmentos de los otros, del contacto y la fusión con diversas identidades culturales, y de la velocidad y multiplicidad de relaciones y situaciones que se entablan, por lo que las posibilidades se amplían, ya que pueden darse en forma ajena a la geografía y al contacto cara a cara. «[...] El yo de cada uno se coloniza cada vez más: ya no somos uno, multitudes» (Gergen, 1992). También expresa: «Por obra de las tecnologías de este siglo, aumentan continuamente la cantidad y variedad de relaciones que entablamos, la frecuencia potencial de nuevos contactos humanos» Kristeva (apud Viñar 2002).

Gil (2007) analiza las modificaciones de la subjetividad desde la perspectiva del narcisismo en la posmodernidad:

Remo Bodei sostiene que, en el último medio siglo en Occidente, ya no se ha producido la absorción del yo en el nosotros (los grandes ideales políticos o religiosos), sino que el yo se presenta como un «yo-globo aerostático», satisfecho de sí y pronto a asumir actitudes miméticas respecto al entorno. [...] En esta dinámica la relación con el otro y con el nosotros se establece a través de lo que se ha denominado *non-binding commitments*, compromisos que no comprometen, renegociables y, llegado el caso, revocables a gusto por parte de cualquiera de los contrayentes. Nuevamente estamos ante la modificación de la relación entre la norma jurídica y la regla social y, por ende, con la ley simbólica: las palabras ya no obligan y el abandono del compromiso con la palabra produce la ruptura del lazo social (Gil, 2007).

El aislamiento y el anonimato son aspectos que se dan con frecuencia, producto de un estilo de relacionamiento que fragmenta.

FAMILIA

Las características de la posmodernidad también tienen incidencia en la institución *familia*, cuyas transformaciones a lo largo de la historia acompañan los cambios sociales. La caída de la familia patriarcal, la búsqueda de la satisfacción personal, entre otros elementos, hacen que haya nuevos modelos y nuevas formas de convivencia y conformación familiar. Las nuevas configuraciones familiares se entranan con elementos del modernismo y posmodernismo, lo que lleva, muchas veces, a posibles conflictos. Por un lado, se tienen nuevas ideologías, pero, por otro, aún no se encuentran totalmente desprendidas de las modalidades vinculares antiguas que tienden a repetirse, lo que genera mensajes contradictorios entre ellas.

También la situación sociolaboral que se atraviesa lleva, en muchos casos, al multiempleo, aspecto que incide en la cantidad o calidad de tiempo compartido con la familia. Este es un factor que puede ser fuente de conflicto personal o familiar, ya que afecta la dinámica del grupo, desde su comunicación hasta las formas de ejercicio de los roles parentales, y desde lo claro, difuso o rígido del establecimiento de los límites hasta la asignación de funciones de cada uno de sus miembros.

El número de divorcios o separaciones conyugales ha crecido de forma importante. Paredes (2003) resalta la *mea culpa* que expresan sujetos frente al divorcio por su impacto en los hijos; esto nos hace pensar también en cuánto este aspecto puede incidir en el tipo de crianza, en cuanto al ejercicio de algunas de sus funciones.

Para Ariès (2002), el tipo de crianza «garantiza la supervivencia del niño, un aporte afectivo y un maternaje y paternaje adecuado», que repercute en el desarrollo psicológico de los sujetos.

En nuestro medio, a la complejidad de sus configuraciones se le suma una realidad de estructuras heterogénea, en la que ha dejado de ser primacía la familia nuclear clásica para darse todo un abanico de conformaciones: desde la nuclear biparental o monoparental, de homosexuales y de transexuales, hasta las familias extensas, que incluyen en su interior lazos no sanguíneos, sino por conveniencia, fundamentalmente económicos.

CONDUCTA ANTE LA MUERTE

En una cultura que privilegia lo instantáneo, lo efímero, el consumismo y el individualismo, los ritos también sufren transformaciones. Esto puede observarse con respecto al comportamiento ante la muerte. Ya no es tan común fallecer en el hogar; son la institución asistencial y las empresas fúnebres que suplantando el sitio familiar. En los últimos años, el acompañamiento tanto al que fallece como a sus seres queridos se limita en horas o, a veces, solo al momento del entierro, ya que la ceremonia se acorta o no se realiza. De esa forma, las anécdotas y los recuerdos con respecto al difunto dejan de tener el espacio en el que se los celebra realzando su figura, lo que a su vez actúa como compañía en el duelo de familiares y allegados.

De acuerdo con Ariès (1982), en esta época, la actitud que predomina con respecto a la muerte es la del silencio, con conductas que hacen que esta pase «desapercibida». Se pasa de la muerte que el autor llama «domesticada», que se da en familia, forma parte de la vida y es algo natural, a la que denomina «prohibida», donde la mentira, el tabú y el sufrimiento a solas muestran el individualismo que prima en la cultura. Esto habla de la significación que la sociedad occidental brinda a todo aquello que se distancia de la juventud, de su búsqueda, de lo «bello», de lo «activo», y al predominio del poder y la competencia. Parece que lo que hay que silenciar es todo aquello que muestre la finitud del ser humano. También se puede entender lo dicho como un elemento que explica comportamientos de prejuicio y discriminación que esta sociedad tiene para con el anciano, a esto Salvarezza (2002) lo llama «viejismo». Según este autor, los sujetos en este ciclo vital pueden hacer suyas esas imágenes prejuiciosas, lo que tiene consecuencias en su calidad de vida.

Los cambios en todos los ámbitos que se dan en esta cultura amplían considerablemente la perplejidad y la incertidumbre, a las que algunos autores les suman la ambigüedad y la ambivalencia.

Para Viñar (2009), estamos en una época de transición, que aún no se ha logrado asir del todo, lo que implica cambios y reformulaciones que también incumben a las distintas disciplinas.

BIBLIOGRAFÍA

- ARIÈS, P. (2002), *Psicología de la familia: una aproximación a su estudio*, La Habana: Félix Vergara.
- (1982), *La muerte en occidente*, Barcelona: Argos Vergara.
- CAPEZZUTO, B. (2002), «Incidencia de los factores sociales y económicos en las diferentes prácticas psicológicas hoy», *Publicación Oficial Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*, n.º 132, Montevideo, marzo, pp. 3-5.
- CASTELLS, M. (1999), «El fin del patriarcado», en ídem, *La era de la información: economía, sociedad y cultura*, Madrid: Alianza.
- DARLEY, A. (2002), *Cultura visual-digital: espectáculo y nuevos géneros en los medios de comunicación*, Barcelona: Paidós.
- FERNÁNDEZ COX, C. (2008), «La posibilidad transmoderna» [EN LÍNEA], en *Hernán Montecinos*, 5 de abril. Disponible en: <<https://hernanmontecinos.com/2008/04/05/la-posibilidad-transmoderna>>.
- GALENDE, E. (1997), *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Buenos Aires: Paidós.
- GERGEN, K. (2006), *El yo saturado*, Buenos Aires: Paidós.
- (1992), *La saturación social y la colonización del Yo en El Yo saturado*. Barcelona: Paidós Contextos.
- GIL, D. (2007), *Escritos sobre locura y cultura*, Montevideo: Ediciones Trilce.
- KRISTEVA J, (1989), *A quot bon des psychanalystes en temps de détresse quis'ignore*, Paris: Cerf.
- LIPOVETSKY, G. (1990), *El imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades modernas*, Barcelona: Anagrama.
- NEYRA, N. (2009), *El rol del alumno en el contexto educativo de la actual sociedad postmoderna*, Concepción: Universidad Católica de la Santísima Concepción.
- PAREDES, T. (2003), «Los cambios en la familia en Uruguay: ¿hacia una segunda transición demográfica?», en Unicef-Udelar, *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*, Montevideo: Unicef-Udelar.
- PUGET, J. (2002), «Diálogo sobre arenas movedizas», *Revista Intercambio*, n.º 21, Montevideo, Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica, setiembre, pp. 7-13.
- RIESMAN, D., y otros (1981), *La muchedumbre solitaria*, España: Paidós.
- RIFKIN, J. (2000), *La era del acceso*, Barcelona: Paidós.
- SALVAREZZA, L. (2002), *Psicogeriatría: teoría y clínica*, Buenos Aires: Paidós.
- SVAMPA, M. (comp.) (2002), *Desde abajo. La transformación de las identidades sociales*, Buenos Aires: Biblos.

- VIÑAR, M. (2002), *Psicoanalizar hoy*, Montevideo: Ediciones Trilce.
- (2009), *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*, Montevideo: Ediciones Trilce.
- WAISMAN, M. (1997), «Un proyecto de modernidad», *Cuadernos Hispanoamericanos*, n.ºs 517-519, Madrid, p. 224.

CAPÍTULO 2

El sujeto Comunicación y calidad de vida laboral

Beatriz Capezzuto Castro

INTRODUCCIÓN

Para comprender el tema del estrés laboral y el riesgo psicosocial y psicopatológico para la salud de los trabajadores que este acarrea, se hace necesario acercarse a conceptos que inciden en la afectividad del sujeto. Es por ello que se describirá en forma sucinta algunos de ellos. La comunicación con el usuario, entre los miembros de salud y para con la institución también tiene incidencia en la calidad de vida del trabajador. Se la considera un elemento significativo en la percepción del clima laboral, y este último es un factor que cumple un papel importante, pues puede amortiguar o incrementar el estrés en el trabajo.

EL SUJETO

Al nacer, a diferencia de otras especies, el sujeto está indefenso y dependiente; es por eso que cuando se habla del latín *īnfāns*, se alude a prematuridad (Garay, Capezzuto, Díaz y otros, 2015).

Es en el encuentro con los otros, principalmente en un comienzo en el vínculo materno, que el sujeto se va construyendo como único y singular. Es un proceso complejo que se inicia en esa diada, en esa simbiosis que habilita la capacidad de *rêverie* 'ensueño' (Bion, 1988), por medio

de la cual la madre o quien cumpla la función materna (Winnicott, 1998) decodifica las señales del bebé y las devuelve en acción o palabra, satisfaciendo sus necesidades físicas o afectivas.

La familia es el primer socializador del sujeto. Los vínculos que se dan en ella juegan un papel fundamental en la estructuración del psiquismo, por lo que son esenciales para la posterior peripetia del sujeto. Se atraviesa por conflictos y se transita por vínculos intra- e interpersonales (Garay, Capezzuto, Díaz y otros, 2015).

No solo el atravesamiento de los distintos ciclos vitales es importante en el desarrollo, sino también el proyecto significativo de ese sujeto en cada uno de ellos, su capacidad de transformar, que implica tolerar la tensión entre lo deseable y lo alcanzable, lo que, a su vez, habilita la adultez y el logro de una cierta estabilidad dentro de las crisis que conforman la salud mental del sujeto.

Las distintas conceptualizaciones sobre salud mental incluyen el equilibrio, no estático, sino con crisis tanto previsibles como imprevisibles, la capacidad de espera, la tolerancia a la frustración y la capacidad de estar a solas sin sentirse solo.

SUBJETIVIDAD Y VÍNCULO

La subjetividad es la forma en que el hombre vive y estructura su experiencia como sujeto, la cual se hace en relación con los otros. Es, por un lado, singular y, por otro, emerge de las tramas vinculares, las cuales son estructurantes y productoras de nuevas subjetividades, ya que no son un reflejo de ellas, sino que se transforman en la interacción con su realidad intrapsíquica particular (Bleichmar, 2005).

Vínculo, según el *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española, viene del latín *vincŭlum* —y este, de *vincire* ‘atar’—, que significa «unión o atadura de una persona o cosa con otra». Esta palabra se utiliza para expresar unir, juntar o sujetar con ligaduras o nudos, atar duraderamente.

Se puede hablar de vínculos como hilos que conforman tramas de una red. El sujeto, al convivir en vínculos, conforma una y diversas tramas en su quehacer vital. Es una configuración relacional compleja en la que participan aspectos que provienen de lo:

- intersubjetivo: representaciones de los otros en el psiquismo;
- intrasubjetivo: representaciones del yo con relación a sí mismo en el psiquismo;

- transubjetivo: representaciones del mundo externo real en sus dimensiones sociales en el psiquismo.

COMUNICACIÓN

El sujeto es un ser social, que se expresa mediante la comunicación, lo que hace posible la vida social. La comunicación es un proceso de intercambio, en el que entre emisor y receptor se genera la percepción de un significado común (Musitu, 1996). Por medio de la comunicación, el sujeto aprehende los significados y le da un sentido y un significado a todo lo que lo rodea (Philipp, 1998).

Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) hablan de varios axiomas sobre la comunicación, pero el primero y fundamental hace referencia a que, en cada situación de interacción, todo el comportamiento tiene valor de mensaje, y de ahí la imposibilidad de no comunicar. Esto introduce el tema de la comunicación no verbal o analógica, la cual tiene un valor significativo, ya que todos los mensajes se transmiten al mismo tiempo, pero independientemente de las palabras, por lo que se puede tanto acompañar lo dicho como contradecirlo. Este tipo de comunicación tiene su raíz en el inconsciente, y es por esto que se dice que a él le corresponde del 80 % al 90 % de la verdad en lo que se comunica. Las tres áreas de estudio de esta forma de comunicación son:

la kinesia, es decir, los movimientos del cuerpo:

- postura corporal;
 - gestos;
 - expresión facial;
- la paralingüística, que alude a las variaciones no lingüísticas:
 - tono;
 - volumen;
 - ritmo;
- la proxémica, la cual se encuentra relacionada con la estructuración del espacio inmediato de la persona; habla de la proximidad (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

La comunicación humana es esencial en toda organización laboral y fundamentalmente en el ámbito de la salud para el logro de una asistencia eficaz y de calidad. El profesional de esta área debe desarrollar habilidades sociales, las cuales implican capacidades o destrezas para

una tarea interpersonal. Su labor se da en el relacionamiento con otros que se encuentran en un estado de vulnerabilidad por estar aquejados de una dolencia, por lo que en esa comunicación se requiere una disponibilidad emocional. Ella facilita una escucha activa, que supone poder escuchar más allá de lo que el otro dice.

La capacidad de empatía es una habilidad especial para comprender y sentir lo que siente el otro, pero, a su vez, para rescatarse y separarse de él, lo que conlleva el logro de una distancia óptima (Capezzuto, 2005). En la distancia óptima, el sujeto es conocedor de los límites que la tarea le impone. La tolerancia a la frustración con que cuente habilitará una relación profesional caracterizada por la disponibilidad emocional, que actuará como sostén del usuario. Esta distancia óptima también es un elemento que previene la intensidad de los sentimientos en el vínculo, que pueda llevar a actitudes de mayor o menor distancia para con el usuario.

Las capacidades sociales del ser humano de poder reconocer elementos de la comunicación no verbal, comprender su significado y responder a ellos de manera consecuente son lo que le permiten adquirir las habilidades necesarias para el manejo de las situaciones: «Son las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejercitar competentemente una tarea interpersonal» (Monjas Caseros y González Moreno, 1998).

Desde la salud mental, para entender el encuentro con el otro y también aspectos que hacen al estrés laboral, es necesario, además, manejar otros conceptos. A continuación, definiremos algunos de ellos.

SUCESOS VITALES ESTRESANTES

Por ello se alude al monto de reajuste, intensidad y duración del cambio que estos introducen en la persona, por lo que no se apunta a los hechos en sí, sino a lo que provocan en esa persona. Hoy, para referirnos a ellos, se ha pasado también a utilizar la expresión *acontecimientos vitales estresantes* (Turner, Wheaton y Lloyd, 1995).

Crisis

Kaës (1989) la describe como un cambio brusco y decisivo en el curso de un proceso. Dice que la situación de crisis genera una experiencia de ruptura y, junto con ella, la esperanza de sutura. En toda crisis, se da peligro y oportunidad: peligro de estancarse o derrumbarse, u oportunidad de crecer con nuevas estrategias de enfrentamiento.

Es importante diferenciar la crisis del trauma, pues este último aprisiona la creatividad, los cambios y las soluciones. La crisis, en cambio, los libera, provoca la creación de nuevos equilibrios (Medici, 1993).

Vulnerabilidad

Es un término que viene del latín y que significa: «cualidad que tiene alguien de ser herido», por lo que supone una reacción más intensa de lo esperable frente a los estímulos.

De ella se habla también como la exposición a agravantes; de este modo, la vulnerabilidad sería resultante tanto de características personales como de contextos o condiciones colectivas que son causa de una mayor susceptibilidad a esos agravantes (Icumi, Bertolozzi, Ferreira y otros, 2008).

SOPORTE SOCIAL

El concepto de Soporte Social de Thoist (apud Capezzuto 2005) explica la importancia que tiene para el sujeto que en las redes sociales en que está inserto perciba relaciones de apoyo, desde:

- lo emocional: hace referencia al logro de vínculos de intimidad y confianza, que la persona sienta que cuenta con ellos y lo sostienen;
- lo material: es la ayuda tangible, tener ayuda económica y/o de presencia física al necesitar de ella;
- lo informacional: hace referencia a la información con la que cuenta el sujeto sobre, por ejemplo, su situación de salud o una enfermedad, y al hecho de percibir que esa información lo sostiene y lo habilita a pensar sobre ella haciéndolo sentir confianza en quien la brinda. (Thoist ápod Capezzuto, 2005).

RED SOCIAL

De acuerdo con Sluzki:

Una red social personal, estable, sensible, activa y confiable es salutógena, es decir, protege a la persona de enfermedades, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida, y también existe evidencia de que la presencia de enfermedad en un

miembro deteriora la calidad de su interacción social y, a la larga, el tamaño (el número de habitantes accesibles de su red social) (Sluzki, 1996).

CAPACIDAD DE RESILIENCIA

Es muy importante en el logro de una calidad de vida satisfactoria y, por ende, en cómo enfrentamos el estrés, pero no hay que olvidar que la resiliencia está presente siempre que haya una personalidad con un mínimo de fortaleza yoica, que le habilite poder enfrentar las situaciones; si la fragilidad es tan significativa que desborda lo adaptativo del sujeto, se dificulta la constitución de la resiliencia.

El término *resiliencia* proviene del latín *resilire*, que significa: «volver atrás de un salto, rebotar».

Silva (1977) conceptualiza la resiliencia como:

Capacidad universal de todo ser humano de resistir ante condiciones adversas y recuperarse desarrollando paulatinamente respuestas orientadas hacia la construcción de un ajuste psico-social positivo al entorno a pesar de la existencia simultánea de dolor y conflicto intrapsíquico (ápuđ Tuzzo, Toledo, Delgado y otros, 2009).

Es decir, es la capacidad de sobreponerse a las adversidades y construir nuevas formas de enfrentamiento, según expresa el autor (ápuđ Tuzzo, Toledo, Delgado y otros, 2009).

Vanistendael (1994) considera que en la resiliencia se pueden diferenciar dos aspectos: uno que hace referencia a la capacidad de protegerse estando bajo presión la propia integridad, lo que habla de la resistencia frente a la destrucción, y otro que alude a la capacidad del sujeto de desarrollar un comportamiento vital positivo.

Mikulic y Fernández (2005) realizaron una investigación en niños y adolescentes en la que evaluaron su fortaleza psicológica y concluyeron que en la resiliencia no se puede considerar solo al sujeto aislado, sino que hay que tener en cuenta la interacción con los otros, además del contexto en el que se encuentra. Dicen que son recursos protectores frente a la adversidad las fortalezas ligadas al grupo primario, de pares y contexto escolar.

Es un objetivo en salud, que cada día es más importante tomarlo en cuenta.

La Organización Mundial de la Salud (1994) la define como:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (ápuđ Felce y Perry, 1995).

En todas las definiciones, la subjetividad es un componente esencial, pues se habla de bienestar subjetivo, con diferencias individuales.

Esta comprende tres dimensiones:

- física: percepción del estado físico o de la salud;
- psicológica: percepción de su estado cognitivo y afectivo como miedo, ansiedad, pérdida de autoestima, etcétera, que incluye las creencias personales y espirituales, el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento;
- apoyo familiar y social: incluyéndose en esta dimensión la percepción que se tenga de la relación con el equipo de salud.

La calidad de vida también es medida de forma objetiva. Estas mediciones son utilizadas para los tratamientos y las políticas de salud, ya que muestran, entre otros aspectos, el mayor o menor grado del estado de dependencia de ese sujeto. Lo objetivo y lo subjetivo no siempre se acompañan. Llama la atención el grado de satisfacción percibido por las personas en situaciones que, en otros momentos de su vida, serían consideradas del orden de lo impensable. Esta característica es una muestra de la fortaleza de los recursos internos que habilita una adaptación activa y creativa. La percepción del nivel de calidad de vida en el sujeto tampoco es ajena a recursos externos como el soporte social, que incluye apoyos tanto desde lo emocional como desde lo material.

Calidad de vida laboral

A lo largo de la vida, el tiempo que se pasa en el lugar de trabajo es mucho, por lo que son importantes su ambiente y el grado de satisfacción que pueda percibirse en él.

En el área de la salud y en la profesión de enfermería, el estrés laboral forma parte de la tarea misma, ya que a diario se trabaja con aspectos como el dolor, el sufrimiento y la muerte de los sujetos, temas que, por lo general, tienen la característica de ser tabú en la sociedad. Esto tiene su contrapartida en las satisfacciones que la labor contiene.

Por lo tanto, la calidad de vida laboral es uno de los elementos que incide en que el estrés que se produzca en el trabajo sea el inherente a la tarea misma o que la intensidad y frecuencia se corresponda con el que se encuentra en el síndrome de *burnout*.

El grado de satisfacción que se tenga en el ámbito laboral está dado por distintos factores. Estos van desde el clima laboral percibido a las condiciones de trabajo, los cuales son elementos que, junto con otros del propio sujeto, incidirán aumentando o amortiguando el estrés propio de la tarea.

Segurado y Agulló (2002) describen la calidad de vida laboral, conceptualizando la calidad de vida laboral psicológica y enumerando indicadores individuales para ella. Establecen que las actitudes y la forma de percibir, valorar e interpretar distintas facetas del entorno de trabajo están condicionadas por las características personales y los recursos cognitivos de los sujetos. De este modo, la calidad de vida laboral es cómo experimenta cada persona su trabajo, por lo que es una valoración subjetiva e individual, denominada calidad de vida laboral psicológica.

De la dimensión objetiva de la calidad de vida laboral, la que se encuentra dada por las condiciones físicas, objetivas, propias del puesto y del ambiente de trabajo, Segurado y Agulló destacan los siguientes indicadores:

- individuales:
 - las expectativas y la motivación;
 - la implicación, el compromiso y la centralidad del trabajo;
 - las actitudes y los valores que se tengan hacia el trabajo;
 - la satisfacción laboral;
 - la calidad de vida laboral percibida;
- del ambiente de trabajo:
 - las condiciones de trabajo;
 - la seguridad y la higiene;

- el diseño ergonómico;
- la utilización de nuevas tecnologías;
- las características y el contenido del trabajo.

Los aspectos organizacionales tienen su incidencia en la calidad de vida laboral, y por ello se habla de:

- la organización del trabajo, su efectividad y productividad;
- el organigrama, la estructura y el funcionamiento;
- la participación y la toma de decisiones.

Los autores también señalan los factores psicosociales y los aspectos sociales, la comunicación y el clima laboral:

- la calidad de vida, la salud y el bienestar del trabajador;
- las condiciones y el estilo de vida;
- las políticas de trabajo, la seguridad y la estabilidad laboral;
- la prevención de los riesgos laborales.

Por lo tanto, distinguen una dimensión objetiva de la calidad de vida laboral, que se refiere más a los derivados de la organización, a las condiciones de trabajo y al desempeño del puesto, y una dimensión subjetiva, vinculada a los procesos psicosociales del sujeto y a la percepción de su entorno laboral. Hay una interdependencia entre los factores intrínsecos del entorno laboral y los factores extrínsecos a él (la familia, sus redes sociales, su tiempo libre, entre otros).

Asimismo, hablan de la relación dialéctica que el sujeto mantiene con su ambiente laboral, de la cual son consecuencia la construcción y los cambios que puedan darse en ese lugar. Es lo interactivo lo que le permite desempeñar su rol y afectar de esa forma su estatus como agente social.

BIBLIOGRAFÍA

- BERNARDI, R. (1988), «Vulnerabilidad, desamparo psicosocial y desvalimiento en la edad adulta», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n.º 67, Montevideo, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, pp. 19-31.
- BION, W. (1988), *Elementos de psicoanálisis*, Buenos Aires: Hormé.
- BLEICHMAR, S. (2005), *La subjetividad en riesgo*, Buenos Aires: Topía.
- CAPEZZUTO, B. (2005), «Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica», en MELIÁ, S. (comp.), *Enfermería en salud mental*, Montevideo: Oficina del Libro-FEFM.
- CLERC DE VALDEZ, I. (1995), «Reflexión, hoy, sobre vínculo y subjetividad», *Tramas*, vol. 1, n.º 1, Ediciones Trilce, agosto, pp. 87-89.
- DABAS, E., y NAJMANOVICH, D. (1995), *Redes, el lenguaje de los vínculos*, Buenos Aires: Paidós.
- FELCE, D., y PERRY, J. (1995), «Quality of life: its definition and measurement. Research in developmental disabilities», vol. 16, n.º 1, pp. 51-74.
- GARAY, M.; CAPEZZUTO, B.; DÍAZ, A., y otros (2015), *Depresión. Intento de autoeliminación*, Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza-Udelar.
- ICUMI, L. Y.; BERTOLOZZI, M. R.; FERREIRA, R., y otros (2008), «La utilización del concepto “vulnerabilidad” por enfermería» [EN LÍNEA], *Revista Latino-am Enfermagem*, vol. 16, n.º 5, setiembre-octubre. Disponible en: <www.eerp.usp.br/rlae>.
- KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E., y otros (1989), *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*, Buenos Aires: Paidós.
- LAZARUS, R. S., y FOLKMAN, S. (1986), *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona: Martínez Roca.
- MEDICI, C. (1993), «Concepto de crisis», *Revista de la Asociación de Psicopatología y Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia*, vol. 11, n.ºs 1-2, pp. 156-162, APPIA.
- MIKULIC, I., y FERNÁNDEZ, G. (2005), «Importancia de la evaluación psicológica de las fortalezas en niños y adolescentes», en *Anuario de investigaciones XIII*, t. 1, Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, pp. 279-288.
- MONJAS CASEROS, M. I., y GONZÁLEZ MORENO, B. (1998), *Las habilidades sociales del currículo*, Valladolid: Centro de Investigación y Documentación Educativa. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- MUSITU, G. (1996), *Manual de psicología de la comunicación*, Valencia: Serrano Villalba.
- PHILIPP, R. (1998), «La teoría del actuar comunicativo de Jürgen Habermas: un marco para el análisis de las condiciones socializadoras en las sociedades modernas», *Papers*, vol. 56, UAB, pp. 103-123.

- SCHWARTZMANN, L. (2003), «Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales», *Ciencia y Enfermería*, vol. IX, n.º 2, pp. 9-21.
- SEGURADO, A., y Agulló, E. (2002), «Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la psicología social», *Psicothema*, vol. 14, n.º 4, Oviedo, pp. 828-836.
- SLUZKI, C. (1996), *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Barcelona: Editorial Granica.
- TURNER, R.; WHEATON, B., y LLOYD, D. (1995), «The epidemiology of social stress», *American Sociological Review*, vol. 60, n.º 1, American Sociological Association, febrero, pp. 104-125.
- TUZZO, R.; TOLEDO, S.; DELGADO, M., y otros (2009), *Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales de la salud*, Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- VANISTENDAEL, S. (1994), «La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado», *Revista La Infancia en el Mundo*, vol. 5, n.º 3, Montevideo, BICE.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J., y JACKSON, D. D. (1991), *Teoría de la comunicación humana*, Barcelona: Herder.
- WINNICOTT, D. (1998), *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona: Paidós.

CAPÍTULO 3

Historia y conceptualización del estrés

Beatriz Capezzuto Castro

La palabra *estrés* es utilizada a partir del siglo XIV, la cual deriva del griego *stringere*, que significa: «provocar tensión».

En el área de la salud, su uso tiene raíces en Bernard, en sus conceptos de medio interno corporal, elemento fundamental para entender una vida saludable. Se relaciona con la noción de homeostasis desarrollada por Cannon en 1915, quien la explica como la coordinación de mecanismos fisiológicos que regulan los estímulos del medio externo. Cuando estos últimos requieren un esfuerzo mayor de los mecanismos homeostáticos, se muestran los efectos patógenos del estrés; por eso, habla de estrés por estímulos externos (ápuđ Nieto, Abad y Tejerina, 2005).

Seyle, en los años treinta, observa en distintos pacientes con variada patología síntomas en común: astenia, pérdida de peso, cansancio, entre otros. Ante esto, elabora un modelo de estrés múltiple que contempla, por un lado, la activación fisiológica típica que el organismo produce, y, por otro, las consecuencias perjudiciales que se generan si este se mantiene expuesto al estrés de forma prolongada o excesiva.

La teoría de Seyle contempla estímulos nocivos, que son los estresores, y el estrés, considerado como un conjunto coordinado de respuestas fisiológicas, reacción que llama síndrome general de adaptación (ápuđ Acosta, 2002).

Este síndrome comprende tres fases consecutivas:

1. reacción de alarma, cuyas manifestaciones son las típicas de la huida: se activa el sistema nervioso con signos de sudoración, se produce sequedad de boca, tensión muscular y taquicardia, y aumenta la síntesis de glucosa y la secreción de adrenalina y noradrenalina. Asimismo, ocurre un aumento de la atención y la concentración, el

cual no es dañino y se prolonga por poco tiempo. Si el estímulo se mantiene, se pasa a la siguiente fase;

2. fase de resistencia, en la que se da una homeostasis entre el medio externo y el interno del sujeto. La duración de esta fase será de acuerdo a la capacidad del organismo de resistir, pero si este continúa reaccionando para hacer frente a la situación, pasará a la siguiente;
3. fase de agotamiento, la cual sucede cuando los mecanismos para hacer frente en la fase anterior no alcanzan y se extienden, lo que provoca alteraciones desde lo psicosomático. Al finalizar esta fase, se puede volver a la normalidad o se puede llegar hasta la muerte.

En las tres fases, se dan manifestaciones corporales coordinadas en función de la presentación y duración de la fuente de estrés. Se pueden dar alteraciones en la corteza suprarrenal y en los órganos linfáticos timodependientes o alteraciones gastrointestinales, a las que se les suman síntomas inespecíficos.

Seyle se centra en las respuestas fisiológicas, sin tener en cuenta que los efectos de los estresores se encuentran mediados por factores psicológicos. Mason considera que las emociones inciden en la respuesta, que el hecho de que algo se vuelva estresante es debido a la interpretación que se tenga de ese estímulo (ápuđ Buendía, 2006).

Son Holmes y Rahe quienes, en los años sesenta, inician el modelo psicosocial de estrés, en el que hacen referencia a fuerzas externas o situaciones a las que están expuestas las personas que, al sobrepasar límites de tolerancia, les harán sentir estrés. Holmes habla de los sucesos vitales y dice que las características del sujeto y el estado en que se encuentra al responder a esa situación estresante tienen influencia en la capacidad de adaptación a esta; por lo tanto, se toman en cuenta las diferencias individuales.

Posteriormente, Lazarus habla del impacto de los sucesos cotidianos sobre el bienestar del sujeto. Este autor lo define como una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos, ya que pone en peligro su bienestar, por lo que aquí se apunta a la percepción individual, la cual explica las distintas respuestas de los sujetos ante las mismas situaciones. De este modo, no es el evento estresante, sino la percepción que de él tenga el sujeto. Lazarus trae a la evaluación cognitiva tanto valores como estilos de pensamiento y de percepción (Lazarus y Folkman, 1986). Así, «no cualquier situación adversa o con propiedades afectivamente negativas es por sí sola estresante. Solo lo es cuando

las circunstancias empiezan a erosionar la capacidad de reacción y los recursos del sujeto» (Fierro, 2002), es decir, dependerá de las habilidades y los recursos de las personas.

Otros autores también destacan esta interacción entre la respuesta y el estímulo, lo que permite una mayor comprensión del fenómeno del estrés. Mc Grath (ápod Llor, Abad, García y otros, 1998) habla de un desequilibrio percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta, bajo condiciones en las que el fracaso ante esa demanda posee importantes consecuencias. Katz y Kahn (1978) señalan que es una conducta que aparece cuando las demandas del entorno superan las capacidades para afrontarlas.

Aldwin (2007) dice que el estrés se refiere a una cualidad de la experiencia, que se produce a través de una transacción entre la persona y el entorno, ya sea como consecuencia de una sobreexcitación o de una baja excitación, que resulta en malestar psicológico o fisiológico.

De esta forma, habría dos modelos: uno más reduccionista y unilateral, de estímulo-respuesta, y otro transaccional, en el que se presta atención a los mecanismos mediadores determinantes de la respuesta psicológica.

La teoría transaccional o de mediación cognitiva de Lazarus y Folkman habla de las habilidades de afrontamiento, del apoyo social y de otros recursos disposicionales que cumplen la función de moderar el efecto de la experiencia de estrés. Así, tenemos también mecanismos de defensa y mecanismos de afrontamiento o *coping* (en inglés) que coexisten; los primeros son de cualidad inconsciente y los segundos, consciente. La meta de ambos es la de evitar o amortiguar el malestar subjetivo. El esfuerzo no implica el logro, lo que desencadena el esfuerzo de afrontamiento. Los mecanismos de defensa se dan por la emoción, ya sea afecto, angustia o tensión. La emoción, el estrés y el afrontamiento son interdependientes.

El estrés es una respuesta adaptativa que puede ser beneficiosa, ya que moviliza al sujeto en la búsqueda de soluciones para su bienestar. Tanto el exceso cuantitativo como cualitativo o la falta de recursos para responder a ellos moderando su acción inciden en la vulnerabilidad del sujeto, en lo psíquico o en las enfermedades. Ivancevich y Matteson (1989) expresan que el estrés puede ser causa de problemáticas psicológicas como depresión, ansiedad, pérdida de motivación, irritabilidad, entre otra sintomatología.

Así, surgen los conceptos de eustrés, que es la tensión útil que ayuda a vivir, y el de distrés, la tensión que se prolonga en el tiempo y que causa problemáticas y enfermedades.

CLASIFICACIÓN DE ESTRESORES

Lazarus y Cohen (1977) hablan de estresores psicosociales y plantean tres tipos en función de los cambios que producen en la vida de los sujetos:

- únicos, que cambian la vida del sujeto intensa y drásticamente y que pueden afectar a una sola persona o a un grupo, como los casos de víctimas de violencia o de una catástrofe natural;
- múltiples, que afectan, por lo general, a una persona, quien ante ese suceso pierde el control;
- cotidianos o microestresores, que son aquellos sucesos en las rutinas cotidianas que se presentan con frecuencia en la vida del sujeto. Estos estresores son divididos, a su vez, en dos tipos:
 - 1- las contrariedades;
 - 2- las satisfacciones.

Pratt y Barling (ápuđ Llor, Abad, García y otros, 1998) plantean otra clasificación de los estresores. Los definen de acuerdo a cuatro aspectos: a la especificidad del momento en que se desencadenan, a su duración, frecuencia y, finalmente, intensidad. De este modo, los clasifican en:

- agudos, de comienzo definido, corta duración, poca frecuencia, pero mucha intensidad;
- crónicos, sin comienzo definido, que se repiten con frecuencia, de duración corta o larga e intensidad baja o elevada;
- pequeños estresores, de comienzo definido, corta duración, poca frecuencia, pero mucha intensidad;
- desastres, de comienzo claro, corta o larga duración, poca frecuencia y fuerte intensidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA, J. (2002), *El estrés: ¿amigo o enemigo?*, Valencia: Bèrnia D. L.
- ALDWIN, C. (2007), *Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective*, Nueva York: Guilford.
- BUENDÍA, J. (2006), *Estrés laboral y salud*, Madrid: Biblioteca Nueva.
- CAPEZZUTO, B. (2009), «El estrés laboral. Síndrome de burnout o desgaste en los equipos asistenciales», en FERNÁNDEZ, L.; ALAMILLA, M.; CAPEZZUTO, B., y otros, *Abordaje teórico-práctico en la atención de enfermería en niños/as y adolescentes*, Montevideo: Comisión Sectorial de Educación Permanente-Universidad de la República.
- FIERRO, A. (2002), *Personalidad, persona, acción. Un tratado de psicología*, Madrid: Alianza.
- HOLMES, T. H., y RAHE, R. H. (1967), «The social readjustment rating scale», *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 11, n.º 2, Elsevier, agosto, pp. 213-218.
- IVANCEVICH, J. M., y MATTESON, M. T. (1989), *Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial*, México: Trillas.
- KATZ, D., y KAHN, R. L. (1978), *The Social Psychology of Organizations*, Nueva York: John Wiley and Sons.
- LAZARUS, R. S. (1966), *Psychological Stress and the Coping Process*, Nueva York: McGraw-Hill.
- LAZARUS, R. S., y COHEN, J. B. (1977), «Environmental stress», en ALTMAN, I., y WOHLWILL, J. F. (eds.), *Human Behaviour and the Environment: Current Theory and Research*, Nueva York: Plenum.
- LAZARUS, R. S., y FOLKMAN, S. (1986), *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona: Martínez Roca.
- LLOR, B.; ABAD, M. A.; GARCÍA, M. y otros (1998), *Ciencias psicosociales aplicadas a la práctica médica*, Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- NIETO, J.; ABAD, E., y TEJERINA, A. (2005), *Psicología para las ciencias de la salud*, Madrid: McGraw Hill-Interamericana.
- TURNER, R.; WHEATON, B., y LLOYD, D. (1995), «The epidemiology of social stress», *American Sociological Review*, vol. 60, n.º 1, American Sociological Association, febrero, pp. 104-125.

CAPÍTULO 4



Estrés laboral

Beatriz Capezzuto Castro

Para el desarrollo del tema del estrés laboral, es necesario comenzar con algunos conceptos sobre el trabajo y el vínculo entre la salud y el trabajo.

TRABAJO

Sus características tienen variaciones de acuerdo a la cultura, a la época y al contexto socioeconómico.

Neffa (2003) lo define como una actividad que se realiza con la finalidad de prestar un servicio o de producir un bien, con una realidad objetiva y exterior al sujeto que lo produce y una utilidad social que provoca satisfacción en él o en otras personas. Por lo tanto, el trabajo involucra la totalidad del ser humano, ya que se pone en acción sus capacidades: desde la dimensión fisiológica y biológica, que comprende la fuerza física, la postura, entre otros, hasta la dimensión psíquica y mental, en la que se ponen en juego la motivación, la emoción, la inteligencia, etcétera.

SALUD Y TRABAJO

La salud está altamente vinculada al trabajo. Uno de los fundamentos es que el ejercicio de una actividad asalariada es un elemento que dignifica al sujeto. El trabajo desarrolla capacidades, pero también, en algunos casos, puede ser fuente de riesgo laboral.

Las estadísticas muestran un aumento de enfermedades y accidentes laborales, lo cual es un tema que preocupa y señala la importancia de las políticas en prevención, muy vinculadas al área de la salud laboral. La salud en el trabajo se define como el grado razonable de armonía entre las facultades, necesidades y expectativas del trabajador y las exigencias y oportunidades del entorno (Llor, Abad, García y otros, 1998). Buendía señala que, en los últimos años, cambios en estructuras laborales han provocado un aumento de la insatisfacción laboral y sentimientos de estrés:

- la tecnología ha llevado, en muchos casos, a trabajos automatizados de baja capacitación en los trabajadores, es decir, trabajos que requieren poco uso de sus capacidades. Asimismo, la política social no ha diseñado trabajos que necesiten el empleo de las capacidades, por lo que esta devaluación ha conducido a la insatisfacción y al estrés;
- el incremento del nivel educacional del trabajador, que no se correlaciona con el acceso a trabajos de mayor capacitación, también se vincula al estrés laboral;
- el número de intervenciones es reducido para la persistencia de niveles altos de estrés laboral (Buendía, 2006).

Luego de esta breve reseña sobre trabajo y salud, pasaremos a explicar más los elementos que llevan al estrés laboral.

ESTRÉS LABORAL

En la sociedad actual, el fenómeno del estrés laboral tiene relevancia dada su frecuencia y sus consecuencias tanto en la salud del trabajador, en su bienestar físico, psicológico y social, como en las organizaciones, puesto que incide en la calidad del servicio prestado.

Scutter (1990) hablan del estrés laboral como «[...] una interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones de trabajo que conducen a trastornos psicológicos y a conductas insanas y finalmente a la enfermedad» (ápuđ Buendía, 2006). Por un lado, lo presentan como un proceso interactivo que implica la combinación de los efectos de las características individuales y de los distintos estresores del trabajo. Por otro, destacan los efectos psicológicos del estrés laboral, que ocasionan distrés afectivo, el cual incluye ansiedad, insatisfacción,

entre otros, y modificaciones conductuales, que se ven en los hábitos alimentarios. A su vez, señalan que la prolongación en el tiempo de las características adversas en el trabajo pueden ser causa de enfermedades cardiovasculares, así como de trastornos depresivos (Ápud Buendía, 2006).

FUENTES DE ESTRÉS LABORAL

Peiró (1999) enumera los siguientes desencadenantes de estrés laboral:

1. los estresores del ambiente físico, es decir, las condiciones adversas de trabajo dentro de lo ambiental: ruido, temperatura, ventilación, etcétera;
2. las demandas del propio trabajo: aquellas que están dadas por la propia actividad laboral, como pueden ser la sobrecarga de trabajo, los riesgos que este puede implicar, entre otras;
3. las características de las tareas que se llevan a cabo;
4. el desempeño de roles: aquí entrarían la ambigüedad y el conflicto de roles, la sobrecarga en ellos, los puestos limítrofes, etcétera;
5. las relaciones interpersonales y grupales en distintos niveles: no solo con los superiores y usuarios, sino también con los compañeros de trabajo;
6. el desarrollo de la carrera en sus múltiples aspectos: aquí se encontrarían desde la inseguridad laboral hasta las diferentes transiciones de roles, entre otras;
7. las nuevas tecnologías: problemas en su diseño, implementación y gestión;
8. el clima organizacional, que puede ser sumamente verticalista o de apoyo social entre sus miembros;
9. todos aquellos estresores laborales que son producto de las relaciones del trabajo y de las distintas esferas de la vida personal. Un claro ejemplo de esto puede ser el conflicto entre la demanda de la actividad laboral y los roles familiares.

Es importante detallar tres de las situaciones señaladas con respecto al ámbito organizacional, dada su frecuencia en el área de la salud y sus servicios:

- conflicto de roles: coexistencia de exigencias opuestas y con dificultad en ser conciliables para la realización de la tarea; presencia simultánea de expectativas contradictorias asociadas a un rol;
- ambigüedad de roles: no se encuentran claros; hay incertidumbre sobre la propia tarea en sus distintos niveles;
- sobrecarga de roles: corresponde al exceso de trabajo o a las dificultades para cumplir con los plazos fijados. Este es uno de los factores más significativos en cuanto al estrés asistencial (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999).

Asimismo, es relevante señalar que, con respecto al escaso apoyo y a la reducción de autonomía, la falta de participación en la toma de decisiones también actúa como estresor.

Se destaca la interacción de las personas en el trabajo como un elemento fundamental para la coordinación de las actividades y los roles de la organización.

Las particularidades de la tarea asistencial también pueden ser fuente de estrés, la cual se amortigua si hay una buena interacción y apoyo social. A su vez, la pobreza de relaciones sociales y la falta de apoyo social son elementos que inciden en la vulnerabilidad a los factores estresantes.

No hay que olvidar que estos estresores o potenciales fuentes de estrés requieren que el sujeto los perciba como tales, por lo que aquí entran las características individuales de cada sujeto, sus aspectos psicológicos y sociales.

El modelo del indicador de estrés ocupacional o, en inglés, *occupational stress indicator* (osi) (ápod Buendía, 2006) establece seis fuentes de presión que pueden incidir en la salud física y psicológica del trabajador:

- factores intrínsecos del trabajo;
- el rol organizacional;
- el clima y la cultura organizacional;
- las relaciones interpersonales;
- el desarrollo de la carrera;
- el conflicto familia-trabajo.

Entre los factores individuales, Buendía (2006), Llor, Abad, García y otros (1998), y Silveira (2008) señalan:

- los factores psicológicos;
- la personalidad, cuyas características son:
 - conducta de tipo A: irritabilidad, impaciencia, hostilidad, ambición, competitividad, acaparamiento del trabajo, hiperactividad y lucha por el éxito. Las relaciones interpersonales son complejas: desafiantes, tensas, agresivas (ápuđ Buendía, 2006).
 - conducta de tipo B: conformismo, menos ambición, baja impulsividad, menos tensión, apacibilidad, mayor control de la expresión de las emociones (ápuđ Buendía, 2006).

Cuando la demanda excede la capacidad, se ve un afrontamiento mayor en los que tienen conducta de tipo A, mientras que, en aquellos de conducta de tipo B, se encuentra una mayor morbilidad y mortalidad.

También estos autores hacen referencia al locus de control (ápuđ Buendía, 2006):

- locus interno: creencia de los sujetos de que los resultados en distintas áreas de la vida, entre ellas, las del trabajo, están determinados por sus capacidades y esfuerzo personal;
- locus externo: creencia de que el resultado está generado por aspectos externos como la casualidad, el destino u otras fuerzas que llevaron a que tal situación se generara.

El locus tiene implicaciones para el rendimiento y el estado de bienestar en el trabajo.

Los sujetos en los que predomina el locus interno son más resueltos y efectivos en la conducta de enfrentamiento, ya que tienen un mayor control de la situación laboral. En cambio, en los que predomina el locus externo, se ven factores de mayor vulnerabilidad, que inciden en el desborde frente a situaciones que demanden más.

Los conceptos de personalidad de tipo A o B, como el locus de control, son formas, según estos autores, de leer los factores psicológicos.

Son importantes la fortaleza o la fragilidad psíquica, las cuales estarán dadas de igual modo por elementos como el manejo de los mecanismos de defensa, el grado de vulnerabilidad, el estilo de enfrentamiento, el soporte social, entre otros.

Las características demográficas también entrarían dentro de los factores individuales, puesto que son elementos que pueden potenciar o reducir los efectos de las fuentes de presión. Estas son:

- sexo: en este punto, los autores señalaban que el género incidía en la percepción del estrés. Sin embargo, estos estudios fueron desmitificados por otros, en los que se encontró que no había diferencias aparentes en las percepciones subjetivas del trabajo (Adelman, Taylor y Nelson, 1989), ya que la relación entre condiciones laborales y bienestar emocional fue semejante en hombres y mujeres (Loscocco y Roschelle, 1991);
- edad: a pesar de que la flexibilidad física y mental disminuye con la edad y de que los más viejos tengan mayor sobrecarga laboral y responsabilidad que los más jóvenes, pruebas sugieren que la edad está inversamente relacionada con el estrés laboral. Pero, en trabajos en los que el tiempo es una variable de presión importante, esto cambia y se vuelve un factor de vulnerabilidad.

El modelo OSI considera, dentro de las variables individuales, el patrón de comportamiento de tipo A, el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las diferencias demográficas, ya que pueden potenciar o reducir los efectos de las fuentes de estrés.

ESTILO Y ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO

Lazarus (1993) entendía por afrontamiento los esfuerzos cognitivos y conductuales que tiene cada sujeto para hacer frente al estrés, para manejar tanto demandas externas como internas que sean fuente de tal, y el estado emocional displacentero vinculado a él. Hoy, se destaca como mediador entre la situación estresante y la salud, y hay estudios que muestran que la variable que actúa más como moduladora es el estilo de afrontamiento (Martínez Correa, Reyes del Paso, García León y González Jareño, 2006).

Fernández Abascal habla del afrontamiento como predisposiciones personales para enfrentar situaciones. También hace referencia al uso de las estrategias de afrontamiento de cada sujeto y a la estabilidad temporal y situacional en su utilización. De esta forma, se refiere a las estrategias de afrontamiento como los procesos concretos que se emplean en cada contexto, los cuales pueden cambiar de acuerdo a la situación desencadenante (Fernández Abascal, 1997).

Begley y Czajka (1993) señalan que los individuos con mayor compromiso organizacional no sufren tanto los resultados negativos del estrés en su salud física y psíquica, como la insatisfacción laboral, a diferencia

de aquellos que tienen un menor compromiso.

La implicancia con el trabajo ha sido estudiada, y Lodhal y Kejner (1965) la describen en sus tres dimensiones:

1. la identificación psicológica del sujeto hacia el trabajo y hasta qué punto lo considera en su vida;
2. la incidencia del desempeño en el trabajo en la autoestima del sujeto, dimensión que se denomina contingencia desempeño-autoestima;
3. la implicación de los sentimientos de deber y de obligación al trabajo. De hecho, por tratarse de una obligación más para cumplir, se puede producir la pérdida de interés por el trabajo (ápuđ López-Araújo, Segovia y Peiró, 2007).

Con respecto al clima organizacional, se considera fundamentales las percepciones del trabajador respecto a las estructuras y los procesos que se dan en un medio laboral, ya que su comportamiento depende, en gran medida, de las actividades, interacciones y otras experiencias que tenga con la empresa y no solo de la resultante de los factores organizacionales. La motivación y satisfacción del trabajador con la tarea aumenta el rendimiento y la calidad de esta, por lo que el clima organizacional y laboral condiciona sus actitudes y comportamientos.

La variable de apoyo social es un elemento considerado importante para la reducción del efecto de los estresores. Pines (1997) señala formas distintas de ofrecer apoyo social en el trabajo. Estas son las siguientes:

1. una escucha activa hacia el sujeto, sin aconsejar ni juzgar;
2. un respaldo en cuanto a si se encuentra realizando bien la tarea;
3. un desarrollo en el profesional de necesidades y pensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo de parte de compañeros competentes en su profesión;
4. una contención emocional; de no lograrla en el trabajo, ha de tenerla en su hogar;
5. un apoyo emocional desafiante, que implique generar reflexión en el sujeto sobre la tarea (Pines, 1997).

BIBLIOGRAFÍA

- ADELMAN, H. S; TAYLOR, L., y NELSON, P. (1989), «Minors' dissatisfaction with their life circumstances», *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 20, n.º 2, Springer, diciembre, pp. 135-147.
- BEGLEY, T. M., y CZAJKA, J. M. (1993), «Panel analysis of moderating effects of commitment on job satisfaction, intent to quit, and health following organizational change», *Journal of Applied Psychology*, vol. 78, n.º 4, American Psychological Association, agosto, pp. 552-556.
- BUENDÍA, J. (2006), *Estrés laboral y salud*, Madrid: Biblioteca Nueva.
- CAPEZZUTO, B. (2009), «El estrés laboral. Síndrome de burnout o desgaste en los equipos asistenciales», en FERNÁNDEZ, L.; ALAMILLA, M.; CAPEZZUTO, B., y otros, *Abordaje teórico-práctico en la atención de enfermería en niños/as y adolescentes*, Montevideo: Comisión Sectorial de Educación Permanente-Universidad de la República.
- FERNÁNDEZ ABASCAL, E. G. (1997), «Estilos y estrategias de afrontamiento», en FERNÁNDEZ ABASCAL, E. G.; PALMERO, F.; CHÓLIZ, M., y otros, *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*, Madrid: Pirámide, pp. 189-206.
- FOREHAND, G. A., y VON HALLER GILMER, B. (1964), «Environmental variation in studies of organizational climate», *Psychological Bulletin*, vol. 62, American Psychological Association, diciembre, pp. 361-382.
- GIL MONTE, P. (2003), «Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?», *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 19, n.º 2, pp. 181-197.
- GONÇALVES, A. P., «Focalizando en el cliente» [EN LÍNEA], en . Disponible en: <www.calidad.org/articles/jan98/1jan98.htm>.
- LAZARUS, R. S. (1993), «From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks», *Annual Review of Psychology*, vol. 44, Annual Reviews Inc., pp. 1-21.
- LLOR, B.; ABAD, M. A.; GARCÍA, M. y otros (1998), *Ciencias psicosociales aplicadas a la práctica médica*, Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- LÓPEZ- ARAÚJO, B.; OSCAR SEGOVIA, A.; PEIRÓ, J. M. (2007), *El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral*, [EN LÍNEA], *Psicothema*, vol. 19, n.º 1, Universidad de Oviedo, pp. 81-87. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oaid:72719112>>.
- LOSCOCO, K. A., y ROSCHELLE, A. R. (1991), «Influences on the quality of work and nonwork life: two decades in review», *Journal of Vocational Behaviour*, vol. 39, n.º 2, Elsevier, octubre, pp. 185-225.

- MARTÍNEZ CORREA, A.; REYES DEL PASO, G.; GARCÍA LEÓN, A y GONZÁLEZ JAREÑO, M. (2006) *Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés*. *Psicothema*, vol. 18, n.º 1, pp 66-72.
- MORENO-JIMÉNEZ, B., y Peñacobá, C. (1999), «El estrés asistencial en los servicios de salud», en SIMÓN, M. A. (ed.), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*, Madrid: Biblioteca Nueva.
- MORENO-JIMÉNEZ, B.; GARROSA HERNÁNDEZ, E., y GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, J. L. (2000), «El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CPDE», *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 4, n.º 3, Madrid, pp. 163-180.
- NEFFA, J. (2003), *Grandes rasgos de la evolución del concepto de trabajo desde la antigüedad hasta fines del siglo XIX*, Buenos Aires: Lumen.
- PEIRÓ, J. M. (1999), *Desencadenantes del estrés laboral*, Madrid: Pirámide.
- PINES, A. (1997), «On burnout and the buffering effects of social support», en GIL-MONTE, P. R., y PEIRÓ, J. M. (eds.), *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*, Madrid: Síntesis.
- SALCEDO, J. A. (1998), «Control y evaluación de recursos humanos», en LÁZARO de MERCADO, P., y MARÍN LEÓN, I. (eds.), *Motivación saludable: los recursos humanos en el sector de la salud*, Santander: UIMP, pp. 283-292.
- SILVEIRA, N. (2008), *Un modelo de triangulación cuali-cuantitativa: estrés, satisfacción y burnout en médicos y enfermeras del hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela*, Montevideo: Psicolibros.

CAPÍTULO 5

Síndrome de *burnout* en el área de la salud

Beatriz Capezzuto Castro

HISTORIA Y CONCEPTUALIZACIÓN

El *burnout*, término en inglés cuya traducción más aproximada es la de «estar quemado», la de «desgastarse», hace referencia a un tipo de estrés laboral; es un tipo de respuesta prolongada a estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo. Está descrito en trabajadores cuya tarea se encuentra en relación directa con las personas en una modalidad de ayuda y responsabilidad para con su bienestar y seguridad.

Son vulnerables a este síndrome, también llamado de desgaste profesional, aquellos que ejercen labor tanto asistencial (desde la medicina, enfermería, servicios sociales, psicología, entre otros) y docente (en los tres niveles de la enseñanza) como en la seguridad (prestación de servicios como policía, bomberos, transporte, etcétera). Hay autores que lo amplían a todo tipo de trabajador, pero otros son partidarios de reducirlo a las áreas laborales con las características antedichas y de mantener el concepto de estrés laboral para los otros ámbitos laborales.

Este síndrome fue descrito por Freudenberger en el año 1974. Mientras trabajaba en una clínica para toxicómanos, observó cómo algunos de los voluntarios en un período comprendido entre uno y tres años progresivamente comenzaron a sufrir pérdida de energía y a sentir falta de interés por el trabajo y desmotivación, hasta llegar al agotamiento. A esto, le acompañaban síntomas de ansiedad y depresión. Esta situación estaba dada en un espacio laboral cuyas características eran: retribución salarial mínima, sin horarios fijos, pero con un alto número

de horas de trabajo en un contexto social exigente y tenso. El autor describió cómo estos trabajadores pasaron a mostrarse menos sensibles y comprensivos, pero agresivos con los usuarios, a quienes culpabilizaban de problemas personales y con quienes tenían un trato distanciado. Freudenberger le dio el nombre a este patrón conductual de *burnout*. En el año 1976, Maslach estudió las respuestas emocionales de asistentes sociales y utilizó el mismo término para explicar el proceso de pérdida de sentido de responsabilidad y desinterés que se daba entre los compañeros de trabajo.

Freudenberger conceptualizó el *burnout* como el conjunto de síntomas físicos, psicológicos y sociales inespecíficos relacionados con la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía.

Maslach y Jackson (1981) lo definieron como respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, enumerando como rasgos principales el agotamiento físico o psicológico, la actitud fría y despersonalizada en el relacionamiento con los demás y los sentimientos de inadecuación a las tareas que realiza.

Otro autor, Burke (1987), explicó este síndrome como el proceso de adaptación al estrés laboral, caracterizado por el desgaste, la desorientación profesional, el distanciamiento emocional, el aislamiento y los sentimientos de culpa por frustración profesional (ápuđ Buendía, 2006).

Debido a la singularidad de cada sujeto, la expresión del síndrome de *burnout* dependerá también de su personalidad y formación, entre otros aspectos, por lo que no solo los factores ambientales ni las características de su profesión actuarán como factores decisivos, sino también la percepción que se tenga de ellos. Esto acompaña la perspectiva interaccional señalada por Lazarus (1993) con respecto al estrés: la fuente de presión no alcanza, sino que los aspectos propios del sujeto son los que la hacen estresante.

Al día de hoy y desde los años ochenta, se ha producido mucho sobre el tema y se ha hablado de una epidemia dada la cantidad de personas a las que afecta y dados los efectos perjudiciales que provoca tanto en ellas como en los integrantes de los ambientes de los que forman parte. También se han hecho críticas a la conceptualización de este síndrome, las cuales abarcan los siguientes puntos:

1. no queda clara la diferencia con el estrés;
2. no hay distinción con respecto a otros cuadros clínicos o síntomas, como lo son la depresión y el aburrimiento en el trabajo, entre otros.

En cuanto al primer punto, por un lado, la diferencia está en que el estrés, en sentido general, puede tener efectos tanto positivos como negativos en los sujetos; en cambio, la cualidad de los efectos del *burnout*

siempre es negativa. Por otro lado, el estrés se da en todos los ámbitos de la vida, mientras que este síndrome ocurre solo en el contexto laboral y mantiene características específicas.

Moreno-Jiménez (1990) señaló que algunos autores (como Daley y Blase) hacían referencia al *burnout* como una respuesta al impacto del estrés acumulado, mientras que otros (como Caton) establecían que, aunque el estrés y el *burnout* se encuentran relacionados, responden a constructos distintos.

Asimismo, el síndrome es estudiado para mostrar una situación de desajuste entre el trabajador y el puesto que ocupa.

Con respecto al segundo punto, el mismo autor citó a autores como Pines y Aronson que defendían el *burnout* como fenómeno laboral y no desde una postura clínica e individualista como la depresión. Meier en 1984 expresó que la diferencia entre ambos no estaría dada en la sintomatología, sino en la secuencia y en los patrones que se siguen durante su desarrollo, y que, a pesar de manifestarse de forma parecida, la etiología es distinta (ápuđ Moreno-Jiménez, 1990).

Freudenberger habla de la depresión como uno de los síntomas del *burnout*, pero, en todo el desarrollo que realiza del tema, no queda claro si este síntoma describe el síndrome o es consecuencia de él. Este es otro de los elementos que en trabajos de diversos autores se encuentra confuso; nos referimos a la diferencia entre los síntomas y las consecuencias del síndrome.

Maslach y Jackson (1981) dicen que el *burnout* es producto de reiteradas presiones emocionales y que, en cambio, el aburrimiento puede ser producto de cualquier tipo de presión o de la falta de motivación o innovación en el trabajo.

El *burnout* también ha sido estudiado desde dos perspectivas. Gil Monte y Peiró (1997) hacen referencia a:

- una clínica en la que se lo ve como estado al que se llega por el estrés laboral crónico, la cual es descriptiva de la sintomatología;
- otra clínica en la que se lo observa desde una perspectiva psicosocial, que lo considera como proceso debido a la interacción de características del ámbito laboral y del orden personal que tienen manifestaciones diferenciadas en distintas etapas.

La primera perspectiva estaría vinculada a los primeros trabajos de autores como Freudenberger (1974) y Pines y Aronson (1988). En la perspectiva de proceso, se encuentran los autores Maslach y Jackson (1981), Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), y Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), entre otros.

DESARROLLO DEL *BURNOUT*

La definición más extendida es la de Maslach y Jackson (1981). Estos autores hablan de una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico. Aluden a un síndrome tridimensional dado por:

- manifestaciones de agotamiento físico o psicológico;
- una actitud fría y despersonalizada en el relacionamiento con los demás y sentimientos de inadecuación a las tareas que se realizan.

Maslach y Jackson son los creadores de la escala más utilizada: *Maslach burnout inventory* (MBI), cuyos objetivos son medir el *burnout* personal en las áreas de servicios humanos y evaluar esas dimensiones por medio de tres subescalas.

A continuación, se definirán las manifestaciones descritas.

AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Es el grado máximo de fatiga que no se deja neutralizar por el reposo. El cansancio es la resultante de una tensión psicológica prolongada. La incapacidad de disminuir el ritmo relacionado con el trabajo puede generar sentimientos más crónicos y generalizados de fatiga. El estado de agotamiento descrito se ve como una pérdida de energía. Es un síntoma clave para Maslach.

Hay estudios que muestran que el agotamiento es precursor de la enfermedad coronaria (Buendía, 2006).

DESPERSONALIZACIÓN

Por ella se entienden actitudes cínicas hacia los usuarios, manifestaciones de irritabilidad y respuestas impersonales hacia ellos. Desconfianza hacia la naturaleza humana. A veces, se habla de esta característica como una forma de protección del trabajador ante el agotamiento. Esto último causa la despersonalización y puede aumentarla.

SENTIMIENTOS DE INADECUACIÓN Y BAJA REALIZACIÓN PERSONAL

Percepción de que no puede, no logra nada. No está satisfecho con sus logros, aunque los haya. Evalúa de forma negativa su labor, lo que incrementa sentimientos de baja estima y afecta su autoconcepto y las relaciones con los demás.

BURNOUT COMO PROCESO

En Leiter y Maslach (1988), la secuencia sería: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización.

El desajuste entre las demandas laborales y los recursos personales provoca, primeramente, un estado de agotamiento emocional; luego, actitudes de despersonalización como estrategia de afrontamiento y, finalmente, un sentimiento de baja realización personal, la cual sería el producto del ineficaz afrontamiento a los estresores laborales.

Gil-Monte, Peiró, Valcarel (1995) presenta un modelo en el que la secuencia va de una pérdida de la ilusión por el trabajo y un desgaste psíquico a actitudes negativas hacia los que asisten. Destaca, a su vez, que en algunos sujetos pueden darse también sentimientos de culpa.

Hätinen, Kinnunen, Pekkonen y otros (2004) proponen una secuencia en la que son los sentimientos de baja eficacia profesional los que se dan en un primer momento y en la que el cansancio emocional y la despersonalización serían las fases más avanzadas.

Para Edelwich y Brodsky (1980), el desarrollo del síndrome de *burnout* tiene cuatro etapas:

1. idealismo y entusiasmo con expectativas altas o irreales;
2. estancamiento, dado el incumplimiento de las expectativas;
3. sentimientos de frustración;
4. falta de interés con un distanciamiento emocional.

Los distintos autores, desde Freudenberger hasta los más actuales, detallaron una serie de síntomas como consecuencia del síndrome. A continuación, se describirán algunos de ellos.

SINTOMATOLOGÍA FÍSICA

- Trastornos:
 - gastrointestinales;
 - cardiovasculares;
 - respiratorios;
 - endócrinos;
 - dermatológicos;
 - musculares.
- Alteraciones en el sistema inmune.
- Cefaleas, las cuales se encuentran en forma importante.

SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA

- Preocupación excesiva.
- Incapacidad de tomar decisiones.
- Dificultad para mantener la atención y concentrarse.
- Sentimientos de falta de control.
- Olvidos frecuentes y sensación de desorientación.
- Hipersensibilidad a las críticas.
- Aumento de sentimientos de rabia unidos a sentimientos de culpa.
- Reacciones de pérdida de autoestima.
- Actitudes que van desde la negatividad hasta el cinismo, el desprecio.
- En algunos casos, aumento de la desconfianza hasta alcanzar la paranoia.

A esta sintomatología se le pueden agregar signos del comportamiento como: verborragia, tartamudeo, actuar impulsivo, crisis emocionales, bulimia, anorexia y signos de cansancio como bostezos repetitivos.

Los trastornos que pueden aparecer como consecuencia son ansiedad, depresión y de tipo afectivos.

Todo esto lleva a tener problemas en las relaciones interpersonales familiares, laborales y sociales.

En el ámbito laboral, se ha visto que este síndrome puede ser causa de un aumento de accidentes laborales, así como también de expresiones de queja, frustración, desencanto y desesperanza.

También se observaron distintos comportamientos como: ausentismo, incumplimiento en el horario (llegadas tarde), solicitud de licencias y, a su vez, falta de tolerancia y hostilidad para con la tarea y los compañeros de trabajo.

Otro tipo de consecuencias son las organizativas:

- en las relaciones interpersonales;
- en el rendimiento y la productividad;
- juicios erróneos;
- disminución de la creatividad;
- decreciente bienestar psicológico.

Maslach expresa que el *burnout* tiene un papel fundamental en la pérdida moral del equipo, en el ausentismo y en el cambio frecuente de personal y lo correlaciona, al mismo tiempo, con el alcoholismo, el uso de tranquilizantes, las disfunciones familiares y los trastornos emocionales.

Es sabido que el trabajo con los sufrimientos humanos, la enfermedad y la muerte es un factor estresante para los miembros del personal de salud. El contacto a diario con personas que se encuentran afectadas por una enfermedad orgánica genera en ellos distintos sentimientos y vivencias, cuya intensidad y frecuencia surge por varios factores, entre los cuales se encuentran aquellos que se dan:

- por la identificación con el usuario, la familia o la situación misma;
- por la presión que la asistencia misma provoca.

También inciden en lo vivencial del personal los distintos desenlaces que se presentan en los usuarios asistidos en los servicios de salud: están los que prosiguen con su vida como antes de haber ingresado a la institución asistencial, los que a su egreso son portadores de secuelas y aquellos cuyo desenlace es el de la muerte (Capezzuto, 2009).

Todos estos son algunos de los factores que inciden en el grado de estrés que los miembros del personal de salud tengan. Las fuentes ge-

neradoras de estrés son varias, y entre ellas están las institucionales y de relacionamiento formal e informal entre los miembros del equipo de salud. Son varios los autores (Buendía, Llor, Adelman, Moreno-Jiménez) que señalan que estas fuentes pueden actuar como factores de protección o factores de riesgo en el incremento del estrés en la tarea. A continuación, se citan algunos de los aspectos que se dan en los estudios actuales, específicamente con respecto a la enfermería:

- efectos significativos en función del porcentaje de interacción con los pacientes, los cuales se asocian al riesgo de despersonalización y a las variables como la sobrecarga y la afección debido al contacto con la muerte y el dolor. Los enfermeros que tienen un nivel medio de interacción directa son los que muestran mayor malestar, mientras que los que pasan mayor parte de su tiempo en contacto con ellos son los menos afectados;
- factores relacionados al rol: tanto la ambigüedad de este último como el hecho de formar parte de mandos intermedios provocan una mayor propensión al estrés laboral (Fornés Vives, 1994; Moreno-Jiménez, 1990, entre otros).

QUÉ HACER PARA PREVENIR EL *BURNOUT*

Las medidas preventivas deben tomarse tanto desde lo individual como desde lo organizacional.

Frente a la pregunta de quién cuida al cuidador, interesa resaltar el papel del propio sujeto, ya que tiene un lugar protagónico en estas medidas, lo que no menoscaba la importancia de estrategias y medidas organizacionales.

Es importante reconocer el lugar que tiene la percepción del sujeto de las fuentes de presión y, para ello, las características individuales, puesto que la estructura de personalidad, con su fortaleza o fragilidad psíquica, es fundamental para el desarrollo de la capacidad de resiliencia y del estilo de enfrentamiento, así como para conformar una red social con vínculos de soporte.

Las organizaciones también han de tener medidas para prevenir los riesgos psicosociales que el trabajo puede acarrear, las cuales, conjuntamente a lo individual de cada sujeto, tendrán como consecuencia la posibilidad de amortiguar estrés inherente a la tarea.

Medidas

— Desde lo individual:

- tomar conciencia de las medidas de protección disponibles;
- no trabajar en dos áreas con las mismas características;
- identificar, reducir y, en lo posible, suprimir el factor problemático que genera estrés;
- capacitarse;
- realizar trabajos científicos y de investigación;
- trabajar en equipo;
- mantener o fomentarse actividades fuera del lugar de trabajo;
- tener tiempo de ocio;
- no mezclar lo personal con lo laboral;
- seguir hábitos saludables.

Desde lo organizacional: de acuerdo con Mansilla Izquierdo y a Favie-
res Cuevas:

[...] La prevención del estrés es el aumento del apoyo social en las organizaciones, favoreciendo la cohesión de los grupos de trabajo y formando a los supervisores para que adopten una actitud de ayuda con los subordinados, ya que el apoyo social no solo reduce la vulnerabilidad al estrés, sino también sus efectos negativos (2012).

Estos autores hablan de que el estrés es un importante riesgo para la salud y la seguridad, y, por ello, recalcan la necesidad de incluir indicadores en la vigilancia de la salud laboral y de invertir en su prevención.

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de Estados Unidos establece medidas preventivas en los lugares de trabajo con respecto a:

- [el] horario de trabajo: procurar que los horarios de trabajo eviten conflictos con las exigencias y responsabilidades externas al trabajo. Los horarios de los turnos rotatorios deben ser estables y predecibles;
- [la] participación/control: dejar que los trabajadores aporten ideas a las decisiones y acciones que afecten su trabajo;
- [la] carga de trabajo: comprobar que las exigencias de trabajo sean compatibles con las capacidades y [los] recursos del trabajador y permitir su recuperación después de tareas físicas o mentales particularmente exigentes;

- [el] contenido: diseñar las tareas de forma que confieran sentido, estímulo, sensación de plenitud y la oportunidad de hacer uso de las capacitaciones;
- [los] roles: definir claramente los roles y [las] responsabilidades en el trabajo;
- [el] entorno social: crear oportunidades para la interacción social, incluidos el apoyo moral y la ayuda directamente relacionados con el trabajo;
- [el] futuro: evitar la ambigüedad en temas de estabilidad laboral y fomentar el desarrollo de la carrera profesional

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo aporta otra serie de recomendaciones como:

- mejorar el contenido y la organización del trabajo para evitar los factores de riesgo psicosocial;
- controlar los cambios en las condiciones de trabajo y en la salud de los trabajadores y su interrelación;
- aumentar la sensibilización, informar, preparar y educar;
- ampliar los objetivos y [las] estrategias de los servicios de salud laboral o prevención de riesgos (Mansilla Izquierdo y Favieres Cuevas, 2012).

BIBLIOGRAFÍA

- ADELMANN, P. K. (1995), «Emotional labor as a potential source of job stress», en S. L. SAUTER y L. R. MURPHY (Eds), *Organizational risk factors for job stress*, Washington, D C: American Psychological Association, pp. 371-381.
- BUENDÍA, J. (2006), *Estrés laboral y salud*, Madrid: Biblioteca Nueva.
- BURKE, R. J., y GREENGLASS, E. (1995), «A longitudinal study of psychological burnout in teachers», *Human Relations*, vol. 48, n.º 2, Barcelona: Fomes, pp. 187-202.
- CAPEZZUTO, B. (2009), «El estrés laboral. Síndrome de burnout o desgaste en los equipos asistenciales», en FERNÁNDEZ, L.; ALAMILLA, M.; CAPEZZUTO, B., y otros, *Abordaje teórico-práctico en la atención de enfermería en niños/as y adolescentes*, Montevideo: Comisión Sectorial de Educación Permanente-Universidad de la República. Edelwich, J., y Brodsky, A. (1980), *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, Nueva York: Human Sciences Press.
- FORNÉS VIVES, J. (1994), «Respuesta emocional al estrés laboral», *Revista Rol de Enfermería*, vol. 186, pp. 31-39.
- FREUDENBERGER, H. J. (1974), «Staff burnout». *Journal of Social Issues*, vol. 30, n.º 1, pp. 159-165.
- GIL-MONTE, P. R. (2005), *El síndrome de quemarse en el trabajo (burnout)*, Madrid: Psicología Pirámide.
- PEIRÓ J. M. (1997), *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*, Madrid: Síntesis.
- Valcárcel, P. (1995), «A causal model of burnout process development: an alternative to Gelembiewski and Leiter models», trabajo presentado en el Seven European Congress of Work and Organizational Psychology, Győr.
- GOLEMBIEWSKI, R.T; MUNZENRIDER, R. y CARTER, D. (1983). «Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in research and praxis», *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 19, n.º 4, pp. 461-481.
- HÄTINEN, M.; KINNUNEN, U.; PEKKONEN, M., y otros (2004), «Burnout patterns in rehabilitation: short-term changes in job conditions, personal resources, and health», *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 9, n.º 3, pp. 220-237.
- LAZARUS, R. S. (1993), «From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks», *Annual Review of Psychology*, vol. 44, Annual Reviews Inc., pp. 1-21.

- LEITER, M., y MASLACH, C. (1988), «The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment», *Journal of Occupational Behaviour*, vol. 9, pp. 297-308.
- LLOR, B.; ABAD, M. A.; GARCÍA, M. y otros (1998), *Ciencias psicosociales aplicadas a la práctica médica*, Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- MAICON, C., y GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ, E. J. (2010), «El síndrome de burnout evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo», *Anales de Psicología*, vol. 26, n.º 1, Universidad de Murcia, enero, pp. 169-180.
- MANSILLA IZQUIERDO, F., y FAVIERES CUEVAS, A. (2012), *Estrés laboral y su prevención*, [en línea], Madrid: Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. Disponible en: <<http://madridsalud.es/el-estres-laboral-y-su-prevencion/>>.
- MASLACH, C. (1976) *Burned-out. Human behavior*, vol. 5, Leiter Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, pp.16-22
- JACKSON, S. E. (1981), «The measurement of experienced burnout», *Journal of Occupational Behaviour*, vol. 2, pp. 99-113.
- MINGOTE, J. (1998), «Síndrome *burnout* o síndrome de desgaste profesional», *Formación Médica Continuada*, vol. 5, n.º 8, Madrid, p. 493.
- MORENO-JIMÉNEZ, B. (1990), «El burnout como forma específica de estrés», ponencia presentada en el II Symposium de Psicología Clínica Aplicada, 2 al 6 de abril, Jaén.
- Peñacoba, C. (1999), «El estrés asistencial en los servicios de salud», en *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*, Madrid: Biblioteca Nueva (colección Psicología Universidad).
- GARROSA HERNÁNDEZ, E., y GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, J. L. (2000), «El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CPDE», *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 4, n.º 3, pp. 163-180.
- NIETO, J.; ABAD, E., y TEJERINA, A. (2005), *Psicología para las ciencias de la salud*, Madrid: McGraw Hill-Interamericana.
- PEIRÓ, J., y SALVADOR, A. (1993), *Control del estrés laboral*, Madrid: Eudema.
- PINES, A. M., y ARONSON, E. (1988), *Career Burnout: Causes and Cures*, Nueva York: The Free Press.
- RAMOS, F. (1999), *El síndrome de burnout*, Madrid: Klinik, S. L.
- SILVEIRA, N. (2008), *Un modelo de triangulación cuali-cuantitativa: estrés, satisfacción y burnout en médicos y enfermeras del hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela*, Montevideo: Psicolibros.

CAPÍTULO 6

Abordaje del estrés laboral en el primer nivel de atención: consideraciones de enfermería

Margarita Garay Albarracin
Álvaro Díaz Ocampo

Colaboradores:
Braulio Peraza Beitón
Mauricio Leal Techera

En este capítulo, se desarrollan aspectos conceptuales de la enfermería como disciplina científica; se definen estrés y niveles de atención, así como consideraciones del proceso de atención de enfermería como método científico en el cuidado de las personas que padecen estrés.

¿QUÉ ES LA ENFERMERÍA?

«La enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano, de las personas, las familias o los grupos de población» (Garay, 2016).

La disciplina enfermera «es un área de investigación y de práctica, marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos» (Marriner Tomey y Railee Alligood, 2008).

En este proceso el Hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación Salud-Enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos (Plan de estudios 1993 de la Licenciatura en Enfermería).

Asimismo, en esta disciplina se trabaja sobre sus estrategias de abordaje y la incidencia del estrés laboral con el equipo de enfermería inserto en el equipo interdisciplinario. Por lo tanto, abordamos cómo incide el estrés laboral en el equipo de enfermería en el primer nivel de atención. Es en los centros de salud y las policlínicas del primer de atención, de acuerdo al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (González, 2009), donde deben resolverse el 80 % de las atenciones de baja complejidad. Dada la realidad socioeconómica actual, se atiende a usuarios y a sus familias con situaciones complejas. Esto demanda un gran esfuerzo del equipo de salud, ya que no siempre se cuentan con todos los recursos humanos y materiales que se requieren.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR ESTRÉS LABORAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?

Mestre Navas (2004) define el estrés como:

Cualquier estímulo o circunstancia real o imaginaria, que requiere que la persona haga algo diferente en su forma de actuar o pensar en dicha circunstancia o por un tiempo prolongado. Es decir, el estrés sería cualquier estímulo o situación que requiere adaptación o cambio de parte de la persona involucrada en la situación (ápuđ Barajas, 2001).

Amador Pizá, autor de *Técnicas para dominar el estrés y vivir mejor*, presenta una definición sencilla: «es una respuesta del organismo ante una amenaza real o imaginaria, donde intervienen factores físicos, químicos o psicológicos» (ápuđ Barajas, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.d.) lo define como «el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción». Si tomamos esta definición, el estrés no debería ser un problema, dado que es una forma de afrontamiento, en la que los aspectos de la vida cotidiana actúan como un estímulo o una alerta. Según la OMS:

Ante una de estas situaciones, los cambios físicos producidos por el estrés en nuestro cuerpo (aumento de la presión sanguínea, de la respiración o el pulso, entre otros) hacen que este reaccione rápidamente frente a estos signos, actuando como una alerta temprano, oficiando de cuidador de la vida, ante estas alteraciones de los signos vitales (OMS, s.d.).

Una vez que el estresor desaparece, el organismo vuelve a funcionar normalmente. Sin embargo, cuando ciertas circunstancias, tales como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas, el ambiente competitivo, el multiempleo, entre muchas otras, se perciben inconscientemente como amenazas que provocan reacciones defensivas en la persona, tornándola irritable y generándole consecuencias nocivas en su organismo por períodos prolongados, esto se convierte en un verdadero problema. Dichas reacciones pueden ser:

- elevación de la presión sanguínea (hipertensión arterial);
- gastritis y úlceras en el estómago y el intestino;
- disminución de la función renal;
- problemas del sueño;
- alteraciones del apetito;
- agotamiento.

El estrés es diferente para cada persona: lo que produce estrés en una, puede ser inocuo para otra. Esto puede deberse a los siguientes factores: el estado psicológico y físico, el significado que se le otorga al evento perturbador y las condiciones ambientales (positivas y negativas).

En resumen, cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente en nuestras vidas (una mudanza, una entrevista laboral) podrían convertirse en estrés si estos hechos tienen una connotación especial de amenaza o si no estamos bien preparados física y psicológicamente para enfrentarlos.

Sin embargo, estudios efectuados desde 1980 apuntan a demostrar la existencia de un agente bioquímico responsable del estrés: el cortisol, por lo que se habla también de factores psiconeurobiológicos.

El investigador Bergold llegó a la conclusión, después de investigar durante varios años los síntomas y las causas del estrés en numerosos pacientes, de que el cortisol es el agente que lo causa y lo consideró «la hormona del estrés». Producida por la glándula suprarrenal, esta ayuda al ser humano a enfrentar una situación de estrés provocando la liberación de una dosis de adrenalina. Una vez que el hecho de tensión ha sido superado, el nivel de cortisol vuelve a normalizarse. Pero, si este se mantiene elevado durante semanas, meses o años, el cortisol se convierte en una fuerza destructora importante que afecta prácticamente cada célula u órgano del cuerpo humano.

Dentro de los factores desencadenantes, según Hernández Monsalve y Gervás Camacho (1993), se encuentran factores generales que afectan a cualquier profesional, aunque en grado distinto de acuerdo a la responsabilidad, autonomía y formación. Estos pueden ser:

- a. intrínsecos, inherentes a la propia actividad sanitaria, que se refiere, sobre todo, a los aspectos relativos a la atención de los pacientes;
- b. extrínsecos, que incluyen el conjunto de circunstancias que caracterizan el contexto laboral, organizacional, social e institucional.

FACTORES DE ESTRÉS LABORAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El trabajo del equipo de enfermería en el primer nivel de atención se ha venido complejizando desde la crisis socioeconómica que vivió el país en el 2002. Esta provocó que, por la pérdida de sus trabajos, viviendas, autos, etcétera, muchas personas emigraran del país, así como de la capital al interior.

Los servicios de atención a la salud del primer nivel están situados en contextos críticos. En estos, viven familias en situaciones de violencia, maltrato, abuso sexual y consumo problemático de sustancias psicoactivas, lo que complejiza la atención de enfermería.

El estrés laboral en enfermería en el primer nivel de atención estaría vinculado a la insatisfacción de las nueve necesidades fundamentales de los usuarios que son atendidos; es decir, muchas veces, estas necesidades no están presentes en el proceso del cuidado, lo que impacta en la subjetividad del equipo de enfermería. Neff establece como necesidades fundamentales la libertad, la salud, la vivienda, el trabajo, la educación, la alimentación, la seguridad social, el agua potable y el saneamiento (ápuđ Garay, Tuzzo y Díaz, 2006).

La insatisfacción de las necesidades básicas de los usuarios hace que en el primer nivel de atención se identifiquen factores de estrés para el personal de enfermería que trabaja en estos servicios y que a la hora de buscar soluciones a los problemas planteados su resolución sea más compleja.

Las estrategias de enfermería en el primer nivel de atención son importantes para el cuidado de la población que vive en contextos críticos, ya que hacen que el diagnóstico sea particular para cada situación.

Por esta razón, se debe promover una escucha activa que facilite la identificación de soluciones para cada una en concreto.

Una de las fortalezas con las que cuenta el equipo de enfermería es el trabajo interdisciplinario en el abordaje del usuario y su familia.

Según Vera, el personal de enfermería está sometido a múltiples factores estresantes, tanto de carácter organizacional como propios de la tarea que se realiza. Estas características hacen que el estrés tenga una incidencia relativamente alta en esta profesión (ápuđ Cabrera Forneiro, 1994).

De acuerdo con Cabrera Forneiro, existen diferentes factores de riesgo en el estrés laboral, los cuales se desarrollan a continuación.

RELACIONADOS CON EL TRABAJO Y LA ORGANIZACIÓN

Factores de estrés intrínsecos al propio trabajo:

- exceso o falta de trabajo;
- necesidad de tomar muchas decisiones;
- fatiga resultante del esfuerzo físico;
- viajes largos y numerosos (esto se vincula al pluriempleo y a los traslados);
- cambios en el trabajo (por las diferentes actividades relacionadas con los programas);
- condiciones físicas del trabajo: ruido, baja visibilidad, temperaturas extremas;
- sobrecarga cuantitativa o cualitativa.

Factores procedentes del desempeño de roles en la organización:

- ambigüedad de roles: información inadecuada sobre su papel en el trabajo o en la organización;

- conflicto de roles: demandas contrapuestas o que el individuo no desea cumplir;
- propensión a conflictos en los roles de supervisor o de mando intermedio;
- responsabilidad sobre otras personas;
- falta de participación en la toma de decisiones: falta de apoyo de parte de la dirección;
- cambios tecnológicos a los que hay que adaptarse.

Factores de las relaciones interpersonales:

- con los superiores: poca confianza, poco apoyo, poco interés por escuchar al otro y resolver los problemas que se plantean. Este tipo de relaciones se asocia a la ambigüedad en el rol y a la comunicación insuficiente, lo cual produce tensiones psicológicas e insatisfacción en el trabajo. En lo que refiere a las relaciones con los subordinados, predomina la conflictividad de rol, el desajuste entre el poder formal y el poder real y los temores a la erosión de la autoridad;
- con los compañeros: rivalidad, falta de apoyo emocional, ausencia de relaciones.

Factores relacionados con el desarrollo de la carrera:

- falta de seguridad en el puesto de trabajo;
- promoción insuficiente, insatisfacción laboral;
- promoción excesiva con incongruencia entre la posición ocupada y la capacitación para ello;
- conciencia de haber alcanzado el propio techo.

Factores relacionados con la estructura y el clima laboral:

- falta de participación en la toma de decisiones;
- sentimiento de ajenidad a la propia organización;
- restricciones de la conducta, supervisión externa, falta de autonomía;
- política de dirección conflictiva para los miembros.

FACTORES EXTRALABORALES:

- problemas familiares;
- crisis personales;
- problemas económicos;
- demandas conflictivas entre la organización y su familia.

Otros autores señalan como factores:

[A] los pacientes «históricos», tratar con gente agresiva, que las decisiones y cambios que me afecten se tomen desde «arriba» sin mi conocimiento y participación, ver sufrir a los pacientes, no poder dedicar más tiempo a aquellos pacientes que lo necesitan, escasez de recursos esenciales, ver morir a un paciente «especial», tener un superior incompetente, escasez de personal, falta de apoyo de los superiores, los posibles errores de diagnóstico o terapéuticos del médico que afecten a mis pacientes, no poder resolver los problemas que se me plantean, los errores de otros compañeros de enfermería que afectan a mis pacientes, no estrés laboral y salud en profesionales de enfermería, trabajar [con] base [en] una planificación incoherente, que personal incompetente interfiera en mi trabajo, que me hagan perder el tiempo, que me requieran en varios sitios a la vez, sobrecarga de trabajo, tener que dar una mala noticia, y los familiares de los pacientes exigentes e inquisitivos (Ribera, Cartagena, Reig y otros, 1993).

ABORDAJE DEL ESTRÉS LABORAL POR ENFERMERÍA

La enfermería debe estar orientada no solo al cuidado de los usuarios, sino también a la participación en el equipo de salud para en conjunto identificar indicadores de estrés como lo son:

- las dificultades en la comunicación;
- las pocas posibilidades de formación;
- la escasa promoción profesional;
- la falta de participación en la toma de decisiones;
- las presiones en el trabajo desarrollado;
- las malas relaciones interpersonales en el grupo;
- la ausencia de apoyo de los superiores;
- la inseguridad en el trabajo desarrollado en el entorno del paciente;
- la falta de espacio de diálogo sobre los problemas del servicio.

Por lo tanto, desde la disciplina enfermera, corresponde:

- fomentar e intervenir promoviendo el enriquecimiento del puesto del trabajo, la educación y el entrenamiento para el afrontamiento del estrés laboral, particularmente interpersonal, y de habilidades sociales para los profesionales de enfermería;
- asumir más autonomía e identificarse más con la tarea;
- establecer claramente las obligaciones y competencias de los profesionales de enfermería, es decir, la especificidad de los roles de los niveles profesional y auxiliar de enfermería, y una planificación coherente del trabajo;
- desarrollar programas de promoción de la salud mental y del manejo del estrés laboral en forma más precisa y basada en datos científicos, con seguimiento de los casos.

De esta forma, se favorece un efecto positivo sobre el bienestar de los profesionales en enfermería y sobre el desarrollo de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- BARAJAS, E. (2001), «El estrés periodístico en la ciudad de Chihuahua» [EN LÍNEA], *Revista Latina de Comunicación Social*, n.º 44, La Laguna, setiembre-octubre-noviembre. Disponible en: <www.uill.es/publicaciones/latina/2001/latina44septiembre/4401edith.htm>.
- CABRERA FORNEIRO, J. (1994), *Enfermería legal*, Madrid: UPCO, p. 174.
- CHIARELLI, M.; FERNÁNDEZ, D.; FONSECA, y otros (2008), *Factores que contribuyen al estrés laboral del personal de enfermería que se encuentra en contacto con el RN crítico en el servicio de cuidado intensivo neonatal del Hospital de Clínicas*, Montevideo: Facultad de Enfermería, Udelar.
- GARAY, M. (2016), *Curso de Epistemología III, usuario en situación crítica*, Plan 1993, Facultad de Enfermería, Udelar, Montevideo.
- Tuzzo, R., y Díaz, A. (2006), *Emergencias emocionales. Abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención*, Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- GONZÁLEZ, T. (comp.), *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009* [EN LÍNEA]. Disponible en: <<http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/Construccion-Sistema-Integrado-Salud-2005-2009-Uruguay.pdf>> (última consulta: 27 de julio de 2016).
- HERNÁNDEZ MONSALVE L.M. y GERVÁS CAMACHO, J., (1993) «Estrés en los profesionales sanitarios». En: GESTAL OTERO, *Riesgos del trabajo del personal sanitario*, Madrid: Mc Graw Interamericana, pp. 447-457.
- MARRINER TOMEY, A., y RAILEE ALLIGOOD, M. (2008), *Modelos y teorías en enfermería*, 6.ª ed., Madrid: Elsevier Mosby.
- RIBERA, D. D.; CARTAGENA, P. E.; REIG, F. A., y otros (1993), *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería* [EN LÍNEA], Alicante: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Alicante. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4376/1/Reig_Ferrer_Estr%C3%A9s_laboral.pdf> (última consulta: 3 de agosto de 2016).

CAPÍTULO 7

Estrés laboral en los servicios de urgencia del primer nivel de atención

Sebastián Castrillón de Freitas

La satisfacción laboral compone uno de los indicadores de calidad de vida laboral. Se define como:

Un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto, considera la satisfacción de las necesidades como un aspecto primordial, considerando lo que espera el individuo de su trabajo y lo que consigue de el. (Carles Hernández, Gómez-Conesa y Abril Belchí, 2006).

Uno de los factores necesarios para la satisfacción del personal es el mantenimiento del equilibrio en su actividad. Consecuencia de esto es que las actividades y obligaciones se lleven a cabo sin tensiones, que puedan incidir en los cuidados específicos de la profesión. La satisfacción de los trabajadores de la salud en su quehacer es uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial (Szecsenyi, Goetz, Campbell y otros, 2011).

En este capítulo, se hablará de los servicios de urgencia en el primer nivel de atención, los cuales presentan un nivel de complejidad importante, ya que el personal de enfermería se enfrenta a menudo con usuarios con patología variada y algunos de difícil manejo y abordaje. Es en estas intervenciones que se produce un mayor nivel de estrés, el cual se agrega a los estresores habituales de la tarea de enfermería.

En estos servicios son varios los factores que inciden en el estrés; algunos de ellos son:

- las condiciones laborales;
- la presión asistencial;

- la nocturnidad;
- los turnos rotatorios;
- el contacto con usuarios fallecidos;
- la falta de retroalimentación positiva o constructiva;
- las continuas e intensas demandas de los usuarios.

La patología laboral del *burnout* se da cuando el estrés laboral se cronifica, la cual se observa en aquellos trabajos en los que hay una dedicación y una responsabilidad para con el usuario atendido (Maslach, 1976). Este síndrome presenta sintomatología tanto en la persona, desde lo psíquico, conductual y físico, como en el ámbito colectivo, al cual le trae problemas debido a que disminuye la calidad de su trabajo y su productividad y aumentando el ausentismo laboral, entre otros (Maslach, 1976).

La enfermería tiene una tarea estresante dentro de las profesiones de la salud. Como consecuencia, se producen trastornos psicológicos en el sujeto asociados a la insatisfacción laboral, a cambios de puestos de trabajo o al abandono de la profesión, etcétera (Ribera, Cartagena, Reig y otros, 1993; Martín-Arribas, Santiago-Santos, Rodríguez-Rodríguez y otros, 2006).

El profesional de enfermería inserto en un equipo que trabaja en servicios de urgencia de primer nivel está expuesto al riesgo importante de desarrollar problemas personales y laborales, debido a la alta responsabilidad en la relevancia de las decisiones y actuaciones que lleva a cabo sobre la salud o la vida de los usuarios. Es susceptible de padecer altos niveles de estrés laboral debido a la implicación psicológica y emocional que sobrelleva el trabajo de enfermería, a los aspectos relacionados con su organización y a la mayor presión a que puede ser sometido por los usuarios o las condiciones en las que debe realizar su tarea.

La actuación de la profesión de enfermería lleva consigo gran responsabilidad sobre la vida, la salud y el cuidado de otras personas. El trato continuo con los usuarios es uno de los factores más destacados del síndrome de desgaste o *burnout* (Maslach, 1978). Este último se relaciona con la aparición de síntomas o molestias orgánicas (Freudenberger, 1974).

Es interesante el concepto de Cherniss sobre el *burnout*:

Se trata de un proceso de acomodación psicológica progresiva entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, [del cual]

se desprenden tres etapas: etapa de estrés caracterizada por un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador, una etapa de agotamiento al producirse de forma crónica respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga, y una última etapa de agotamiento defensivo, en la que se aprecian cambios en las actitudes y en la conducta, como la robotización y el cinismo (1980).

Por todo esto, se debe establecer medidas preventivas que den herramientas para el manejo del estrés que el trabajo acarrea. Mejorar las destrezas de la inteligencia emocional y perfeccionar los mecanismos de afrontamiento son elementos que colaboran en la reducción del estrés. De esta manera, se mejora la actividad y calidad de la asistencia. El síndrome de *burnout* debe prevenirse principalmente desde la organización, actuando sobre el ambiente laboral, teniendo en cuenta los factores anteriormente mencionados. La organización debe identificar los factores estresantes, así como también reducir el estrés y la sobrecarga laboral. Debe fomentar el adecuado clima laboral y una atmósfera positiva de trabajo, la comunicación eficiente y la mejora de los recursos humanos en cantidad y calidad, hacer partícipe a los trabajadores en la toma de decisiones, incentivar la motivación, mejorar las condiciones laborales y aumentar los incentivos, el trabajo en equipo y la retroalimentación de los buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- CARLES HERNÁNDEZ, R.; GÓMEZ-CONESA, A., y ABRIL BELCHÍ, E. (2006), «Estrés de índole laboral», *Fisioterapia*, vol. 28, n.º 2, AEFI, marzo, pp. 87-97.
- CHERNISS, C. (1980), *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*, Londres: Sage Publications.
- FREUDENBERGER, H. J. (1974), «Staff Burn-Out», *Journal of Social Issues*, vol. 30, n.º 1, Society for the Psychological Study of Social Issues, enero, pp. 159-165.
- MARTÍN-ARRIBAS, M. C.; SANTIAGO-SANTOS, I.; Rodríguez-Rodríguez, F., y otros (2006), «Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de la Comunidad de Castilla y León», *Enfermería Clínica*, vol. 16, n.º 3, Doyma, mayo-junio, pp. 119-26.
- MASLACH, C. (1978), «Job burnout - How people cope», *Public Welfare*, vol. 36, n.º 2, American Public Welfare Association, pp. 56-58.
- (1976), «Burned-Out», *Human Behavior*, vol. 9, n.º 5, Berkeley: C. Garfield, setiembre, pp. 16-22.
- RIBERA, D. D.; Cartagena, P. E.; Reig, F. A., y otros (1993), *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería*, Alicante: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- SZECSENYI, J.; Goetz, K.; Campbell, S., y otros (2011), «Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction?», *BMJ Quality & Safety*, vol. 20, n.º 6, The Health Foundation-BMJ, junio, pp. 508-514.

CAPÍTULO 8

Estrés laboral en un área de asistencia psiquiátrica

Gabriel Chávez Grimaldi

En palabras de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés laboral es una «enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo, perjudicando a la producción, al afectar a la salud física y mental de los trabajadores» (Oficina Internacional de Trabajo, 2013).

La mayoría de los autores define el estrés laboral como un conjunto de reacciones físicas y mentales que sufre un empleado cuando se ve sometido a diversos factores externos, que superan su capacidad para enfrentarse a ellos. Estas reacciones pueden ser fisiológicas, cognitivas, conductuales o emocionales y, por lo general, van acompañadas de agotamiento físico o mental, angustia y sensación de impotencia o frustración ante la incapacidad del individuo para hacer frente a la situación o las situaciones que genera ese estrés. Un ejemplo clásico de estrés laboral sería el síndrome de *burnout* o síndrome del trabajador quemado, que suele darse en aquellos puestos de trabajo relacionados con la atención al público. Este tipo de puestos, en muchas ocasiones, van acompañados de una sobrecarga laboral (por ejemplo, por una exposición continua a reclamaciones o quejas de usuarios), lo que puede provocar una situación de estrés permanente y acumulativo en el empleado. Finalmente, el trabajador pierde toda motivación y se produce una dinámica mental negativa con la que percibe cada nueva jornada. En cuanto a la asistencia a usuarios con patologías psiquiátricas, se pueden presentar situaciones cotidianas que incidan en la salud de los funcionarios que integran el equipo de salud, quienes pueden considerar a estos usuarios como de difícil manejo. Es necesario entender que dicha dificultad no puede referirse en forma exclusiva al paciente,

sino que también contribuyen a ella características individuales de cada trabajador. Resulta complejo establecer pautas inequívocas, dados los matices que existen en cada interrelación.

Primeramente, debemos definir los términos *paciente difícil*. Según Ágreda y Yanguas (2001), es el usuario que, al acudir a la consulta, plantea problemas en el área de la comunicación entre el profesional y él, que incumple de manera repetida las indicaciones médicas, por lo que concurre reiteradamente al centro de salud, y que puede presentar crisis de autoagresión o agresividad hacia los demás, incluido el personal que lo asiste. Algunos usuarios pueden provocar un malestar continuo en el trabajador, aun con solo visualizarlo en la lista de consulta, lo que genera desde el principio una comunicación no fluida. Ante esta situación, el paciente puede ser exigente, incluso rozar la falta de respeto hacia el profesional y desafiar sus resoluciones.

En la definición de O'Dowd (ápuđ Ágreda y Yanguas, 2001: 66), los pacientes difíciles son un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distrés en el equipo que los atiende. Ellis dice que un paciente difícil simplemente es aquel que consigue hacerte sentir ese desagradable nudo en el estómago cada vez que lees su nombre en el listado de pacientes del día (ápuđ Ágreda y Yanguas, 2001: 66). Martín (2000) lo define como la persona que provoca de forma habitual una sensación de angustia o rechazo en el profesional. Por lo tanto, estos pacientes hacen aflorar en el personal sanitario múltiples sentimientos: frustración, rechazo, enojo, impotencia, inseguridad, miedo. Todo esto produce que la relación comunicativa sea, como se dijo anteriormente, poco fluida, y que los mensajes de salud no se transmitan y no se entiendan de manera correcta, por lo que el fracaso terapéutico es algo habitual, como la reincidencia de los usuarios en los servicios. En algunos casos, los usuarios con patologías psiquiátricas presentan comorbilidad con enfermedades tabú o bien enfermedades que generen un gran componente emocional (enfermedades de transmisión sexual, cáncer, adicciones).

No toda la responsabilidad la tiene el paciente; también la actitud del personal juega un papel importante en la comunicación. El profesional sanitario es persona, y como tal, tanto sus problemas de salud como laborales y del hogar le afectan en su día a día. Un funcionario estresado se encontrará con una tensión mayor o con una actitud más agresiva durante la consulta, por lo que tolerará menos las frustraciones de los pacientes. También un profesional insatisfecho en su trabajo tratará con mayor sequedad a los pacientes, lo que genera más problemas en la comunicación.

La atención psiquiátrica es una especialidad. Sin embargo, desde la enfermería, no siempre se cuenta con recursos capacitados en forma adecuada para la asistencia de este tipo de usuarios, lo que acarrea una carga mayor de estrés en el abordaje de dichos pacientes. Asimismo, en muchos casos, los funcionarios de las instituciones tampoco cuentan con la capacitación y contención necesaria.

Otro factor que incide en el estrés y, por ende, en la salud mental del trabajador es la sobrecarga laboral, debido a que, por lo general, estas instituciones cuentan con un número excesivo de usuarios de esta complejidad por cada funcionario que asiste.

Por lo dicho anteriormente, como medida preventiva del estrés laboral para los funcionarios que asisten a usuarios con patología psiquiátrica, serían fundamentales una capacitación continua y adecuada para atender a esta población, apoyo psicológico, una dotación adecuada de personal que permita su desempeño sin sobrecarga laboral, y lineamientos de trabajo claros y basados en la motivación.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁGREDA, J., y YANGUAS, E. (2001), «El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo», *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 24, suplemento 2, Navarra, p. 66.
- MARTÍN, M. N. (2000), «La relación clínica con el paciente difícil», *Atención Primaria*, vol. 25, n.º 6, Sociedad Española de Familia y Comunitaria, 15 de abril, pp. 443-447.
- MEZA BENAVIDES, M. A. (2003), «Estrés laboral en profesionales de enfermería: estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento» [EN LÍNEA], *Enfermería en Costa Rica*, vol. 25, n.º 1, Colegio de Enfermeras de Costa Rica, diciembre. Disponible en: <<http://www.binasssa.cr/revistas/enfermeria/v25n1/7.pdf>>.
- Oficina Internacional del Trabajo (2013), *La prevención del estrés en el trabajo: lista de puntos de comprobación. Mejores prácticas para la prevención del estrés en el lugar de trabajo*, Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

CAPÍTULO 9

Mobbing o acoso en el ámbito laboral

Beatriz Capezzuto Castro

ESTADÍSTICAS

El *mobbing* es un tema actual e importante que en la historia siempre ha tenido lugar de una manera u otra, pero que en los últimos tiempos se lo ha denominado, estudiado y considerado de forma seria y sistematizada, con el fin de tomar medidas sobre él. Causa de esto es el grave perjuicio para con la persona que lo sufre, su familia, el resto de los trabajadores, la organización y el sistema laboral.

Algunas de las cifras conocidas sobre él provienen del continente europeo y son significativas. Un 8 % de los trabajadores europeos (12 000 000) sufren *mobbing* de acuerdo a las conclusiones de las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo de la Unión Europea. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estableció en el año 2000 que 13 000 000 de trabajadores europeos habían sufrido acoso laboral, por lo que 1 de cada 4 personas se encontraba afectada. En España, el *mobbing* se halla en un 15 % de la población según la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Trabajo (ápuđ Pérez Aguilera, 2009). Por todo esto es que la OIT ha calificado este fenómeno, que afecta al 15 % de los trabajadores en el mundo, de epidemia.

De acuerdo con el experto español Piñuel y Zabala (2006), entre el 10 % y el 15 % de los suicidios son motivados por el *mobbing* o acoso laboral. Además, entre sus consecuencias, está la incidencia económica debido a las bajas por enfermedad y a la merma de la productividad que trae aparejado.

CONCEPTUALIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS

El *mobbing* también es llamado en el ámbito nacional e internacional:

- acoso moral o acoso laboral;
- hostigamiento psicológico;
- presión tendenciosa laboral;
- violencia laboral;
- ninguneo, entre otros.

Por lo que, a lo largo del capítulo, se hablará en forma indistinta de los dos primeros mencionados, respetándose la forma en que los autores citados aluden a ellos.

El nombre de *mobbing* surgió a partir de Lorenz, un etólogo que describió el comportamiento grupal de los animales y llamó de esta manera los ataques de grupos de animales menores a un animal de mayor tamaño, cuya finalidad es sacarlo del territorio. *Mob* viene del inglés y significa «muchedumbre», «plebe», y *to mob* es «acosar». De allí es que se habla de acoso grupal o institucional, y también es por eso que surge el término *hostigamiento*.

Lorenz dice que es un tipo de situación comunicativa con amenaza de infligir daño con graves perjuicios psíquicos y físicos (ápuđ Leymann, 1986).

Leymann usó por primera vez en 1990 el término *mobbing*: «[es] el encadenamiento a lo largo de un periodo de tiempo bastante corto de intentos o acciones hostiles consumadas, expresadas o manifestadas por una o varias personas hacia una tercera: el objetivo» (ápuđ Hirigoyen, 2001).

El hostigamiento o acoso laboral ha sido definido por diferentes autores como el abuso emocional y las conductas agresivas y hostiles que se ejercen de manera constante entre compañeros de trabajo o entre superiores y subordinados, acompañadas de comunicaciones negativas y poco éticas. Se dirige de forma sistemática desde uno o varios individuos hacia uno solitario, quien, debido al ataque, se ve empujado a una defensa inútil de la posición que tiene frente a la continua agresión (Einarsen, 2000; Leymann, 1996; Zapf y Gross, 2001; Hirigoyen, 2001; Piñuel y Zabala, 2002).

En el mundo laboral, la violencia se manifiesta como un abuso del poder para someter la voluntad de otra persona mediante el uso del maltrato psicológico o de las amenazas de tipo económico o político (Luna, 2003).

Cuando se habla de *mobbing* o de cualquiera de los otros términos antes referidos, no se hace alusión al acoso sexual. Son situaciones distintas, pero hay que expresar que, frente a su denuncia o a la reiterada negativa, puede darse el comienzo del *mobbing* sobre dicha persona. Tampoco es semejante al término *bullying*, aunque pueda tener algunas características similares. El *mobbing* se encuentra limitado al ámbito laboral. Asimismo, hay que diferenciarlo de un conflicto laboral, el cual es considerado algo simple y puntual; en el caso del *mobbing*, uno de los rasgos que lo define y que es responsable de sus consecuencias es la reiteración y el mantenimiento en el tiempo. Algunos autores hablan de, por lo menos, seis meses; otros, de un año, y siempre ha de tener una frecuencia mínima de una vez a la semana; hasta se ha descrito una duración de dos años (Peralta, 2004).

La forma de comienzo puede ser accidental o por una causa laboral, pero el comportamiento reiterado, sistematizado, consciente y voluntario del sujeto activo lo hace doloso (Gimeno Lahoz, 2005).

Para muchos autores, lo que se pretende con el *mobbing* es provocar el vacío del trabajador con la idea de que no lo resistirá psicológicamente y se marchará (abandono laboral o baja médica), por lo que es la presión laboral tendiente a la autoeliminación de un trabajador mediante la denigración (Gimeno Lahoz, 2005).

Por lo tanto, se describe una estructura de elementos que componen el *mobbing*:

- la presión, que sería la acción;
- lo laboral, que sería la causa;
- la denigración, que sería el medio;
- la autoeliminación del trabajo, que sería el objetivo (Gimeno Lahoz, 2005).

Para que la situación que se viva corresponda a un *mobbing*, deben existir, por lo menos, tres factores:

- un acosador, una víctima y la complicidad de quien asiste a ese maltrato;
- abuso de poder y manipulación de parte del agresor (satanización);
- una institución incompetente para resolver conflictos.

Es importante destacar que la relación de poder no tiene por qué ser una asimetría jerárquica, ya que también puede darse de forma hori-

zonal. De este modo, puede ser de un superior a alguien que está bajo su responsabilidad, entre compañeros de trabajo que tienen la misma condición laboral, o de uno o varios subalternos hacia un superior (ascendente, descendente u horizontal respectivamente).

En el estudio realizado por Piñuel y Zabala, el Informe Cisneros II, el mayor porcentaje, 70,39 %, proviene de los superiores; un 26,06 %, de los propios compañeros de trabajo, y un 3,55 %, de los subalternos al superior (Piñuel y Zabala, 2006).

Se describen varias formas de acoso, y entre ellas encontramos:

- decir mentiras sobre la víctima, tanto personales como laborales;
- descalificar, humillar y ridiculizar públicamente;
- exponer a críticas generadas, por lo general, mediante el resalte de pequeños errores como puntos trascendentes en su trabajo;
- ignorar a la víctima, no saludarla, no hablarle o comentar lo expuesto por el acosado dirigiéndose a otro;
- presionar al sujeto para que realice su trabajo de forma no racional y arbitraria;
- cuando se da una situación de éxito por el trabajo del sujeto acosado, atribuirles a otros, ya sea a trabajadores o distintos factores, la incidencia para que se diera ese resultado;
- solicitar trabajos con plazos menores a lo que correspondería para la tarea asignada;
- esconder información o dar información contradictoria;
- asignar tareas humillantes o insignificantes para su preparación;
- realizar amenazas verbales o escritas;
- impedirle la comunicación o expresión con el grupo para aislarlo.

A continuación, se detallan las características psicológicas tanto del acosador como del acosado.

ACOSADOR O VICTIMARIO

- Una personalidad, por lo general, con rasgos de un trastorno de personalidad psicopático, lo que lleva a la ausencia de sentimiento de culpa ante lo ejercido y a la manipulación.
- Suele tener actitudes cobardes cuando se le hace frente y mentir.
- Desde el punto de vista profesional, generalmente, es mediocre o inhibido en su rendimiento, consecuencia de factores psíquicos, físicos o socioeconómicos.
- Por momentos, puede mostrarse agresivo, por lo que aparecen en él características del orden de lo paranoide.
- Disfruta tanto ante la humillación de la víctima como también de la actitud silenciosa de los testigos del acoso.

ACOSADO O VÍCTIMA

- Alto nivel de exigencia, rigurosidad en su trabajo, honradez y un nivel de ética elevado.
- Gran capacidad laboral y profesional, lo que genera, comúnmente, envidia en el acosador.
- Es independiente. Tiene iniciativa y capacidad de trabajo en equipo.
- Por lo general, es considerado y apreciado por los compañeros de trabajo.

Piñuel y Zabala expresan en el barómetro Cisneros (2006) que solo 1 de cada 3 víctimas hace frente con decisión al acoso, puesto que normalmente se da una respuesta pasiva, es decir, no se hace nada frente a la situación. Con respecto a los testigos del *mobbing*, no se da un apoyo: solo 1 de cada 6 apoya a la víctima frente al acosador.

Las víctimas pueden responder al *mobbing* de diferentes maneras, con reacciones emocionales de miedo, enojo, paranoia, ansiedad, depresión, dolor, desesperación o vulnerabilidad.

El miedo puede conducir al individuo a un juego de roles y a asumir conductas distintas a su propio estilo, como la de actuar agresivamente (Ireland y Snowden, 2002).

Otras consecuencias psicológicas posibles son:

- distorsiones cognitivas relativas a la concentración, atención y memoria;
- sentimientos de amenaza y de fracaso;
- impotencia;
- apatía;
- frustración;
- infravaloración;
- susceptibilidad e hipersensibilidad;
- aislamiento;
- irritabilidad;
- depresión grave y, en algunos casos, suicidio (Luna, 2003).

También surgen problemas en las distintas relaciones del acosado: en la pareja o con los hijos y demás familiares. Esto se debe a que los canales de comunicación se averían, se deterioran los vínculos y ocurre en el afectado una tendencia al aislamiento (Boada, De Diego y Vigil, 2003).

Dentro de las consecuencias físicas, se pueden presentar problemas gastrointestinales, óseos, osteomusculares y coronarios, cefaleas y alteraciones del apetito, del sueño y de tipo sexual. El 52,7 % de las víctimas manifestó malestares físicos (Piñuel y Zabala, 2006).

Leymann (1996), quien describe más de 45 comportamientos en el acoso moral, señala que el estrés postraumático es probablemente el diagnóstico psicológico asumido para el 95 % de los sujetos sometidos al *mobbing*.

Pasaremos, entonces, a definir sucintamente el trastorno por estrés postraumático:

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) afecta a las personas que se han visto expuestas a accidentes o situaciones traumatizantes.

El TEPT se presenta con posterioridad a una situación traumática y el trauma constituye el factor etiológico central en la aparición del cuadro.

Gran parte de la investigación realizada hasta ahora 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 o un acto de violencia (Diaconu, 2009-2010).

Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV) [...] El TEPT es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado por la aparición de síntomas que siguen a la exposición, ya sea directa o indirecta (escuchar narraciones o ver imágenes), a un evento estresante y extremadamente traumático (muertes, amenazas a la integridad física, etcétera).

La persona responde con temor, desesperanza u horror intensos.

El acontecimiento traumático es reexperimentado a través de recuerdos o sueños recurrentes e incontrolables (intrusos) que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Esto produce un malestar psicológico intenso asociado al evitar continuamente el recordar lo vivido, al embotamiento (debilitamiento) conductual y a respuestas fisiológicas de activación; estas respuestas aparecen especialmente cuando la persona se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

La activación fisiológica es tal que produce dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

Todas estas alteraciones se prolongan por más de un mes y provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (ápuđ Leiva-Bianchi, 2011).

El *mobbing* también afecta a las otras personas del trabajo aunque no se hallen involucradas en forma directa. Einarsen, Raknes y Matthiesen (1994) indican que individuos que observaban a otros ser víctimas de *mobbing* reportaron menos satisfacción con el control del trabajo y el clima social y presentaron mayores conflictos de roles comparados con los que no habían sido testigos.

El *mobbing* es un serio problema que trae consecuencias tanto en la satisfacción laboral como en la salud de los trabajadores. Se asocia al ausentismo laboral, a los intentos por dejar la organización, a la alta rotación de personal y a los retiros de las personas en edad temprana (Salin, 2001).

Se describen en el *mobbing* una serie de fases por las que se atraviesa; estas serían:

1. Fase de conflicto de incidentes críticos

Se produce un cambio, ya sea personal o laboral, que provoca que el acosador pase a sentir celos o envidia de un sujeto que pasará a ser depositario tanto de sus críticas como de los distintos comportamientos vistos anteriormente.

2. Fase de acoso y estigmatización

Se hace efectivo el acoso y la persona acosada queda aislada y sometida a la situación de humillación laboral o personal.

3. Fase de intervención de la empresa

Si la empresa toma medidas, estas no suelen ser eficientes. La persona es abandonada por los compañeros, ya que el temor a ser perjudicados incide. Esta situación generada puede provocar sentimientos de culpa y desconfianza en la víctima sobre sí misma, y de no ser resuelta, comienza la sintomatología en el sujeto.

4. Fase de solicitud de ayuda y diagnóstico

Su salud se ve deteriorada y aislada. Incluso, han sido descritos intentos de autoeliminación. La víctima, para ayudarse en esta circunstancia, ha de solicitar atención (Parés, 2007).

Fornés Vives, Reinés Femenia y Sureda García (2004) establecen una serie de variables:

- sexo: mayor afectación femenina, pero no significativa;
- edad: antes de los 25, pero más entre los 46 y 55 años;
- sectores profesionales o de producción: mayor prevalencia en los sectores de administración y servicios;
- en el sector privado: menor duración, pero mayor intensidad. Por lo general, se da la marcha de la víctima;
- en el sector público: duración de varios años y afectación de la salud de la víctima.

En estudios de otros autores, en los que también se considera que el sexo femenino es el más afectado, el rango de edad más perjudicado es el de entre los 35 y 45 años (González Trijuene y Graña Gómez, 2009; Luna, 2003; Buendía, 2003, entre otros).

PARA FINALIZAR

El trabajo de los miembros de un equipo de salud es estresante, ya que, además de las consecuencias psicosociales del síndrome de *burnout*, se atraviesan situaciones de *mobbing*, por lo que las características personales y el soporte social que cada uno de los trabajadores tenga son factores de protección y determinantes de la forma de reacción ante estas distintas circunstancias.

Independientemente de la fortaleza yoica que se pueda tener, es posible que se den, a lo largo de la vida, momentos de vulnerabilidad en los que se puede estar más susceptible a padecer alguno de ellos.

Las estrategias de afrontamiento, la búsqueda de ayuda y la mirada hacia uno mismo con la reflexión consecuente son elementos fundamentales para la reacción individual.

No se debe olvidar que el trabajo en equipo interdisciplinario es otro elemento que colabora en la protección de cada uno de sus integrantes, ya que aminora el estrés de un quehacer que de por sí es estresante.

Con respecto al trabajo en el área de la salud, Vicente Galli dice:

Vivir es poder sobrellevar dificultades, compensándolas con otros funcionamientos que hacen pasar desapercibidas las fallas durante mucho tiempo. Nuestra vida mental es una compleja producción de metabolizaciones y resignificaciones de todas estas experiencias. Los instrumentos de nuestra práctica somos nosotros mismos: portamos la tecnología, nuestra manera de consubstanciación con lo que hacemos. Procesamos conocimientos, pero lo interesante es que ellos no sirven si no hemos encontrado la manera de instrumentar nuestras propias características de personalidad, sus matices, posibilidades y límites. Por eso, nuestra tarea con los sufrimientos humanos, con el sistema de salud y con los otros profesionales es una tarea permanente con nosotros mismos (Galli, 1996).

BIBLIOGRAFÍA

- AUSFELDER, T. R. (2002), *Mobbing. El acoso moral en el trabajo*, Madrid: Océano Difusión.
- BOADA, J.; DE DIEGO, R., y VIGIL, A. (2003), «Mobbing: análisis de las propiedades psicométricas y estructura factorial de cuatro escalas (MOBB-90, MobbCF-21, MobbCF-15 y MobbCS-28)», *Revista Encuentros en Psicología Social*, vol. 1, n.º 5, Ilustre Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental (COPAO), pp. 26-31.
- BUENDÍA, J. (2003) *Riesgos psicosociales en la Universidad. El síndrome de «burnout» y el de «mobbing»*. Monográfico sobre Estrés Laboral y Riesgos Psicosociales. *La Mutua*, n.º 9. Disponible en: <[https:// www.fraternidad.com/es-ES/revista/REVISTA-LAMUTUA-NUMERO-9-9.html](https://www.fraternidad.com/es-ES/revista/REVISTA-LAMUTUA-NUMERO-9-9.html)>.
- CASTELLANO ARROYO, M., y DÍAZ FRANCO, J. (2005), *Estrés laboral. Burnout. Trabajo a turnos. Acoso en el trabajo (mobbing). Suicidio y trabajo*. En: GIL HERNÁNDEZ, F. (ed.), *Tratado de Medicina del Trabajo*, Barcelona: Masson S. A., pp. 463-481.
- DIACONU, A. (2009-2010), *El trastorno por estrés postraumático (TEPT) de origen laboral. Estudio de un caso clínico* [EN LÍNEA], maestría en Salud Laboral, UDMT Mateu Orfila, Universitat Pompeu Fabra. Disponible en: <[https://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/TFMAnielaDiaconu.pdf](https://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/TFM>AnielaDiaconu.pdf)>.
- EINARSEN, S. (2000), «Harassment and bullying at work: a review of Scandinavian approach», *Agression and Violent Behaviour: A Review Journal*, vol. 4, pp. 371-401.
- RAKNES, B. y MATTHIESEN, S. B. (1994). *Bullying and harassment at work and their relationship to work environment quality. An exploratory study*. *The European Work and Organizational Psychologist*, vol. 4, n.º 4, European Association of Work and Organizational Psychology (EAWOP), pp. 381-401.
- FORNÉS VIVES, J.; REINÉS FEMENIA, J., y Sureda García, C. (2004), «Hostigamiento psicológico (mobbing) en enfermería. Un estudio piloto», *Revista de Enfermería ROL*, vol. 27, n.º 9, Ediciones ROL, setiembre, pp. 8-16.
- GALLI, V. (1996), «El sufrimiento, los profesionales y el sistema de salud: diálogos y articulaciones», en Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial, *Psicología Médica: temáticas II*, Montevideo: SUPM, pp. 7-17.
- GIMENO LAHOZ, R. (2005), *La presión laboral tendenciosa (el mobbing desde la óptica de un juez*, Valladolid: Lex Nova.
- GONZÁLEZ TRIJUENE, D., y GRAÑA GÓMEZ, J. L. (2009), «El acoso psicológico en el lugar del trabajo: prevalencia y análisis descriptivo de una muestra multicupacional», *Psicothema*, vol. 21, n.º 2, Oviedo, pp. 288-293.

- HIRIGOYEN, M. (2001), *El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso*, Barcelona: Paidós.
- IRELAND, J. L., y SNOWDEN, P. (2002), «Bullying in secure hospitals», *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, vol. 13, n.º 3, pp. 538-554.
- LEIVA-BIANCHI, M. (2011), «Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile», *Revista Colombiana de Salud Pública*, vol. 13, pp. 551-559.
- LEYMANN, H. (1986), *Mobbing, la persécution au travail*, París: Seuil.
- Gustafsson, A. (1996), «Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders», *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 5, n.º 2, pp. 251-275.
- LUNA, A. (2003), *Acoso psicológico en el trabajo (mobbing)*, Madrid: Secretaría de Salud Laboral.
- MARTÍNEZ LEÓN, M.; IRURTIA MUÑIZ, M.; CAMINO MARTÍNEZ LEÓN, C., y otros (2012), «El acoso psicológico en el trabajo o *mobbing*: patología emergente», *Gaceta Internacional Ciencia Forense*, vols. 3-4, n.º 3, pp. 5-12.
- PARÉS, M. (2007), «Las fases del *mobbing*», en PEÑA, F., y otros, *Cuando el trabajo nos castiga. Debates sobre el mobbing en México*, México: Eón.
- PERALTA, C. (2004), «El acoso laboral - *mobbing*- perspectiva psicológica», *Revista de Estudios Sociales*, n.º 18, agosto, Bogotá, pp. 111-122.
- PÉREZ AGUILERA, F. (2009), «*Mobbing*», en *Manual. Intervención psicológica en estrés laboral, mobbing y síndrome de burnout*, Madrid: CEP, pp. 45-69.
- PIÑUEL ZABALA, I.; OÑATE CANTERO, A.; (2006). «La evaluación y diagnóstico del *mobbing* o acoso psicológico en la organización: el barómetro Cisneros». *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 22, n.º 3, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Madrid, pp. 309-332.
- (2003), *Mobbing: manual de autoayuda. Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo*, Madrid: Aguilar.
- (2002), *La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España. Informe Cisneros II sobre violencia en el entorno laboral*, Madrid: Universidad de Alcalá de Henares.
- RODRÍGUEZ, N. (2003), *Mobbing: vencer el acoso moral*, Barcelona: Planeta.
- SALIN, D. (2001), «Prevalence and forms of bullying among business professionals: a comparison of two strategies for measuring bullying», *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 10, pp. 425-441.
- ZAPF, D., y GROSS, C. (2001), «Conflict escalation and coping with workplace bullying: a replication and extension», *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 10, pp. 497-522.

CAPÍTULO 10

Los equipos de trabajo en el área de la salud

Beatriz Capezzuto Castro

INTRODUCCIÓN

En el área de la salud, se trabaja con una realidad compleja y dinámica. Las transformaciones culturales han conducido, por un lado, a avances tecnológicos y científicos que llevan a asistir aquello que antes era inalcanzable, y, por otro lado, a cambios socioeconómicos y familiares, que han traído como consecuencia la presencia de todo un crisol de circunstancias que van de la violencia en todas sus formas al aumento de sintomatología psicosocial y de los cuadros de depresión. El personal de salud asiste a usuarios con una multiplicidad de factores de riesgo y, en muchos casos, que llegan al daño, lo que, a su vez, genera en dichos profesionales de la salud riesgos en su quehacer. Se observa que hay situaciones a las que se enfrentan en las que se da una parálisis dado el desconocimiento frente a cómo actuar y en las que tienen actitudes de hacer por hacer, lo que habla de un mimetismo con la tarea o de la realización de una multitud de acciones sin tomar en cuenta el contexto en el que se encuentran insertas. Esto es algo que sucede si se observa y entiende esa realidad —como dijimos, compleja y dinámica— desde una causalidad lineal que lleva a una fragmentación del problema y le quita eficacia al quehacer.

Las situaciones actuales requieren de un abordaje multifacético e integrador, para el cual se hace imprescindible el trabajo en equipo, fundamentalmente interdisciplinario, el cual permite, precisamente, dada su mirada conjunta de distintas disciplinas, dicho abordaje integrador.

EQUIPO

El equipo es un grupo, un conjunto de personas que se reúnen con un objetivo en común. Una de las definiciones del *Diccionario de la lengua española* dice: «grupo de personas profesionales o científicas organizadas para una investigación o servicio determinado» (RAE, 2014). Ahora, cada uno de ellos ha de encontrar la subjetividad que los dimensiona y habilita en sus producciones, así como también en sus soportes.

El hecho de trabajar en equipo no alcanza para hablar de un abordaje integrador. La complejidad del padecimiento humano ha llevado a que las distintas disciplinas por sí solas sean insuficientes en el trato al usuario; es por ello que se requieren de varias para su comprensión y abordaje. De todas formas, no alcanza con que el objeto, en este caso, sujeto, sea observado, estudiado y asistido por varias personas con el conocimiento teórico-práctico que dan sus diversas disciplinas para que sea visto como uno, puesto que varias profesiones asistiendo al mismo usuario sin una interconexión lo fragmentan, a pesar de que tengan un interés común. Así es que los equipos se desempeñan con diferentes enfoques metodológicos.

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

En él, actúan varias disciplinas desde flancos estancos, muchos saberes, pero cada uno con su sabiduría en desmedro de la producción de un saber que da la coparticipación. Cada uno brinda respuestas desde su ciencia, por lo que el resultado es la descoordinación y desintegración del sujeto en partes distintas, tratadas por los distintos integrantes del equipo, lo que genera confusión en el usuario y la familia (Capezuto, 2005).

Hay equipos que siguen trabajando desde esta modalidad. En ellos, prima un reduccionismo propio del mecanicismo y positivismo imperante en una época anterior.

En la actualidad, se imparte un enfoque más antropológico, y la modalidad que permite la unificación del sujeto asistido y una mayor comprensión de él, la cual enriquece cada una de las disciplinas que la integran, es la interdisciplinaria.

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Piaget entiende la interdisciplinariedad como un principio de estructuración de los conocimientos, que posibilita la modificación desde los postulados, los conceptos, las fronteras, los puntos de unión o los métodos de las disciplinas científicas.

Stolkiner habla de dos tipos de prácticas dentro del espacio interdisciplinario, los cuales se yuxtaponen: uno, el de la investigación interdisciplinaria, y otro, el de los equipos interdisciplinarios. En el primero, hay un mayor énfasis en la producción de conocimientos. Este espacio está integrado también por otras disciplinas que colaboran a la comprensión teórica del problema, pero estas no se encuentran presentes en el quehacer cotidiano del área de la salud que le corresponde solo al equipo interdisciplinario, ya que el énfasis en este último —dice la autora— está en el accionar. (Stolkiner, 2005).

En este trabajo, se habla del equipo interdisciplinario en su quehacer asistencial.

Son varias las conceptualizaciones que se establecen de él. Transcribiremos la de Koatz y Lenarduzzi:

Es el producto del interjuego de las distintas especialidades reunidas en un espacio físico común por un mismo interés y dedicad[a]s a poner en marcha una dialéctica que movilice los saberes y permita la incertidumbre que invada a cada un[a].

Se señala la causalidad de carácter espiralista, la cual conduce a un crecimiento tanto en complejidad como en comprensión de la situación tratada y de sus integrantes.

En esa interacción e intersección de los conocimientos, se da la producción de un nuevo saber. No es la suma de los saberes, sino la puesta en práctica de un intersaber.

Para ello, tanto en el equipo como en todo grupo, debe haber una serie de características, y para un accionar efectivo, estas deben ser protegidas. Se enumeran algunas de ellas:

- cooperación;
- comunicación;
- pertenencia;
- interacción;
- valores y normas;
- decisión y consenso (ápud Garay, Capezzuto, Díaz y otros, 2015).

Se sabe que el conocimiento disciplinar es una herramienta de poder, y eso, muchas veces, actúa como factor problemático en la relación con usuarios y familiares, pero también en la interrelación del equipo. En este último punto, se ve, fundamentalmente, la creencia de que un conocimiento tiene más valor que otro, cuando, en realidad, la importancia, siempre relativa, de cada saber debería ser definida con relación a la problemática y no a la profesión.

La creencia de ser dueños de las verdades, generalmente, es fuente de quiebres en la comunicación. La verdad siempre se encuentra revisada y puede transformarse de acuerdo al momento y contexto. Lo importante es construir un nuevo saber junto con el otro y los otros.

La realidad hoy y las demandas en la cotidianidad laboral son complejas; el saber de una única profesión es incompleto y parcelado, por lo que el abordaje integrador de la interacción de esos conocimientos disciplinares es lo que habilita a acercarse a las respuestas y, a veces, meramente a esbozos de ellas.

El trabajo en equipo interdisciplinario actúa como factor de protección en sus distintos niveles de participación.

Algunos de los beneficios que acarrea el trabajo interdisciplinario son los siguientes:

- crecimiento desde lo intelectual y experiencial;
- posibilidad de pensar y pensarse con otros en la tarea;
- ampliación de la escucha;
- puesta de límites;
- cohesión;
- resguardo de la ética profesional;
- respeto;
- ambiente reasegurador;
- función de sostén (ápu*d* Capezzuto, 2005).

Lo importante es ser agente de cambio y no receptor pasivo de decisiones que están vinculadas al propio quehacer. El trabajo interdisciplinario se habilita generando sentimientos de pertenencia a un ambiente reasegurador. Aprender desde la flexibilidad, entendiendo que cada situación con su singularidad nos enseña, y no repetir en forma mimética

lo aprendido es un factor que da calidad en el quehacer y que actúa como fuente de motivación en la tarea. Hay un aprendizaje desde lo técnico y otro desde las relaciones. Rovere habla de cooperar, lo que implica operar juntos. Dentro de los miembros del equipo, encontramos graduaciones distintas en este accionar; trabajar en conjunto para vislumbrar en qué cambiar es un factor importante que atañe a la situación. Se debe coproblematizar, lo que supone coproblematizarse para cooperar (ápod Garay, Capezzuto, Díaz y otros, 2015).

El trabajo en equipo es complejo. «Complexus, lo que está ligado conjuntamente. [...] Detrás de la unidad hay una multiplicidad de componentes distintos, y la asociación de dichos componentes le da coherencia a la unidad» (Morin, 2000). También hay complejidad:

[Esta] es una palabra problema y no una palabra solución, en la cual existe una tensión permanente entre la aspiración de un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento (Morin, 2000).

Asimismo, Morin habla de las incertidumbres e indeterminaciones tanto en los límites del entendimiento como en su inserción en los fenómenos.

Finalmente, Viñar dice con respecto al tema:

La interdisciplina, si no banaliza la observación en la confluencia en un saber común, si no atenta contra la especificidad, es un antídoto formidable contra la omnipotencia, minando las certezas, recortando en nuestros recursos y pericias metodológicas algunos fragmentos de inteligibilidad, que es bueno confrontar y arriesgar frente a otros saberes, también parciales y falentes. No hay ciencia superior, y menos aún si es exacta. Hay tajadas frente a un real, que siempre nos desborda y nos supera. [...] La incertidumbre y la renuncia a la omnipotencia no son una renuncia a la verdad y al saber, son solo un reconocimiento a la precariedad de nuestros medios (Viñar, 1997).

BIBLIOGRAFÍA

- CAPEZZUTO, B. (2005), «Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica», en MELIÁ, S. (comp.), *Enfermería en salud mental*, Montevideo: Oficina del Libro-FEFM.
- GARAY, M.; CAPEZZUTO, B.; DÍAZ, A., y otros (2015), *Depresión. Intento de autoeliminación*, Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza-Udelar.
- GARCÍA, M.; RODRÍGUEZ, C.; DÍAZ, J., y otros (1983), *El trabajo en equipo: productividad y calidad de vida en el trabajo*, México: Fondo Educativo Interamericano.
- KOATZ, S.; LENARDUZZI, H. (2002), «Un modelo de abordaje en situaciones críticas» [CD-ROM], en Fepal. *XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica*, Montevideo.
- Marín, G. H.; Rivadulla, P.; Vázquez, A., y otros (2006), «Proyecto de acción interdisciplinaria en salud (PAIS): un modelo de atención centrado en el hogar hace la diferencia», *Anales Sis San Navarra*, vol. 29, n.º 1, Pamplona, enero-abril, pp.107-118.
- MORIN, E. (2000), *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona: Gedisa.
- Real Academia Española (RAE) (2014), *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., Madrid: Espasa.
- ROVERE, M. (2006), *Redes en salud: los grupos, las instituciones y la comunidad*, Córdoba: El Ágora.
- STOLKINER, A. (2005), «Interdisciplina y salud mental» [EN LÍNEA], ponencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy, Posadas, 7 y 8 de octubre. Disponible en: <www.psi.uba.ar/.../psicologia/sitios...3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf>.
- VIÑAR, M. (1997), «Historia y psicoanálisis: diálogo entre oficios», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n.º 86.

PALABRAS FINALES

El gran desarrollo del conocimiento en los últimos años y los requerimientos, en todos los ámbitos, de una sociedad que afronta importantes procesos de cambio demandan a sus integrantes fuertes exigencias de renovación, actualización, capacitación y perfeccionamiento.

En 1994 la Universidad de la República crea, a propuesta de los egresados, el Programa de Educación Permanente, y desde 2012 lo abre a una educación para todos a lo largo de la vida.


El Programa de Educación Permanente de la Universidad de la República tiene como principales objetivos realizar actividades dirigidas a mejorar la práctica profesional y laboral y generar instancias de formación en valores, en ciudadanía y en desarrollo cultural y democrático. Se puede acceder a más información sobre este a través del sitio web: <www.eduper.edu.uy>.

Por una parte, el Programa organiza una oferta estable, pero cambiante año a año, de actividades cortas de difusión cultural, actualización, perfeccionamiento, nivelación, reorientación, complementación curricular o especialización no formal para profesionales, trabajadores, empresarios o público en general. También se realizan cursos y actividades formativas a medida para grupos de profesionales, trabajadores, empresarios o público que así lo solicite.

Por otra parte, se propone fortalecer redes educativas que les faciliten a los interesados la reinserción educativa y la culminación de ciclos curriculares. También pretende favorecer la continuidad de acceso a actividades de capacitación, ya sea en la Universidad de la República o en otras instituciones educativas.

La presente publicación ha sido financiada y gestionada a través de la convocatoria de la Comisión Sectorial de Educación Permanente (CSEP) para el Apoyo a la Publicación o Edición de Material Educativo como Producto de las Actividades de Educación Permanente. Esta Comisión efectúa un llamado anual a los servicios y dependencias universitarias interesadas en publicar contenidos de los cursos y actividades, tanto en soporte papel (libros e impresos) como digital (audiovisual o multime-

dia). De esta manera, la CSEP contribuye a incrementar la divulgación de contenidos generados en cursos y actividades del Programa de Educación Permanente.



El trabajo en el área de la salud tiene la particularidad de ser estresante. La frecuencia del síndrome de *burnout* hace imperioso conocer los factores de riesgo para así aminorar su presencia. La enfermería es una de las profesiones más afectadas por esta patología, dado su contacto con el usuario, el dolor y la muerte. En este texto, se trata la calidad de vida laboral y las condiciones de trabajo que colaboran en ella, se detalla tanto las características como el abordaje de dicho síndrome y se enumera las variables establecidas por la literatura que describen el estrés de esta función. Además, se explica el *mobbing*, dada su importancia mundial y nacional. De este modo, se hace énfasis en los equipos interdisciplinarios como forma de trabajo, ya que es una de las principales modalidades que previenen estas patologías.

COEDITORES Y AUSPICIANTES DE LA PUBLICACIÓN

SD

ÁREA CIENCIAS
DE LA SALUD



ISBN: 978-9974-0-1492-3

