

El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer?

J.A. Fernández-López^a, J. Siegrist^b, A. Rödel^b y R. Hernández-Mejía^c

VERSIÓN RESUMIDA

Consulte la edición íntegra en: www.atenprimaria.com/52.478

Introducción

«Estrés laboral y salud» constituye un novedoso tema de discusión en el campo de la medicina preventiva y la promoción de la salud por diversas razones¹. La principal de ellas es la trascendencia de los cambios experimentados por los trabajadores debidos al progreso técnico, al desarrollo económico mundial, a la emigración de los trabajadores y a la cambiante estructura demográfica de la población activa. La primera transformación del trabajo retribuido se encuentra estrechamente ligada a los progresos técnicos², a la que se unen, por un lado, efectos de alivio y, por otro, un incremento de las llamadas situaciones estresantes. Una segunda transformación laboral relevante es debida a las condiciones macroeconómicas globales. La creciente presión de la competencia obliga a los trabajadores a esfuerzos de reciclaje y adaptación difíciles de superar. En tercer lugar, tenemos claramente alteradas las actuales jornadas laborales del trabajador activo en distintos sentidos³. Todas ellas son experiencias potencialmente estresantes.

Conocimientos recientes obtenidos de la investigación psicobiológica del estrés y de los estudios médico-socioepidemiológicos subrayan la importancia para la salud corporal y espiritual de las condiciones estresantes de la vida laboral moderna⁴.

En Europa, un 10% de los trabajadores sufre de estrés crónico causante de enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas, depresión, etc., y los costes originados se estiman en 20 mil millones de euros al año⁵. Con este

trasfondo resulta fácilmente comprensible la actualidad del tema «estrés laboral».

Nuevos conocimientos científicos

¿Qué importancia cuantitativa tienen las condiciones laborales estresantes en el origen de las enfermedades, en contraposición con el influjo genético o los estilos de vida?

Sabemos que, de manera general, las condiciones psicosociales del trabajo influyen en la salud de los trabajadores activando el sistema nervioso central mediante reacciones emocionales conexas. El estrés es el resultado de una transacción entre unas características específicas de situación (situaciones) y las reacciones humanas ante estas situaciones. Existen evidencias de que el distrés crónico deteriora la sensación de bienestar y origina enfermedades cardiovasculares^{6,7}. Asimismo, produce un debilitamiento o agotamiento de los sistemas corporales de defensa y múltiples alteraciones digestivas, musculoesqueléticas, sexuales y reproductoras⁸⁻¹².

Los dos modelos teóricos de medición del estrés presentados aquí proporcionan respuestas a la pregunta planteada con anterioridad: el modelo demanda-control^{13,14} (Demand-Control model, DC) y el modelo crisis de gratificación en el trabajo¹⁵ (Effort-Reward Imbalance model, ERI).

Modelo demanda-control (Demand-Control model, DC)

La idea básica de este modelo es que la demanda o exigencia en el trabajo resulta de la combinación de dos dimensiones definidas del contenido laboral: *a*) la dimensión de la cantidad y el tipo de demanda, y *b*) la dimensión del control sobre las tareas que se realizan en el marco de la división del trabajo. Según esto, se entiende que un significativo nivel de estrés fisiológico ocurre en puestos de trabajo que presentan tanto una demanda cuantitativa elevada como un margen de decisión limitado. Esta concepción bidimensional fue ampliada en una tercera dimensión: la del apoyo social en el puesto de trabajo.

Modelo crisis de gratificación en el trabajo (Effort-Reward Imbalance model, ERI)

Este modelo surge de la relación de intercambio de la función laboral en el proceso de reciprocidad social: a un es-

^aCentro de Salud de Riosa. Servicio de Salud del Principado de Asturias. España.

^bInstituto de Medicina Sociológica. Universidad de Düsseldorf. Alemania.

^cÁrea de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Oviedo. España.

Correspondencia:
Juan Antonio Fernández-López.
Centro de Salud de Riosa. SESP.A.
33160 Asturias. España.
Correo electrónico:
jaflopez@wanadoo.es

Manuscrito recibido el 20 de enero de 2003.

Manuscrito aceptado para su publicación el 3 de marzo de 2003.

fuerzo dado se conceden gratificaciones. Éstas son: a) salario o ingresos; b) estima y valoración en el trabajo, y c) promoción y/o seguridad en el empleo.

Contrariamente al DC, la predicción de los efectos sobre la salud en este modelo depende de la combinación de efectos contextuales y subjetivos (*coping*). Aquí, la discrepancia entre esfuerzos realizados en el trabajo y recompensas recibidas se considera un determinante crucial de las reacciones estresantes y sus efectos adversos sobre la salud.

Resultados empíricos

Con la ayuda de los dos modelos teóricos citados, durante los últimos 10 años se ha podido saber que un 10-30% de los trabajadores está expuesto a varios estresores.

Para comprobar la implicación del estrés laboral en la aparición de enfermedades se realizó un extenso estudio para conocer qué enfermedades desarrolla un grupo de trabajadores sanos cuyas condiciones de estrés laboral se determinan de antemano y que es vigilado durante un período largo de tiempo (al menos 5 años)¹⁶. Ambos modelos teóricos de medición del estrés laboral fueron comparados. Durante el tiempo de seguimiento se observó que los trabajadores sujetos a cargas de estrés elevadas presentaban un número mayor de enfermedades que los no estresados. Conforme al modelo DC, el riesgo relativo, como evidencia de enfermedad coronaria nueva en los últimos 5 años, de los trabajadores cuyas tareas se caracterizaban por un bajo control o margen en la toma autorizada de decisiones fue más del doble que en los trabajadores con un margen alto de decisión en el puesto de trabajo. El riesgo relativo de sufrir un infarto de miocardio osciló entre 1,5 y 4,0, lo que supone que este nuevo factor de riesgo identificado posee un peso similar al de factores de riesgo firmemente establecidos en la medicina, como el tabaquismo o la hipertensión arterial.

Ante todos estos hallazgos surge otra pregunta de gran interés práctico: ¿cuántos infartos podrían evitarse, teóricamente, en un grupo bajo estudio si no estuviera sometido a estrés laboral? Se intentó contestar esta pregunta específicamente mediante estudios longitudinales realizados en Suecia^{17,18}. Los resultados demostraron que un 11-14% de todos los infartos ocurridos en trabajadores menores de 55 años podrían evitarse.

El modelo de ERI presenta actualmente resultados de diferentes estudios prospectivos realizados en Alemania, Gran Bretaña y Finlandia^{1,16,19-22}. Han podido demostrar, igualmente, un riesgo relativo de nuevos infartos de miocardio entre 2 y 4 veces mayor en los trabajadores que experimentan un desequilibrio entre un alto esfuerzo y una baja recompensa. El riesgo relativo de sufrir una enfermedad coronaria, en los 5 años siguientes, es más del doble en los empleados con altos esfuerzos y bajas recompensas que en aquellos sin crisis de gratificación en el trabajo. El bloqueo en la promoción y la inseguridad en el empleo pre-

sentaron una especial fuerza pronóstica. Otras investigaciones sucesivas demostraron la relación entre el modelo ERI y la hipertensión arterial²³, la hiperlipemia²⁴, la aparición de problemas gastrointestinales y las alteraciones psíquicas²⁵⁻³⁰.

Consecuencias prácticas de los conocimientos científicos

De la mano de los nuevos modelos teóricos del estrés laboral se consigue la identificación de factores psicosociales en el trabajo dañinos para la salud, que exigen medidas preventivas¹¹. Dentro del sector servicios, como es el caso de la sanidad, interesan las medidas relativas al desarrollo organizativo y del personal, que hasta ahora nunca han sido realizadas considerando su estrecha relación con la salud de los trabajadores².

El modelo DC resulta muy útil para sugerir medidas específicas de desarrollo organizativo. De la aplicación del modelo ERI se pueden deducir medidas estructurales del trabajo relativas a una regulación más satisfactoria de la relación salario-rendimiento, especialmente en los más perjudicados, es decir, en los más estresados.

Es previsible que en el futuro se dedique más atención a la salud laboral, al menos en los países con mayor nivel de renta. Ahora bien, esto supone un importante esfuerzo en la lucha contra las condiciones de trabajo perjudiciales para la salud. Creemos que conocimientos científicos como los presentados con anterioridad ofrecen una orientación y una valiosa ayuda para la realización de estos esfuerzos.

Bibliografía

1. Marmot M, Siegrist J, Theorell T, Feeney A. Health and the psychosocial environment at work. En: Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health. New York: Oxford University Press, 1999; p. 105-31.
2. Levi L, Sauter SL, Shimomitsu T. Work-related stress – it's time to act. J Occupation Health Psychol 1999;4:394-6.
3. Lewis S, Copper SL. The work-family research agenda in changing contexts. J Occupation Health Psychol 1999;4:382-93.
4. Siegrist J. Long-term stress in daily life in a socio-epidemiologic perspective. En: Theorell T, editor. Everyday biological stress mechanisms. Basel: Karger, 2001;22:91-103.
5. Levi L, Lunde-Jensen P. Socio-economic costs of work stress in two EU member states. A Model for assessing the costs of stressors at national level. Dublin: European Foundation, 1996.
6. Wolf S, Belki? K. The central nervous system: bridge between the external milieu and the cardiovascular system. Occupational medicine. State Art Rev 2000;15(Suppl):S7-116.
7. Belki? K, Schwartz J, Schnall P, Pickering TG, Steptoe A, Marmot M, et al. Evidence for mediating econeurocardiologic mechanisms. Occupational medicine. State Art Rev 2000;15(Suppl): S117-63.
8. Weiner H. Perturbing the organism: the biology of stressful experience. Chicago: Chicago University Press, 1992.
9. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. N Engl J Med 1998;338:171-9.
10. Cooper C, editor. Theories of occupational stress. Oxford: Oxford University Press, 1998.

11. Dunham J, editor. Stress in the workplace. Past, present and future. London, Philadelphia: Whurr Publishers, 2001.
12. Sapolsky RM. Why zebras don't get ulcers. An updated guide to stress, stress-related diseases, and coping. New York: Freeman, 1998.
13. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979;24:285-308.
14. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
15. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occupational Health Psychol* 1996;1:27-41.
16. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot MG. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health* 1998;88:68-74.
17. Theorell T, Tsutsumi A, Hallquist J, Reuterwall C, Hogstedt C, Fredlund P, et al. Decision latitude, job strain, and myocardial infarction: a study of working men in Stockholm. *Am J Public Health* 1998;88:382-8.
18. Hammar N, Alfredsson L, Johnson JV. Job strain, social support at work, and incidence of myocardial infarction. *Occup Environ Med* 1998;55:548-53.
19. Siegrist J. Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe, 1996.
20. Lynch J, Krause N, Kaplan GA, Tuomilehto J, Salonen JT. Work place conditions, socioeconomic status, and the risk of mortality and acute myocardial infarction: the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *Am J Public Health* 1997;87:617-22.
21. Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D. Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Soc Sci Med* 1990;31:1127-34.
22. Joksimovic L, Siegrist J. Overcommitment predicts restenosis after successful coronary angioplasty in cardiac patients. *Int J Behav Med* 2000;6:356-69.
23. Peter R, Siegrist J. Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanations? *Soc Sci Med* 1997;45:111-20.
24. Siegrist J, Peter R, Cremer P, Seidel D. Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-aged men. *J Inter Med* 1997;242:149-56.
25. Lynch J, Krause N, Kaplan GA, Salonen R, Salonen JP. Work place demands, economic reward, and progression of carotid atherosclerosis. *Circulation* 1997;96:302-7.
26. Vrijkotte T, van Dooren L, de Geus E. Work stress and metabolic and hemostatic risk factors. *Psychosom Med* 1999;61:796-805.
27. Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T, Siegrist J. Associations between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in comparison between two complementary job-stress models. *Scandinavian J Work Environ Health* 2001;27:146-53.
28. Rothenbacher D, Peter R, Bode G, Adler G, Brenner H. Dyspepsia in relation to *Helicobacter pylori* infection and psychosocial work stress in white collar employees. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1143-9.
29. Rugulies R, Krause N. The impact of job stress on musculoskeletal disorders, psychosomatic symptoms and general health in hotel room cleaners. *Int J Behavioral Med* 2000;7(Suppl 1):16.
30. Joksimovic L, Starke D, v.d. Knesebeck O, Siegrist J. Perceived work stress, overcommitment, and self reported musculoskeletal pain: a cross-sectional investigation. *Int J Behavioral Med* 2002;9:122-38.