

# 2.1 Neurobiología del estrés: consecuencias para la salud física y mental

## 2.1.1 ¿Qué es el estrés?

Gracias a los revolucionarios cambios en la ciencia médica y la sanidad, nuestros patrones de enfermedad han cambiado con el paso de los años. Ya no nos preocupamos tanto por las enfermedades infecciosas, o por enfermedades que antes hubieran causado fallecimiento como la tuberculosis o la gripe. La esperanza de vida ha aumentado significativamente. Ahora nuestra especie cuenta con el suficiente tiempo como para deteriorarse de forma lenta. Es decir, las enfermedades que actualmente nos aquejan son consecuencia de un daño lento y acumulativo. Muchas de estas problemáticas pueden ser causadas o agravarse por estrés.

Para comprender las consecuencias del estrés crónico, es importante conceptualizar, en primer lugar, la función que posee la respuesta de estrés. En términos generales, el estrés puede ser considerado como un proceso que se inicia cuando un organismo percibe que una situación o acontecimiento desborda los recursos que tiene para afrontarla. En otras palabras, cada vez que experimentamos demandas que superan nuestros recursos, se desencadena una respuesta de estrés.

En términos evolutivos las respuestas de estrés son indispensables para la supervivencia. Imaginemos, por ejemplo, que un animal se encuentra con un depredador, necesita una respuesta fisiológica inmediata que le permita enfrentarse a este tipo de emergencias. Afortunadamente, nuestro organismo se encuentra bien equipado para enfrentarse a situaciones demandantes o emergencias de corto plazo. Para la mayor parte de los animales el estrés consiste en una crisis pasajera. Luego de escapar de un depredador, el agente estresante agudo desaparece y el animal puede recuperarse del exceso de energía que requirió la situación estresante. Sin embargo, en los seres humanos este proceso no es tan simple. Las personas contamos con la capacidad de anticipar problemas y estresarnos durante semanas o meses por hechos que solo ocurren en nuestra mente. De esta forma, activamos

durante mucho tiempo un sistema fisiológico que ha evolucionado para responder a emergencias agudas (Sapolsky, 2007).

Para la mayor parte de los animales el estrés consiste en una crisis pasajera. Nuestra evolución como especie nos dotó de un organismo bien equipado para enfrentarnos a situaciones demandantes o emergencias de corto plazo. Si activamos de forma crónica un sistema fisiológico que ha sido diseñado para responder a demandas agudas, es esperable que aparezcan dificultades en nuestra salud (Sapolsky, 2007).

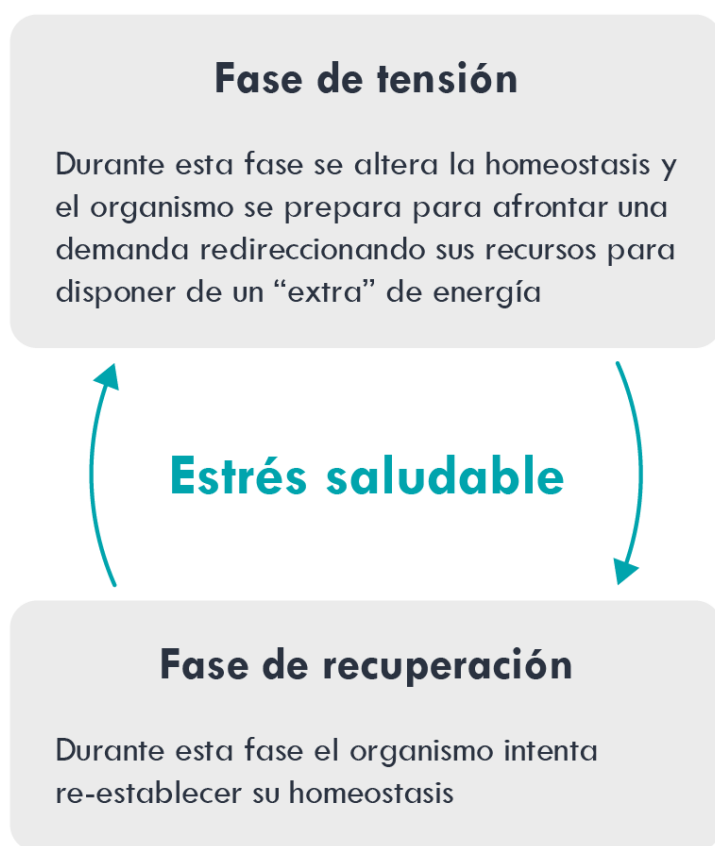
Cada vez que nos estresamos, nuestro organismo se desencadena una respuesta fisiológica que rompe nuestra homeostasis. Por lo cual, luego de responder al agente estresante nuestro organismo debe invertir energía en restablecer la homeostasis. Esta fase de restablecimiento también constituye parte de la respuesta del estrés. De esta forma, podemos decir que el estrés normal involucra dos fases: a) una fase de **tensión**, donde el organismo rompe su homeostasis y direcciona su energía y recursos en responder a las demandas de la situación, y b) una fase de **restauración**, en donde el organismo debe invertir energía en reestablecer el proceso homeostático (figura 1).

El concepto de **homeostasis** ha sido modificado en años recientes y progresivamente reemplazado por el concepto de **alostasis**. La diferencia radica principalmente en que la homeostasis consiste en pensar que el organismo realiza pequeños cambios o arreglos para reestablecer el funcionamiento del organismo. Por el contrario, el concepto de alostasis sugiere un funcionamiento mucho más complejo. Según esta idea, el cerebro coordina diversos cambios en el cuerpo, e incluso realiza cambios alostáticos anticipándose a posibles desperfectos. Para algunos autores estos cambios son tan complejos que la respuesta de estrés no es otra cosa que el intento de nuestro cuerpo de restablecer el equilibrio. Para entender con mayor claridad estas ideas conviene analizar el proceso de estrés paso a paso.

Durante la fase de tensión (figura 1), nuestro organismo moviliza rápidamente la energía de los sitios en que se halla almacenada y evita que se siga almacenando. Ante una emergencia, es lógico que el cuerpo paralice los “caros proyectos” de construcción a largo plazo. Como veremos más

adelante, el estrés puede inhibir el crecimiento, la capacidad reproductora o la inmunidad del organismo. ¿Qué sentido tiene seguir creciendo, reproducirse o evitar una enfermedad a futuro si no logro salir vivo de esta emergencia? Si estoy en una situación estresante lo lógico es que redistribuya mi energía y la utilice para responder a las demandas inmediatas.

**Figura 1. Fases del estrés**



Fuente: elaboración propia.

La respuesta de estrés de nuestro organismo se caracteriza por ser miope, ya que derrocha recursos importantes para el cuerpo con el fin de responder con eficacia a emergencias. Es por ello que luego de esta fase de tensión, se requiere de una fase de recuperación igualmente costosa para el organismo, ya que reestablecer el equilibrio es una tarea extremadamente compleja. No obstante, mientras estas fases se sucedan con normalidad podemos hablar de un proceso saludable de estrés.

Los problemas asociados al estrés surgen cuando este proceso natural se ve interrumpido. Esto puede ocurrir fundamentalmente por dos motivos: a) por

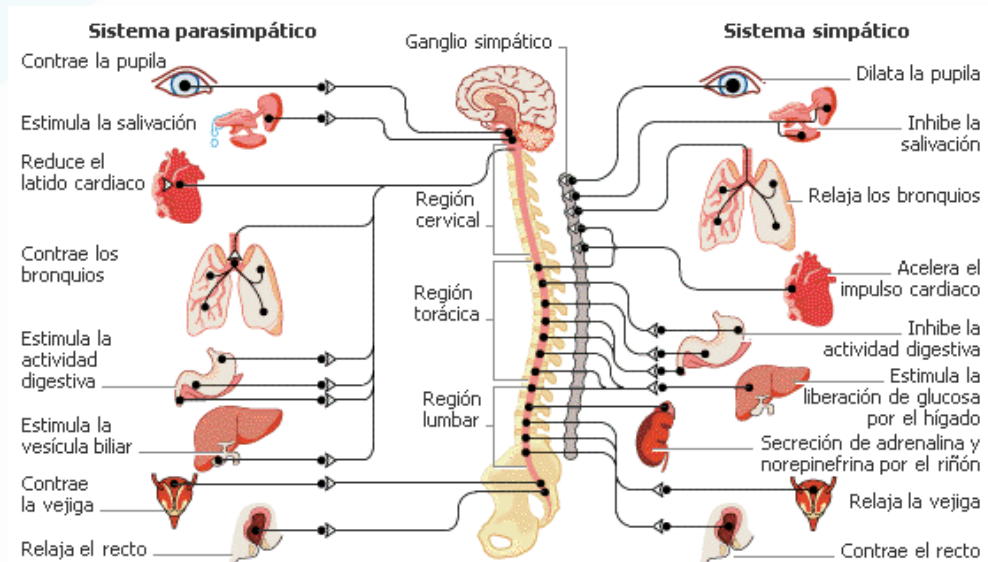
excesos de demandas que llevan a que nuestro organismo pase de una fase de tensión a otra fase de tensión, o b) interrupción de la fase de recuperación, esto puede ocurrir, por ejemplo, cuando no logramos desconectarnos del agente estresante o seguimos pensando en las demandas a pesar de que ya no sea necesario. Si esto ocurre, y se pone continuamente en marcha energía de forma continua a costa de su almacenamiento, el organismo no dispone de reservas para funcionar de forma óptima. Esto desencadena una amplia variedad de consecuencias adversas para nuestra salud y productividad. Para entender los mecanismos con que opera el **estrés crónico** en nuestro organismo, deberemos revisar previamente el sustrato neurobiológico implicado.

## 2.1.2 Neurobiología del estrés

La forma principal en la que nuestro cerebro ordena a nuestro cuerpo lo que debe hacer es por medio de mensajes que envía a través de nervios. Los nervios son ramificaciones que descienden del cerebro por la columna vertebral y llegan a la periferia del cuerpo. Una rama de este sistema nervioso es consciente y voluntaria (por ejemplo, si decidimos mover un músculo), mientras que otra parte de este sistema transmite mensajes involuntarios y automáticos, por este motivo se la denomina “sistema nervioso autónomo”.

El sistema nervioso autónomo puede dividirse en dos partes. Por un lado, se encuentra el sistema nervioso simpático, el cual se pone en marcha cuando hay una emergencia o creemos que la hay (fase de tensión del estrés). La otra parte se denomina sistema nervioso parasimpático (figura 2), y desempeña una función opuesta dado que se centra en funciones vegetativas que posibilitan el mantenimiento de la vida y el correcto funcionamiento de la función metabólica. Este sistema se activa durante la fase de recuperación del estrés y se inhibe durante la fase de tensión. Es importante tener en claro que ambos sistemas funcionan de forma excluyente, es decir, que al activarse una respuesta simpática en el organismo, se desactiva la respuesta parasimpática.

**Figura 2. Sistema nervioso autónomo: sistema simpático y parasimpático**



Fuente: [Imagen sin título sobre sistema nervioso autónomo]. (s.f.). Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/sistema-nervioso-simpatico-y-parasimpatico-diferencias-y-funciones-3916.html>

Las terminaciones nerviosas del sistema simpático liberan adrenalina y noradrenalina (también denominadas epinefrina y norepinefrina). Las terminaciones nerviosas del sistema simpático liberan adrenalina en las glándulas suprarrenales, y el resto de las terminaciones nerviosas simpáticas de todo el cuerpo segregan noradrenalina (Sapolsky, 2007). Estas sustancias son los mensajeros químicos que activan diversos órganos en solo unos segundos. Gracias a esta rápida reacción nuestro cuerpo puede responder rápidamente a situaciones de emergencia (durante la fase de tensión del proceso de estrés; Sapolsky, 2007).

Mientras que los neurotransmisores se comunican con las neuronas inmediatas (mediante la sinapsis), las hormonas se pueden comunicar con otra célula sin importar lo lejos que estén, ya que utilizan el torrente sanguíneo (Sapolsky, 2007).

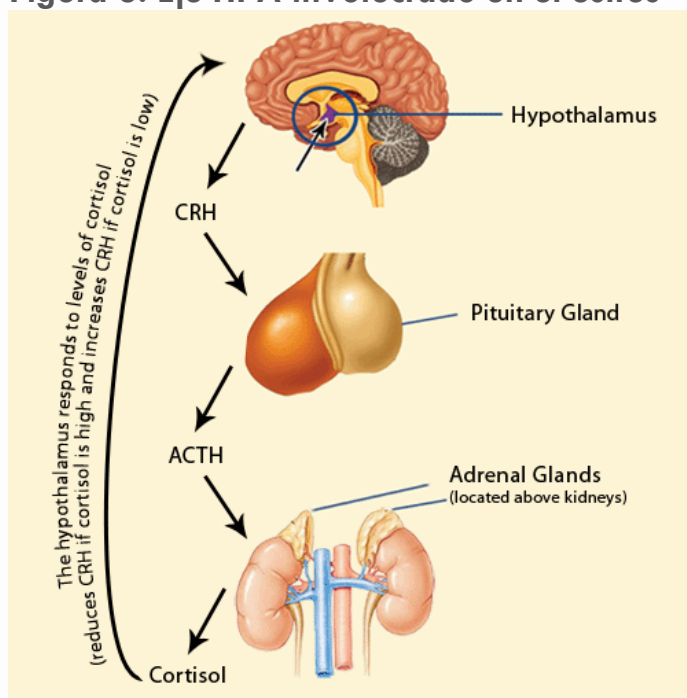
Existen diferentes mensajeros en nuestro organismo que permiten ponerlo en marcha para afrontar un factor estresante. Por un lado, existen los neurotransmisores, los cuales se ocupan de comunicar una neurona con otra

neurona. Este mensajero es liberado por una neurona y se desplaza una milésima de micra a la siguiente neurona. Otro mensajero son las hormonas, a diferencia de los neurotransmisores,

la neurona (u otra célula) segrega un mensajero químico en el torrente sanguíneo que genera efectos más amplios en el organismo. Las hormonas son segregadas por glándulas de todo tipo, y durante el estrés se activa la secreción de algunas y se inhibe la de otras. (Sapolsky, 2007, p. 45).

¿Cuáles son las hormonas implicadas en la respuesta al estrés? Existe un eje de gran importancia implicado en la respuesta al estrés denominado eje HPA. Este eje involucra al hipotálamo, la glándula pituitaria y las glándulas periféricas (figura 3). Cuando el cerebro percibe o simplemente prevé un agente estresante, el hipotálamo libera CRH (factor liberador de corticotropina), una hormona que activa la glándula pituitaria y provoca que ésta libere ACTH (también denominada corticotropina), la cual llega a las glándulas suprarrenales a través del torrente sanguíneo y desencadena la liberación de glucocorticoides.

**Figura 3. Eje HPA involucrado en el estrés**



Fuente: [Imagen sin título sobre eje HPA]. (s.f.). Recuperado de <https://estrescancer.wordpress.com/estres-cronico-y-depresion/>

Los glucocorticoides, actúan de una forma similar a la adrenalina y noradrenalina segregada por el sistema simpático, pero a diferencia de estas últimas, su efecto se prolonga por minutos u horas (mientras que la adrenalina y noradrenalina actúa durante segundos).

“Los glucocorticoides unidos a las secreciones del sistema nervioso simpático (adrenalina y noradrenalina) explican buena parte de lo que sucede en el cuerpo durante la [respuesta de] estrés” (Sapolsky, 2007, p. 53).

Existen una serie de complicaciones. Si bien los mensajeros neurológicos y hormonales mencionados preparan al organismo para afrontar un gran gasto de energía (fase de tensión), algunos efectos de los glucocorticoides ayudan a recuperarse de la respuesta de estrés (fase de recuperación), o bien nos preparan para afrontar el próximo agente estresante. Lamentablemente para el lector, existen aún más complicaciones, dado que en función del agente estresante puede variar la respuesta de estrés. Por ejemplo, se ha visto que el sistema nervioso simpático se activa en situaciones de ansiedad y estados de tensión o alerta, mientras que la fuerte secreción de glucocorticoides es un indicador de depresión.

A pesar de las variaciones que pueden existir, se ha observado que el sistema nervioso simpático y los glucocorticoides intervienen en la respuesta de casi todos los agentes estresantes, y constituyen, de este modo, a la estructura principal de respuesta al estrés de nuestro organismo. A continuación, veremos que, si bien estos cambios neurológicos y endócrinos nos sirven para responder a emergencias agudas, pueden hacernos daño a largo plazo (Sapolsky, 2007).

### **2.1.3 Consecuencias del estrés en la salud física**

Supongamos que nos encontramos en nuestro trabajo y de golpe entra un león por la puerta. Sin lugar a duda experimentaremos una activación de nuestro sistema nervioso simpático, mientras que nuestro sistema parasimpático se inhibe. La activación del sistema simpático genera (en otras cosas) un aumento en nuestra respuesta cardiovascular. El corazón quintuplica su actividad y la sangre comienza a circular con más velocidad y fuerza. La

presión sanguínea aumenta, y nuestra sangre corre a gran velocidad por el cuerpo (en realidad no por todo el cuerpo, de hecho, se observa un descenso dramático del flujo sanguíneo en partes no esenciales para una respuesta a la emergencia como el tracto digestivo o la piel).

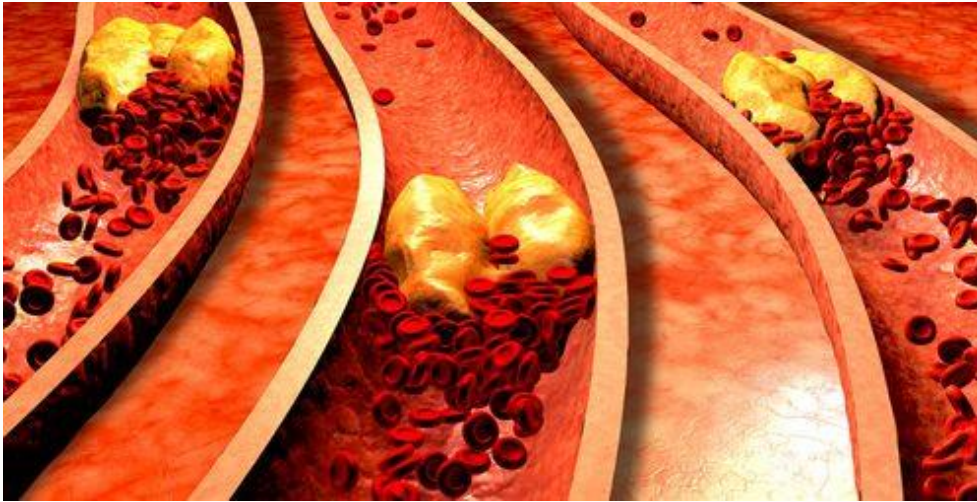
Quizás con un poco de suerte y gracias a los rápidos cambios que experimentó nuestro organismo pudimos escapar de león. Ahora bien, ¿Qué sucede si en vez de un león aparece nuestro jefe con cara de molesto (o si simplemente interpreto que tiene cara de molesto)? ¿Qué sucede si algo sale mal en mi trabajo y corro el riesgo de que me despidan? ¿O tengo una reunión importante? ¿Qué sucede en nuestro cuerpo si simplemente anticipo que algo puede salir mal? Efectivamente, la reacción de nuestro organismo es exactamente la misma. El problema es que activamos de forma crónica una respuesta inicialmente preparada para una emergencia aguda. La respuesta saludable de estrés que nos permitió escapar del león y sobrevivir, puede volverse patológica al activarse de forma crónica con agentes estresantes psicológicos y sociales.

Para verlo de forma más clara, podemos analizar la relación entre el estrés y los problemas cardiovasculares, la principal causa de muerte en el mundo desarrollado. El primer paso para desarrollar un problema cardiovascular es el desarrollo de hipertensión. Como mencionamos anteriormente, es normal que la presión sanguínea aumente durante la respuesta al estrés, pero ¿qué sucede si la presión sanguínea se eleva de forma crónica? En primer lugar, la sangre regresa con más fuerza al corazón y provoca un mayor impacto en la pared muscular, que con el paso del tiempo puede generar una **hipertrofia izquierda ventricular**. El corazón ahora está desequilibrado y tiene mayores riesgos de desarrollar un ritmo cardíaco irregular.

Sumado a ello, la hipertensión crónica daña los vasos sanguíneos. Con el paso de los años hay más cantidad de vasos dañados e inflamados. Debido a la alta presión de la sangre, también aumenta la circulación de plaquetas, grasa y colesterol, por lo tanto, existe mayor probabilidad aterosclerosis (figura 4). Esto puede generar obstrucciones y derivar en un ataque cardíaco (en caso de que se obstruya una arteria coronaria) o un infarto cerebral (en caso de que se obstruya un vaso sanguíneo del cerebro). Por ejemplo, se ha observado que animales crónicamente relegados a posiciones subordinadas (por ende, expuestos a más estrés), tienen el doble de aterosclerosis.

El estrés crónico puede causar hipertensión, aterosclerosis y problemas cardíacos.

**Figura 4. Ilustración aterosclerosis**



Fuente: [Imagen sin título sobre aterosclerosis]. (2017). Recuperado de <https://mejorconsalud.com/ateroesclerosis/>

El estrés crónico también disminuye nuestra capacidad para reaccionar a situaciones de estrés agudo y recuperarnos de ellas. Si el estrés crónico ha dañado los vasos sanguíneos cada nuevo agente estresante aumentará su capacidad nociva (Sapolsky, 2007). Si gozamos de buena salud, frente a una situación de estrés agudo se activa nuestro sistema simpático

y el corazón se acelera de forma intensa y coordinada, y aumenta la fuerza de sus contracciones. Al trabajar más de lo habitual, el músculo cardíaco consume más energía y oxígeno, para lo cual se dilatan las arterias coronarias. Pero si nos enfrentamos a un agente estresante agudo con un corazón que padece isquemia crónica [el suministro de oxígeno y glucosa es menor]. (Sapolsky, 2007, p.87)

Al tener tejidos cardíacos dañados aumenta la probabilidad de un infarto frente a emociones intensas. Por ejemplo, se ha observado que una emoción negativa como la cólera “duplica el riesgo de sufrir un infarto en las dos horas siguientes” (Sapolsky, 2007, p.89).

Como mencionamos, el estrés crónico también afecta nuestra recuperación luego de afrontar un estresor agudo. Siguiendo el proceso involucrado en el estrés, luego de una fase inicial de activación para afrontar al agente estresante, sigue una fase de recuperación. El sistema nervioso parasimpático acciona a través del nervio vago una disminución en los latidos del corazón. Tal como mencionamos, los sistema simpático y parasimpático son excluyentes entre sí (no podemos acelerar y frenar al mismo tiempo) Si nuestro sistema simpático se activa constantemente estamos cerrando de forma crónica nuestro sistema parasimpático, esto hace que nos resulte más difícil bajar el ritmo general incluso en situaciones en que no estamos expuestos a un agente estresante.

A continuación, veremos que, si bien estos cambios neurológicos y endócrinos nos sirven para responder a emergencias agudas, pueden hacernos daño a largo plazo.

## **2.1.4 Consecuencias del estrés en la salud mental**

El estrés laboral no solo genera enfermedades y problemas físicos (por ejemplo, dolores de espalda, irritabilidad, insomnio, irritabilidad), sino que duplica la probabilidad de desarrollar un desorden emocional (DE). Los DE son trastornos mentales caracterizados por altos niveles de activación emocional, crónicos y de valencia desagradable. Bajo este paraguas conceptual se encuentran los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos adaptativos de tipo ansioso, depresivo o mixto (Cano-Vindel, 2011). Dichos trastornos también suelen agruparse bajo la denominación de Trastornos Mentales Comunes (Endsley, Weobong y Nadkarni, 2017), para diferenciarse de trastornos mentales menos frecuentes, pero más severos e incapacitantes (esquizofrenia y trastorno bipolar, por ejemplo).

Los DE poseen una elevada prevalencia, afectan el bienestar y funcionamiento cotidiano de millones de personas en todo el mundo. Según un estudio meta-analítico (Steel, Marnane, Iranpour, Chey, Jackson, Patel, Silove, 2014) una de cada cinco personas cumplía con el criterio diagnóstico de alguno de estos trastornos durante el último año (17.6%; 16.3-18.9%), y se estima que el 29.2% (25.9-32.6%) presentará un DE a lo largo de su vida,

siendo en su mayoría trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad (15.4%; 12.8-18.5%).

La depresión y la ansiedad generalizada ocupan un lugar destacado entre los DE. En un sentido amplio la depresión refiere a una amplia variedad de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afecto positivo (pérdida de interés y disfrute), estado ánimo deprimido y otros síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que pueden alterar el funcionamiento laboral y social de las personas (NICE, 2011). Según la OMS la depresión se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en el mundo para el 2030. El impacto de este trastorno sobre la calidad de vida y la discapacidad funcional (días de trabajos perdidos, por ejemplo), supera al impacto de las enfermedades físicas crónicas (Cano-Vindel, Salguero, Wood, Dongil y Latorre, 2012). Más preocupante aún resulta su relación con la ideación suicida y los intentos de suicidios.

**Tabla 1. Síntomas de depresión**

Síntomas de depresión	
Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces	Movimientos lentos o rápidos
Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño	Inactividad y retraimiento de las actividades usuales
Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso	Sentimientos de desesperanza y abandono
Cansancio y falta de energía	Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio
Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa	Pérdida de placer en actividades que suelen hacerlo feliz, incluso la actividad sexual
Dificultad para concentrarse	

Fuente: elaboración propia en base a American Psychiatric Association, 2013.

Por su parte, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva, acompañada por síntomas de inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y sueño perturbado (NICE, 2011). Sin embargo, en los contextos de atención primaria se han encontrado índices de prevalencia superiores (Olfson, Marcus, Druss, 2002). Más allá de su prevalencia, el TAG es un trastorno de importancia por su elevada comorbilidad. Junto a la depresión, el TAG es el trastorno de mayor impacto en el funcionamiento social y laboral. Cuando ambos trastornos se dan de manera conjunta se observan los niveles más elevados de deterioro.

**Tabla 2. Síntomas de ansiedad generalizada**

Síntomas de ansiedad generalizada	
Preocupación o ansiedad persistentes por determinados asuntos que son desproporcionados en relación con el impacto de los acontecimientos.	Incapacidad para relajarse, sensación de nerviosismo y sensación de excitación o de estar al límite
Pensar demasiado los planes y las soluciones a todos los peores resultados posibles.	Dificultad para concentrarse, o sensación de que la mente se «pone en blanco»
Percibir situaciones y acontecimientos como amenazantes, incluso cuando no lo son.	Fatiga
Dificultad para lidiar con situaciones de incertidumbre.	Trastornos del sueño
Temperamento indeciso y miedo a tomar la decisión equivocada.	Tensión o dolores musculares
Incapacidad para dejar de lado u olvidar una preocupación.	Temblor, agitación

Fuente: elaboración propia en base a American Psychiatric Association, 2013.

Los DE no solo afectan la calidad de vida de las personas y familiares que los padecen, sino que también conllevan altos costos sociales y económicos (Gustavsson, Svensson, Jacobi 2011). Por ejemplo, en España el coste de los DE se aproxima a los 26.000 millones de euros anuales (Pares-Badell,

Barbaglia, Jerinic, Gustavsson, Salvador-Carulla, Alonso et al., 2014). Inglaterra los costos directos (costos de atención médica, pagos por discapacidad, y provisión de servicios de apoyo) e indirectos (ausentismo y productividad laboral) de los trastornos mentales es de 105.2 billones de libras anuales y en Estados Unidos asciende a los 193.2 billones por año (Kessler, Whiteford, Sheridan, Cleary, Chant, Wang, Hilton, 2008).

En Latinoamérica la prevalencia de DE a lo largo de la vida es de un 33% (28-38.3%), supera en un 4% el promedio mundial (Steel et al., 2014). Se calcula que la prevalencia de depresión en Latinoamérica es del 31.3%, y del 8.8% para el TAG (Kohn, Levav, Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo-Anduaga, Saxena, Saraceno, 2005).

Sumado a ello se estima que el 58.9% de las personas con depresión y el 63.1% de las personas con TAG, necesitaban tratamiento y no lo recibieron (Kohn et al., 2005).

El hecho de que las personas deprimidas no reciban el tratamiento necesario puede tener importantes consecuencias negativas, tales como la reducción de su calidad de vida (Spitzer et al., 1995), la cronificación de sus problemas emocionales (Kessler et al., 2011), el incremento del uso de los servicios de salud (Greenberg, Stiglin, Finkelstein, & Berndt, 1993), o el aumento del riesgo de suicidio (Oquendo et al., 2002). (Marco, 2018, <https://bit.ly/2KIUAxI>)

Las condiciones laborales adversas y la percepción de falta de apoyo predicen el inicio de sintomatología subclínica ansiosa y depresiva (Andrea, Bultmann, van Amelsvoort, y Kant, 2009) y un mayor riesgo de desarrollar un diagnóstico de dichos trastornos (Strazdins et al., 2010).

En la década del '70 se introdujo el concepto de *burnout* para referirse un estado negativo relacionado con el estrés crónico ocasionado por la sobrecarga y las altas demandas laborales (Maslach y Leiter, 2016). Si bien existe controversia con relación a la estructura y los criterios diagnósticos del *burnout*, en general se acuerda en considerar al agotamiento (fatiga producida por el esfuerzo psicológico que se realiza en el trabajo) y el cinismo (actitudes de indiferencia y distanciamiento hacia el trabajo) como

sus dimensiones centrales (Halbesleben y Demerouti, 2005; Llorens, García-Renedo y Salanova, 2005).

Se ha constatado que los trabajadores con *burnout* experimentan mayores emociones negativas (Castellano, Cifré, Spontón, Medrano y Maffei, 2013), presentan mayores problemas de salud, abuso de sustancias, disminución del desempeño, falta de compromiso organizacional mayor insatisfacción laboral e intención de abandonar la organización, así como más bajas laborales de tipo psiquiátrico (Moriana y Herruzco, 2005).

El estudio de la relación entre el *burnout* y los DE se ha incrementado en los últimos años (Maslach y Leiter, 2016). Aunque algunos autores sugieren que

El estrés crónico es un factor de riesgo que antecede y aumenta la probabilidad de desarrollar un Desorden emocional, como, por ejemplo, depresión y ansiedad generalizada.

un posible solapamiento (Bianchi, Boffy, Hingray, Truchot y Laurent, 2013), diferentes estudios concuerdan en señalar que se tratan de constructos diferentes, aunque relacionados (Maslach y Leiter, 2016). Por ejemplo, se ha observado mediante estudios longitudinales una relación recíproca entre el *burnout* y la depresión, donde cada uno de ellos predice el desarrollo posterior del otro (Ahola y Hakanen, 2007).

## 2.2 Estrés en trabajadores argentinos

### 2.2.1 Medición del estrés en trabajadores argentinos

Según la Organización Mundial de la Salud, los trabajadores constituyen la mitad de la población del mundo y son los máximos contribuyentes al desarrollo económico y social. Sin un adecuado nivel de bienestar no es posible que puedan desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva, y hacer una contribución significativa a la comunidad.

(...)

Por este motivo, el Observatorio de Tendencias Sociales y Empresariales de la Universidad Siglo 21, desarrolló una investigación con el fin de analizar diferentes indicadores de estrés y consecuencias asociadas en trabajadores argentinos (Informe Observatorio de Tendencias Sociales y Empresariales, 2018, p.1)

Con este objetivo se efectuó un relevamiento a nivel nacional en la que participaron 1050 trabajadores de diferentes ciudades de Argentina (CABA, Córdoba Capital, Mendoza, Rosario, Corrientes, Comodoro Rivadavia y San Miguel de Tucumán). Los datos técnicos de la investigación y muestreo se presentan en la tabla 3.

**Tabla 3. Descripción metodológica del relevamiento**

Descripción metodológica	
Tipo de estudio	Descriptivo-Correlacional
Metodología	Cuantitativa
Técnica de recolección de casos	Encuesta telefónica
Método de muestreo	Probabilístico, aleatorio sistemático
Tamaño de la muestra	1050 casos
Error muestral	3%
Nivel de confianza	95%
Método de muestreo	Probabilístico, aleatorio sistemático
Tamaño de la muestra	1050 casos

Fuente: elaboración propia.

## 2.2.2 Estrés y agotamiento en trabajadores argentinos

Para evaluar el estrés en el trabajo y los niveles de agotamiento, se utilizó el 'Maslach Burnout Inventory (MBI', un instrumento de uso mundial para evaluar estrés crónico. Al evaluar el nivel de agotamiento emocional de los trabajadores se observa que el 38.9% de los indica que "siempre o casi siempre" que le resulta difícil relajarse luego de una jornada laboral, y el 30% señala que cada vez le cuesta más ir a trabajar. Por otra parte, el 32.5% señala que se encuentra tan cansado que no puede dedicarse a otras cosas después del trabajo.

Una respuesta típica al elevado agotamiento es la aparición de 'cinismo' frente al trabajo, un estado psicológico caracterizado por una falta de interés e identificación por el trabajo. (Informe Observatorio de Tendencias Sociales y Empresariales, 2018, p. 2).

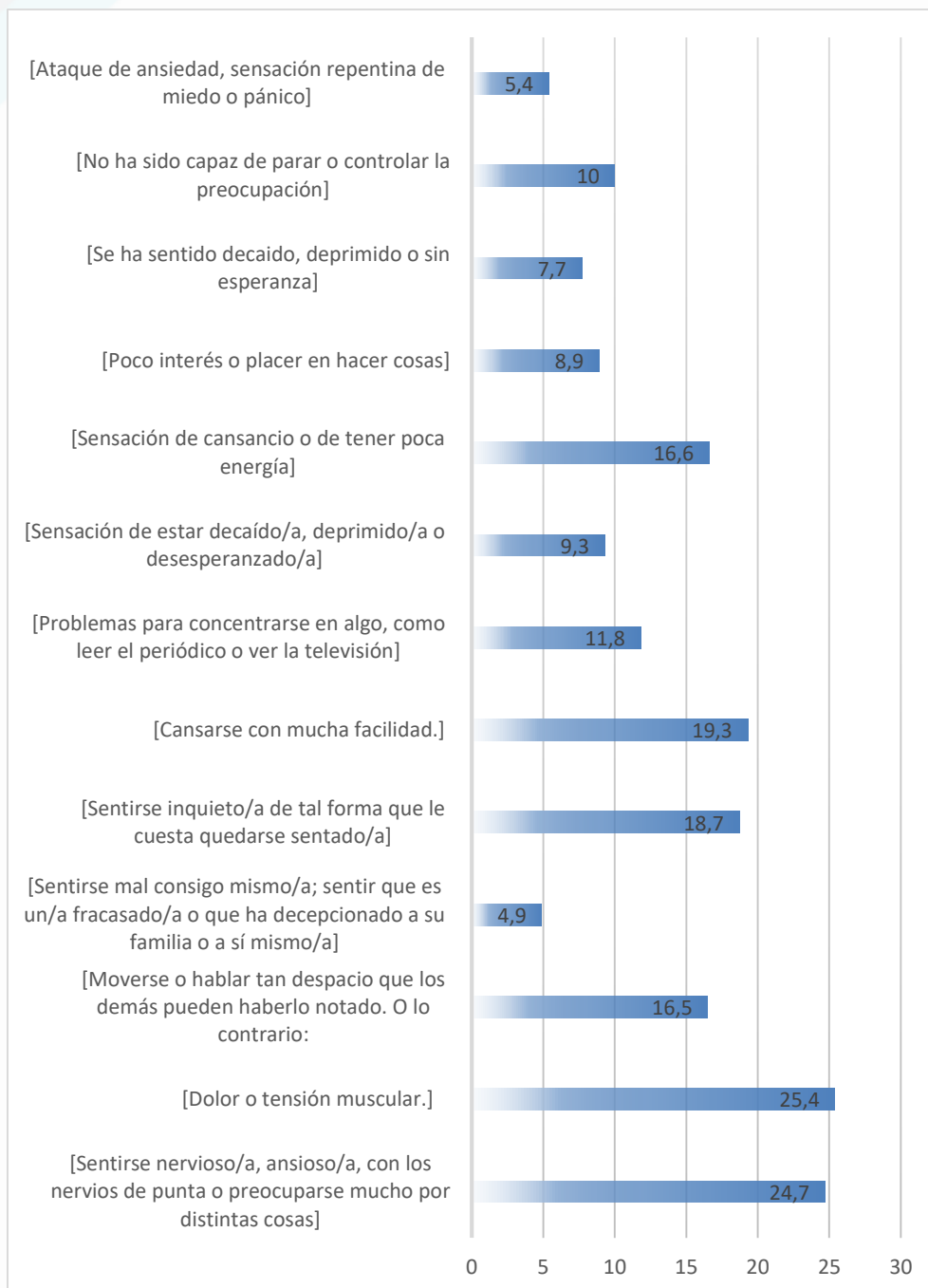
Este mecanismo psicológico permite que, frente a elevados niveles de agotamiento, la persona se vuelva menos sensible a bajar su productividad laboral o tener un bajo desempeño.

Al evaluar los niveles de cinismo se observó que el 21.8% señala que cada vez se siente menos involucrado con su trabajo, y el 21.1% duda que su trabajo contribuya en algo interesante, y el 18.1% siente que ha perdido interés por su trabajo. (Informe Observatorio de Tendencias Sociales y Empresariales, 2018, p. 2).

### **2.2.3 Salud mental y emocional en trabajadores argentinos**

Para evaluar la salud mental y emocional se utilizó un cuestionario de uso mundial denominado 'Patient Health Questionnaire'. Se trata de una prueba que permite examinar de una forma amplia y global la presencia de sintomatología asociada desórdenes emocionales. Se observa que un porcentaje considerable de la población experimenta la mayor parte de los días, síntomas de malestar emocional [figura 3] tales como dolor o tensión muscular (25.4%), sentirse ansioso o con los nervios de punta (24.7%), cansancio físico (19.3%), inquietud motora (18.7%), sensación de poca energía (16.6%), dificultades para concentrarse (11.8%) y dificultades para controlar la preocupación (10%). (Informe Observatorio de Tendencias Sociales y Empresariales, 2018, p. 5).

**Figura 5. Síntomas de malestar emocional en trabajadores argentinos**



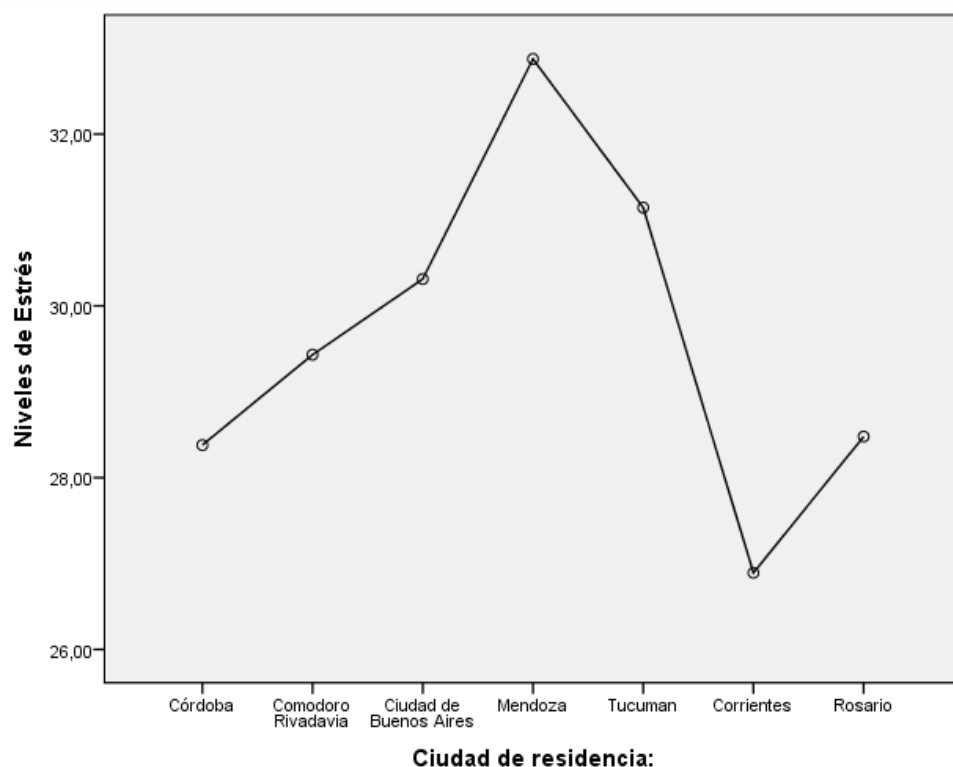
Fuente: elaboración propia.

## 2.2.4 Niveles de estrés y motivación en Argentina: distribución por ciudades

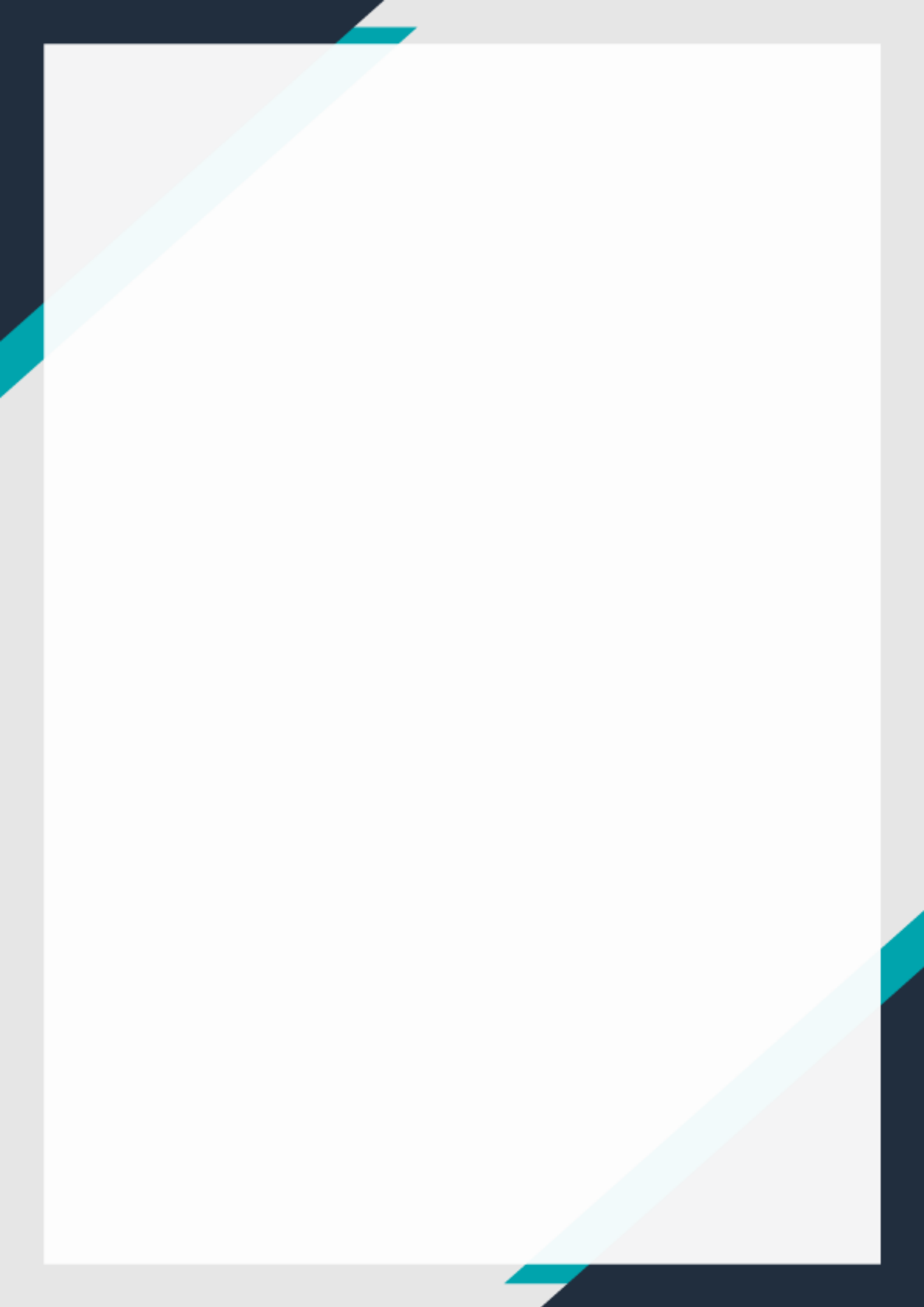
Por último, se efectuó un comparativo de los niveles de estrés, motivación laboral y satisfacción con la vida entre diferentes provincias de la Argentina (figura 4 y 5).

Para evaluar el estrés se consideraron los niveles de agotamiento y cinismo de los trabajadores, mientras que para evaluar la motivación laboral se analizaron los niveles de persistencia y orgullo por el trabajo. [Los resultados obtenidos sugieren que] Mendoza, Tucumán y Ciudad de Buenos Aires presentan los mayores niveles de estrés, es decir, mayor agotamiento, cinismo por el trabajo y sintomatología emocional. (Informe Observatorio de Tendencias Sociales y Empresariales, 2018, p. 2).

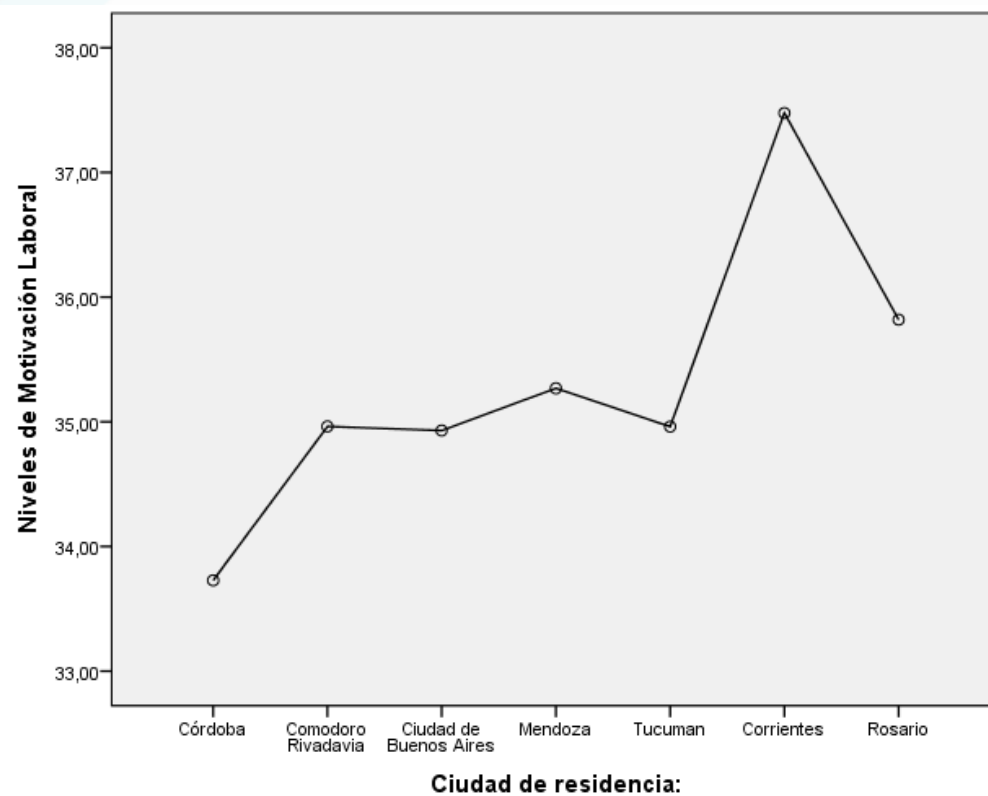
**Figura 6. Estrés en trabajadores argentinos: distribución por ciudad**



Fuente: elaboración propia.



**Figura 7. Motivación en trabajadores argentinos: distribución por ciudad**



Fuente: elaboración propia.

# Referencias

[Imagen sin título sobre aterosclerosis]. (2017). Recuperado de <https://mejorconsalud.com/ateroesclerosis/>

[Imagen sin título sobre eje HPA]. (s.f.). Recuperado de <https://estrescancer.wordpress.com/estres-cronico-y-depresion/>

[Imagen sin título sobre sistema nervioso autónomo]. (s.f.). Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/sistema-nervioso-simpatico-y-parasimpatico-diferencias-y-funciones-3916.html>

**Ahola, K., & Hakanen, J.** (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of affective disorders, 104*(1-3), 103-110

**American Psychiatric Association.** (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric

**Andrea, H., Bültmann, U., van Amelsvoort, L. G., & Kant, Y.** (2009). The incidence of anxiety and depression among employees—the role of psychosocial work characteristics. *Depression and Anxiety, 26*(11), 1040-1048

**Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E.** (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of health psychology, 18*(6), 782-787

**Cano Vindel, A., Salguero, J. M., Mae Wood, C., Dongil, E., Latorre, J. M.** (2012) *La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento*. Papeles del psicólogo, vol. 33, núm. 1, pp. 2-11. Consejo General de Colegios Oficiales

**Cano-Vindel, A.** (2011). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Estrés, 17*(1).

**Castellano, E.; Cifré, E.; Spontón, C.; Medrano, L. & Maffei, L.** (2013). Emociones Positivas y Negativas en la predicción del Burnout y Engagement en el Trabajo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(1), pp. 75-88.

**Endsley, P., Weobong, B., & Nadkarni, A.** (2017). The psychometric properties of GHQ for detecting common mental disorder among community dwelling men in Goa, India. *Asian journal of psychiatry*, 28, 106-110

**Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F.,**(2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21, 655–679.

**Halbesleben, J. R., & Demerouti, E.** (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19(3), 208-220

**Informe Observatorio de Tendencias Sociales y Empresariales,** (2018). *Observatorio de Tendencias Sociales y Empresariales, Universidad Siglo 21.* (Inédito).

**Kessler, R. C., Whiteford, H. A., Sheridan, J. S., Cleary, C. M., Chant, D. C., Wang, P. S., & Hilton, M. F.** (2008). The prevalence of psychological distress in employees and associated occupational risk factors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), 746-757

**Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M. C. D., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S., Saraceno, B.** (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229-240

**Llorens, S., García-Renedo, M., & Salanova, M.** (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 55-70

**Marco, C.** (2018) *La depresión.* Recuperado de <https://bit.ly/2KIUAxl>

**Maslach, C., & Leiter, M. P.** (2016). Burnout. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 351-357). Academic Press.

**NICE** (2011) *Clinical guideline 127.*

**Olfson, M., Marcus, S.C., Druss B.** (2002) *National trends in the outpatient treatment of depression*. *JAMA*. 287:203-9.

**Pares-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J.** (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS one*, 9(8), e105471

**Sapolsky, R.** (2007). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?: la guía del estrés*. Madrid: Alianza Editorial

**Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D.** (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, 43(2), 476-493

**Strazdins, L., Shipley, M., Clements, M., O'Brien, L. V., & Broom, D. H.** (2010). Job quality and inequality: Parents' jobs and children's emotional and behavioural difficulties. *Social Science & Medicine*, 70(12), 2052-2060

**Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M.** (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.