¿Qué intervenciones son efectivas para reducir el estrés en personal sanitario?

J. H. Ruotsalainen, J. H. Verbeek, A. Mariné y C. Serra
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No.: CD002892
DOI: 10.12961/aprl.2018.21.04.9
www.cochranelibrary.com

RESUMEN

Antecedentes: Los trabajadores sanitarios pueden sufrir estrés laboral como resultado de la falta de habilidades, factores organizacionales y falta de apoyo social en el trabajo. Esto puede ocasionar problemas de ansiedad, agotamiento, problemas psicosomáticos, un deterioro en la calidad de vida y en la prestación del servicio.

Objetivo: Evaluar la efectividad de las intervenciones laborales dirigidas a los trabajadores sanitarios en comparación con ninguna intervención o intervenciones alternativas para prevenir el estrés en el trabajo.

Método de búsqueda: Realizamos búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, NIOSHTIC-2 y Web of Science hasta noviembre de 2013.

Criterios de selección: Ensayos controlados aleatorizados (ECA) de las intervenciones dirigidas a prevenir el estrés psicológico en trabajadores sanitarios. Para intervenciones organizacionales, también fueron elegibles series temporales (interrupted time-series) y estudios controlados antes y después (CBA).

Recogida de datos y análisis: Dos revisores extrajeron y evaluaron de forma independiente los datos y la calidad de los ensayos. Se calcularon las Desviaciones Medias Estandarizadas (DME) cuando los autores de los estudios utilizaron diferentes escalas para medir el estrés o el agotamiento. En los metaanálisis se combinaron estudios similares. Se utilizó el sistema GRADE para calificar la calidad de la evidencia.

Resultados: En esta actualización, se agregaron 39 estudios, con un total de 58 estudios (54 ECA y cuatro estudios CBA), con 7188 participantes. Las intervenciones fueron categorizadas en entrenamiento cognitivo-conductual (CBT) (n = 14), relajación mental y física (n = 21), CBT combinado con relajación (n = 6) e intervenciones organizacionales (n = 20). El seguimiento fue menos de un mes en 24 estudios, de uno a seis en 22 estudios y más de seis meses en 12 estudios. Categorizamos los resultados como estrés, ansiedad o salud general.

Existe evidencia de baja calidad de que la CBT con o sin relajación no fue más efectiva para reducir los síntomas de estrés que la no intervención en el seguimiento de un mes en seis estudios (DME -0,27; Intervalo de confianza [IC] del 95%: -0,66 a 0,13; 332 participantes). Pero de uno a seis meses de seguimiento en siete estudios (DME -0,38; IC del 95%: -0,59 a -0,16; 549 participantes, reducción del riesgo relativo del 13%), y a más de seis meses de seguimiento en dos estudios (DME -1.04; IC 95% -1.37 a -0.70; 157 participantes) CBT con o sin la relajación reduce el estrés más que ninguna intervención.

Las intervenciones de CBT no tuvieron un efecto considerablemente superior que una intervención alternativa, en tres estudios.

La relajación física (por ejemplo, masaje) fue más efectiva para reducir el estrés que ninguna intervención al mes de seguimiento en cuatro estudios (DME -0.48; IC del 95%: -0.89 a -0.08; 97 participantes) y de uno a seis meses de seguimiento en seis estudios (DME -0.47; IC del 95%: -0.70 a -0.24; 316 participantes). Dos estudios no encontraron diferencias en el estrés entre el masaje y tomar descansos adicionales.

La relajación mental (por ejemplo, la meditación) condujo a niveles similares de síntomas de estrés comparado con no intervención a los seis meses de seguimiento en seis estudios (DME -0.50; IC del 95%: -1.15 a 0.15; 205 participantes) pero sí redujo el estrés en un estudio después de más de seis meses de seguimiento. Un estudio mostró que la relajación mental reduce el estrés de manera más efectiva que asistir a un curso de análisis teórico y otro que era más eficaz que simplemente relajarse en una silla.

Las intervenciones organizativas consistieron en cambios en las condiciones de trabajo, organización de apoyo, cambio de atención, aumento de las habilidades de comunicación, y horarios de trabajo variables. La modificación de los horarios de trabajo (de continuo a tener descansos de fin de semana y a partir de un período de cuatro semanas a un programa de dos semanas) redujo el estrés con DME -0,55 (IC del 95%: -0,84 a -0,25; 2 ensayos, 180 participantes). Otras intervenciones organizacionales no fueron más efectivas que ninguna intervención o una intervención alternativa.

Calificamos la calidad de la evidencia para todas las comparaciones, excepto una, como baja. Para CBT esto se debió a la posibilidad de sesgo de publicación, y para las otras comparaciones a

Sección coordinada por:
Consol Serra (consol.serra@upf.edu)
Mª del Mar Seguí (mm.Segui@ua.es)

una falta de precisión y riesgo de sesgo. Solo para la relajación versus ninguna intervención la evidencia fue de calidad moderada.

Conclusiones: Existe evidencia de baja calidad de que el CBT y la relajación mental y física reducen el estrés más que ninguna intervención, pero no más que intervenciones alternativas. Y que modificar los horarios de trabajo pueden conseguir una reducción del estrés. Otros tipos intervenciones organizativas no tienen ningún efecto sobre los niveles de estrés. Se necesitan más ECA con al menos 120 participantes que comparen la intervención con una intervención similar al placebo. Las intervenciones organizativas necesitan un mayor enfoque en la reducción de los factores de estrés.

COMENTARIO

Los trabajadores sanitarios pueden sufrir estrés laboral debido a factores organizativos y del desajuste entre las demandas y habilidades, por falta de apoyo social en el trabajo, o una combinación de estos. En algunos casos puede provocar una ansiedad grave, agotamiento (burnout) o enfermedades psicosomáticas, y en consecuencia el deterioro de la salud y calidad de vida y en la prestación de una atención de calidad a los pacientes[1]. Además, el impacto económico es alto, como se puede deducir de los datos sobre absentismo y rotación[2, 3].

El 'burnout' se ha definido como un estado de la mente persistentemente negativo y relacionado con el trabajo que se caracteriza por agotamiento acompañado de ansiedad, sensación de reducción de la eficacia, disminución de la motivación y comportamientos disfuncionales en el trabajo. Este estado de estrés psicológico se desarrolla gradualmente y puede pasar desapercibido durante tiempo, incluso para la persona afectada.

El estrés y el agotamiento relacionados con el trabajo se pueden abordar desde diversos enfoques: formación en técnicas cognitivo-conductuales, técnicas de relajación mental o física, y/o mejoras en la organización del trabajo.

Las técnicas cognitivo-conductuales proporcionan nuevas formas de sentir, pensar y actuar en situaciones estresantes. La relajación mental y física desvían la atención de los pensamientos y sentimientos estresantes desagradables y desarrollan resiliencia. Y las intervenciones organizacionales pueden evitar que ocurran eventos estresantes mediante el ajuste entre las prácticas laborales y las capacidades de los trabajadores.

La Quinta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (Eurofound 2012) muestra que el sector de la salud es el que presenta una mayor proporción de trabajadores que reportan ocultar las propias emociones y el comportamiento social adverso, con un nivel de "riesgo de salud mental" intermedio comparado con otros sectores.

El objetivo de esta revisión es determinar la efectividad de las intervenciones para reducir el estrés específicamente en trabajadores sanitarios en comparación con no realizar ninguna intervención o realizar intervenciones alternativas. No hay muchas revisiones que se centren específicamente en este colectivo, y ninguna ha incluido toda la evidencia publicada después de 2010.

En las intervenciones dirigidas a personas se seleccionaron solo ECA. En las dirigidas a nivel grupal se seleccionaron también estudios CBA (también conocidos como estudios de cohorte prospectivos o cuasi-experimentales) y series temporales interrumpidas. Se incluyeron los estudios en los que las intervenciones se dirigieron a trabajadores que no habían buscado activamente ayuda por agotamiento, depresión o trastorno de ansiedad. Se han realizado estudios en diversas profesiones, incluidos médicos, aunque en estos son escasos.

Como medidas de resultado principales se consideraron cuestionarios validados para medir el estrés laboral o el agotamiento como el Maslach Burnout Inventory (MBI)[4], la Escala de Estrés de Enfermería[5] y el Cuestionario de contenido de trabajo de Karasek[6], entre otros. Se incluyeron también medidas de resultado secundarios como síntomas psicológicos de ansiedad y depresión, mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo[7], el General Health Questionnaire (GHQ)[8], el Inventario de depresión de Beck[9], y Síntomas físicos y parámetros fisiológicos como niveles de hormonas (prolactina, corticosteroides u otros). Y medidas económicas de las intervenciones, como ratios incrementales de coste-efectividad (ICER), coste incremental QALY (año de vida ajustado por calidad) y proporciones de coste-beneficio.

El seguimiento osciló entre menos de un mes (24 estudios), de uno a seis (22 estudios) y de más de seis meses (12 estudios). De los 58 estudios incluidos, 42 fueron ECA, ocho fueron ensayos aleatorizados por grupos, cuatro fueron estudios cruzados (crossover) y cuatro fueron CBA. La mayoría (n=45) de los estudios utilizaron como grupo control ninguna intervención o lista de espera (intervención tardía). Once estudios compararon una intervención activa con una intervención "pasiva" con el objetivo de controlar el efecto Hewthorne y otros.

El cuestionario MBI o una de sus subescalas fue utilizado como principal medida de resultado en 21 estudios y cuatro usaron su propia definición de burnout. Seis estudios utilizaron la Escala de Estrés Percibido (PSS) y dos la Escala de Estrés de Enfermería. Dos estudios utilizaron el GHQ , otros dos el Perfil de los Estados de Ánimo (POMS) y dos estudios desarrollaron su propia escala de estrés.

Esta revisión detectó que la mayoría de los estudios fueron de baja calidad metodológica, con al menos varios artículos que los autores calificaron de un alto riesgo de sesgo. Los estudios provenían de muchos países de casi todos los continentes, y no se detectaron diferencias entre culturas.

Se encontró evidencia de baja calidad de que el entrenamiento cognitivo-conductual con o sin relajación conduce a disminuciones más bajas en los niveles de estrés (reducción del riesgo relativo 13%; IC del 95%: 5% a 20%) en comparación con ninguna intervención. También hay evidencia de baja calidad de reducciones similares comparando con ninguna intervención con técnicas de relajación, ya sean físicas como masaje, o mental como la atención plena, así como que el cambio de horarios de trabajo

reduce los niveles de estrés. Otros cambios organizacionales en las condiciones de trabajo como apoyo por parte de la organización, organizar de manera diferente los modelos de cuidados, el aumento de las habilidades de comunicación no produce efectos relevantes en los niveles de estrés, pero este hallazgo se basa solo en uno o dos estudios cada uno.

Las conclusiones metodológicas de los autores son que se necesitan ECA de mejor calidad con al menos 60 participantes en cada brazo, y que la gestión del estrés debería ser preferiblemente una categoría clara, y compararse con un control activo similar al placebo, y ambas opciones se deben ofrecer como si fueran iguales para evitar el sesgo del auto informe. Se necesita un mejor marco teórico al diseñar intervenciones organizacionales para que consigan una reducción del estrés individual. Las intervenciones también podrían estar más centradas en factores estresantes específicos tales como horarios de trabajo, etc.

En las intervenciones organizacionales no suele ser factible aleatorizar los participantes del estudio porque las intervenciones generalmente se ejecutan a nivel de grupo o departamento. Los autores plantean la opción del diseño aleatorio por "clusters" en el que los lugares de trabajo o departamentos se asignan al azar como grupos de intervención o de control.

Se necesita una mejor validación de las principales medidas de resultado como el MBI. También ayudaría a interpretar los hallazgos si las tres subescalas del MBI pudieran combinarse en una calificación resumida. O debería formularse claramente qué dimensiones del MBI mejorarían con la intervención.

Los estudios no deben incluir más de un resultado primario de medición del estrés, para evitar hallazgos de falsos positivos basados en múltiples medidas de resultado. La calidad de los informes (generación aleatoria de números, asignación ocultamiento, cegamiento) también debería mejorarse.

En definitiva, aunque ya se dispone de evidencia científica que puede ayudar a orientar las intervenciones que contribuyan a la prevención del estrés y los factores psicosociales en el entorno sanitario, queda todavía recorrido en la investigación sobre su efectividad, que es clave para proporcionar una atención de calidad en salud laboral.

Pilar Peña[a]
ppena@tauli.cat

a. Servicio de Prevención de riesgos laborales. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

REFERENCIAS

1. Weinberg A., Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. Lancet. 2000;355:533-537.
2. Jacobson B.H., Aldana S.G., Goetzel R.Z., Vardell K.D., Adams T.B., Piedras R.J. The relationship between perceived stress and self-reported illness-related absenteeism. Am J Health Promot. 1996;11:54-61.
3. Raiger J. Applying a cultural lens to the concept of burnout. J Transcult Nurs. 2005;16:71-6.
4. Maslach C. Burnout: the Cost of Caring. New York, NY: Prentice-Hall; 1982.
5. Gray-Toft P., Anderson J.G. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. J Psychopathol Behav Assess. 1981;3:11-23.
6. Karasek R., Brisson C., Kawakami N., Houtman I., Bongers P., Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. J Occup Health Psychol. 1998;3:322-355.
7. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto, CA: Mind Garden; 1970.
8. Goldberg D., Williams P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. London: NFER-Nelson; 1991.
9. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry.1961;4:561-571.