

MEDICINA *y* SEGURIDAD *del trabajo*

SUPLEMENTO 1



Instituto
de Salud
Carlos III

Ministerio de Ciencia e Innovación

Escuela Nacional de
Medicina del Trabajo

MEDICINA *y* SEGURIDAD *del trabajo*

SUPLEMENTO 1



Instituto
de Salud
Carlos III

Ministerio de Ciencia e Innovación

Escuela Nacional de
Medicina del Trabajo

MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

NÚMERO SUPLEMENTO 1

Tomo 57 · 2011
Med Seg Trab Internet 2011; 57. Suplemento 1: 1-262
Fundada en 1952
ISSN: 1989 - 7790
NIPO: 477 - 11 - 019 - 3

Ministerio de Ciencia e Innovación
Instituto de Salud Carlos III
Escuela Nacional de Medicina del trabajo
<http://scielo.isciii.es>
<http://infosaludlaboral.isciii.es>

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

Directora: Ascensión Bernal Zamora
Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Director Adjunto: Jerónimo Maqueda Blasco
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

COMITÉ EDITORIAL

Redactor Jefe: Jorge Veiga de Cabo
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Redactor Adjunto: Marcelo José D'Agostino
Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington DC. USA.

MIEMBROS

Guadalupe Aguilar Madrid
Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo. México.

Juan Castañón Álvarez
Jefe Estudios Unidad Docente. Comunidad Autónoma Asturias. Asturias. España.

Valentina Forastieri
Programa Internacional de Seguridad, Salud y Medio Ambiente (Trabajo Seguro)
Organización Internacional del Trabajo (OIT/LO). Ginebra. Suiza.

Clara Guillén Subirán
Ibermutuamur. Madrid. España.

Rosa Horna Arroyo
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Juan Antonio Martínez Herrera
Unidad Equipo Valoración Incapacidades. Madrid. España.

Héctor Alberto Nieto
Cátedra de Salud y Seguridad en el Trabajo
Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Argentina.

António Neves Pires de Sousa Uva
Escola de Saude Pública. Universidad Nova de Lisboa. Lisboa. Portugal.

Mª Luisa Rodríguez de la Pinta
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

José María Roel Valdés
Sector Enfermedades Profesionales. Centro Territorial INVASSAT. Alicante. España.

Secretaría: Rosa María Lanciego Martín
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

COMITÉ CIENTÍFICO

Enrique Alday Figueroa
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Madrid. España.

Fernando Álvarez Blázquez
Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

Francisco Jesús Álvarez Hidalgo
Unidad Salud, Seguridad e Higiene del Trabajo. Comisión Europea. Luxemburgo.

Carmen Arceiz Campos
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital de La Rioja. Logroño. España.

César Borobia Fernández
Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

Ricardo Burg Ceccim
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil.

María Dolores Carreño Martín
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Fernando Carreras Vaquer
Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. España.

Amparo Casal Lareo
Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi. Florencia. Italia.

Covadonga Caso Pita
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Rafael Castell Salvá
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Palma de Mallorca. España.

María Castellano Royo
Facultad de Medicina. Granada. España.

Luis Conde-Salazar Gómez
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Rosa Ana Cortés Barragán

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Francisco Cruzet Fernández

Ex-Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Juan Dancausa Roa

MEDYCSA. Madrid. España.

Juan José Díaz Franco

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

Elena de la Fuente Díez

Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

Francisco de la Gala Sánchez

Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo. Madrid. España.

María Fe Gamo González

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

María Ángeles García Arenas

Servicio de Prevención y Salud Labora. Tribunal de Cuentas. Madrid. España.

Fernando García Benavides

Universidad Pompeu-Fabra. Barcelona. España.

Manuela García Cebrián

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital de la Princesa. Madrid. España.

Vega García López

Instituto Navarro de Salud Laboral. Pamplona. España.

Juan José Granados Arroyo

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.

Felipe Heras Mendaza

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

Rafael Hinojal Fonseca

Universidad de Oviedo. España.

Juan Felipe Hunt Ortiz

Oficina de la Organización Internacional del Trabajo en España. Madrid. España.

Emilio Jardón Dato

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

Adolfo Jiménez Fernández

Organización Iberoamericana de la Seguridad Social. Madrid. España.

Cuahtémoc Arturo Juárez Pérez

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo. México.

Francisco Marqués Marqués

Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Gabriel Martí Amengual

Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Begoña Martínez Jarreta

Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Isabel Maya Rubio

Mutua Universal. Barcelona. España.

Luis Mazón Cuadrado

Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.

Guillermo Muñoz Blázquez

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). España.

Clotilde Nogareda Cruixat

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Barcelona. España.

Pilar Nova Melle

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid. España.

María Concepción Núñez López

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital La Paz. Madrid. España.

Elena Ordaz Castillo

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Carmen Otero Dorrego

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital General de Móstoles. Móstoles (Madrid). España.

Cruz Otero Gómez

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.

Francisco Pérez Bouzo

Prevención & Salud. Santander. España.

Fernando Rescalvo Santiago

Jefe de Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Félix Robledo Muga

Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Carlos Anibal Rodríguez

Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Buenos Aires. Argentina.

Josefa Ruiz Figueroa

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Pere Sant Gallén

Escuela de Medicina del Trabajo de la Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Javier Sanz Valero

Dirección General de Salud Pública. Gandía (Valencia). España.

Dolores Solé Gómez

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Barcelona. España.

José Ramón Soriano Corral

Mutua Universal. Madrid. España.

Julio Vadillo Ruiz

Grupo MGO. Madrid. España.

Rudolf Van Der Haer
MC Mutual. Barcelona. España.

Javier Yuste Grijalva
Ex-Jefe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Marta Zimmermann Verdejo
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo. Madrid. España.

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del ISCIII
Pabellón, 8 – Facultad de Medicina – Ciudad Universitaria – 28040 Madrid. España.

Indexada en

OSH – ROM (CISDOC) Organización Internacional del Trabajo (OIT)
IBECS, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud
IME, Índice Médico Español
SciELO (Scientific Electronic Library Online)
Dialnet
Latindex
Portal de Revistas Científicas. BIREME.OPS/OMS

Periodicidad

Trimestral, 4 números al año.

Edita

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Ciencia e Innovación



NIPO: 477-11-019-3

Diseño y maquetación: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado

<http://www.scielo.org>

<http://scielo.isciii.es>

<http://infosaludlaboral.isciii.es>

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo nace en 1952, editada por el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Actualmente y desde 1996, es editada por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III. A partir de 2009 se edita exclusivamente en formato electrónico (Scientific Electronic Library-SciELO <http://www.scielo.org> y <http://scielo.isciii.es>, Directory Open Access Journals-DOAJ - <http://www.doaj.org/> y Portal de Salud y Seguridad del Trabajo <http://infosaludlaboral.isciii.es>)

Publica trabajos Originales, Actualizaciones y/o Revisiones, Casos Clínicos, Perspectivas, Editoriales, Cartas al Director, Artículos de Recensión y Artículos Especiales, redactados en español o inglés y referidos a todos los aspectos científicos o de especial relevancia socio-sanitaria, relacionados con la medicina del trabajo y la salud laboral.

1.- TIPOS DE MANUSCRITOS

1.1.- Artículos Originales

Se consideran artículos originales aquellos trabajos de investigación cuantitativa o cualitativa relacionados con cualquier aspecto del campo sanitario relacionado con las áreas de estudio de la revista.

1.2.- Actualizaciones y revisiones

Trabajos de revisión de determinados temas que se consideres de relevancia en la práctica médica, preferentemente con carácter de revisiones sistemáticas.

1.3.- Casos clínicos

Descripción de uno o más casos por su especial interés debido a su especial aportación al conocimiento científico o por su extrañeza, entre otros motivos.

1.4.- Perspectivas

Artículos que, a juicio o invitación expresa del Comité Editorial, desarrollen aspectos novedosos, tendencias o criterios, de forma que puedan constituir un enlace entre los resultados de investigación, los profesionales sanitarios y la sociedad científica.

1.5.- Editoriales

Artículos escritos a solicitud del Comité Editorial sobre temas de interés o actualidad.

1.6.- Cartas al Director

Observaciones o comentarios científicos o de opinión sobre trabajos publicados en la revista recientemente o que constituyan motivo de relevante actualidad.

1.7.- Artículos de recensión

Comentarios sobre libros de interés o reciente publicación. Generalmente a solicitud del Comité Editorial, aunque también podrán ser considerados los enviados espontáneamente.

1.8.- Artículos especiales

El Comité Editorial podrá encargar para esta sección, trabajos de investigación u opinión que considere de especial relevancia. Aquellos autores que deseen colaborar en esta sección deberán solicitarlo previamente al Comité Editorial, enviando un breve resumen y consideraciones personales sobre el contenido e importancia del tema.

2.- REMISIÓN DE MANUSCRITOS

2.1- Criterios generales y política editorial

El envío de un manuscrito a la revista implica que es original y no ha sido publicado en formato impreso o electrónico, ni se encuentra en trámite de evaluación para ser publicado en cualquier medio de difusión. En caso de que el manuscrito o parte de su contenido hubiese sido publicado previamente en algún medio de difusión, en formato papel o electrónico, deberá ser puesto en conocimiento del Comité de Redacción de la revista, proporcionando copia de lo publicado.

Es responsabilidad de los autores la obtención de todos los permisos necesarios para reproducción de cualquier material protegido por derechos de autor o de reproducción, en cuyo caso, los autores deberán referirlo en la carta de presentación y acompañarán al manuscrito carta original que otorgue el permiso, en la que se especifique con exactitud el cuadro, figura o texto al que hace referencia.

En los trabajos que hayan sido financiados parcial o totalmente por alguna institución pública o privada, el autor principal o autores deberán hacerlo constar en su carta de presentación, especialmente en aquellos casos en los que sea condición necesaria que se haga mención explícita a esta circunstancia en su publicación como artículo.

Cuando se presenten para publicación estudios realizados con seres humanos, deberá hacerse constar de forma explícita que se han cumplido las normas éticas del Comité de Investigación o de Ensayos Clínicos correspondiente a la declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/s/index.html>).

La Revista de Medicina y Seguridad del Trabajo se reserva todos los derechos legales de reproducción del contenido, lo que es aceptado implícitamente por los autores en el momento de envío de los manuscritos para su publicación en la revista. En el caso de artículos aceptados para publicación, no se devolverán los soportes físicos en los que fueron enviados. Los trabajos no aceptados serán devueltos a la dirección del representante del artículo.

Por cada trabajo publicado, la revista Medicina y Seguridad del Trabajo, enviará gratuitamente al primer autor y cada uno de los firmantes, tres ejemplares hasta un máximo de diez autores.

El Comité de Redacción de la revista no se hace responsable de los resultados, afirmaciones, opiniones y puntos de vista sostenidos por los autores en sus diferentes formas y modalidades de intervención en la revista.

La remisión de manuscritos a la revista supone la aceptación de todas las condiciones referidas.

2.2.- Formas de envío

Los autores podrán enviar sus manuscritos acompañados de una carta de presentación, dirigiéndose al Comité de Redacción de la Revista, en cualquiera de las modalidades, por correo postal a la dirección: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Pabellón 8, Ciudad Universitaria, 28040 Madrid (Spain) o mediante envío electrónico a revistaenmt@isciii.es.

En caso de remitirlo por correo postal, deberá enviarse una copia en papel, especificando el tipo de trabajo que se envía, acompañada de una copia en formato electrónico y carta firmada por todos los autores del trabajo, en la que expresen su deseo de publicación del trabajo en la revista.

En caso de optar por remitir los manuscritos a través de correo electrónico, se incluirá copia del manuscrito completo en formato electrónico, firma electrónica de todos los autores manifestando su deseo de que sea publicado en la revista. Cuando esta opción no sea posible, cada autor firmante enviará un correo electrónico declarando su deseo de publicación del trabajo en la revista.

2.3.- Carta de presentación

La carta de presentación deberá indicar el tipo de artículo que se remite, acompañado de una breve descripción del mismo y, en opinión de los autores, la relevancia que presenta, así como el nombre completo, dirección postal y electrónica, teléfono e institución del autor principal o responsable de la correspondencia.

En ningún caso serán aceptadas para publicación publicaciones redundantes y deberán hacer constar que se trata de un trabajo original, que no se encuentra publicado o en proceso de revisión en ninguna otra revista.

En el caso de que el trabajo hay sido total o parcialmente o publicado previamente, harán constar esta circunstancia y deberá acompañarse copia de lo publicado.

Además, y siempre que la ocasión lo requiera, en la carta de presentación deberán constar todos aquellos aspectos de especial importancia sobre normas de publicación, prestando especial atención a los aspectos de autoría, publicación previa, permisos de autorización de materiales con derechos de autor, financiación y normas éticas, especificados en el punto 2.1.

El artículo se encontrará estructurado en las siguientes secciones: página del título, resumen y palabras clave, abstract en inglés, texto, bibliografía, tablas, notas de tablas, figuras, pies de figuras, anexos, agradecimientos y menciones especiales (en caso de que proceda).

2.4.- Página del Título

En la página del título se relacionarán siguiendo el orden establecido, los siguientes datos:

— Título del artículo deberá enviarse el título en Español y en Inglés, deberá procurarse no exceder, en lo posible, en más de 10 palabras, y en ningún caso superior a 15. Debe describir el contenido del artículo de forma clara y concisa, evitándose acrónimos y abreviaturas que no sean de uso común.

— Carta de presentación con la aceptación y firma de todos los autores. Debido a que la edición de la revista es electrónica, sería deseable recibir la firma electrónica de todos los autores del artículo.

— Nombre y apellidos completos de todos los autores, incluyendo al autor principal o responsable de la correspondencia, quien además enviará los datos completos para referirlos en el apartado del artículo destinado a correspondencia. El nombre de los autores deberá atender al formato con el que cada uno de ellos prefiera que figuren para recuperación en bases de datos bibliográficas nacionales e internacionales. Los nombres de los autores deberán encontrarse separados entre sí por comas y hasta un máximo de seis. Cuando el número de autores superen el especificado, el resto de autores, a partir del sexto, se acompañarán en anexo al final del texto. La autoría deberá ajustarse a las normas de Vancouver.

— Cada autor deberá acompañar de un número arábico, en superíndice, que lo relacionará con la institución o instituciones a la o las que pertenece.

— En caso de que en la publicación deba figurar referencia explícita a alguna institución financiadora, deberá hacerse constar en esta página.

2.5.- Resumen

Cada artículo de investigación original y revisiones, deberán contar con un resumen en español y un abstract en inglés, estructurado en los apartados de introducción, objetivos, material y método, resultados y discusión (o conclusiones en su caso). No contendrá citas bibliográficas y deberá ser lo suficientemente explicativo del contenido del artículo. No deberá contener informaciones o conclusiones que no se encuentren referidas en el texto, ni se remitirá al mismo. Es conveniente tener en cuenta que el resumen es la única parte del artículo que se incluye en las bases de datos bibliográfica y lo que permite a los lectores decidir sobre su interés. Deberá tener una extensión máxima de 150-200 palabras y en la misma página.

2.6.- Palabras clave

De forma separada al resumen, se incluirán de tres a cinco palabras clave en español y keywords en inglés.

Para definir las palabras clave se recomienda utilizar descriptores utilizados en tesauros internacionales,

Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)

(<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>),

Medical Subject Headings (MeSH)

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh>),

o tesauro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT-ILO)

(<http://www.ilo.org/thesaurus/defaultes.asp>).

Con el fin de poder incluir los artículos en las bases de datos bibliográficas que así lo requieran, los autores que remitan sus artículos redactados en español, deberán enviar el resumen y las palabras clave traducidas al inglés, y viceversa, en el caso de manuscritos remitidos en inglés, los autores deberán incluir un resumen en español (castellano), en ambos casos, encabezando siempre nueva página.

2.7.- Texto

Los manuscritos deberán encontrarse redactados en español (castellano) o en inglés y en formato Microsoft Word o compatible.

En el caso de artículos originales deberán encontrarse estructurados atendiendo a las siguientes secciones: introducción, material y métodos, resultados y discusión, cada una de ellas, convenientemente encabezadas. En el apartado de material y métodos se especificará el diseño, la población de estudio, los métodos estadísticos empleados, los procedimientos y normas éticas seguidas en caso de que sean necesarias y los procedimientos de control de sesgos, entre otros aspectos que se consideren necesarios.

Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica pueden requerir un ajuste diferente en función de su contenido.

Deberán citarse aquellas referencias bibliográficas estrictamente necesarias, teniendo en cuenta criterios de relevancia o pertinencia.

2.8.- Tablas y figuras

El contenido será explicativo y complementario, sin que los datos puedan suponer redundancia con los referidos en el texto. Las leyendas, notas de tablas y pies de figuras, deberán ser lo suficientemente explicativas como para poder ser interpretadas sin necesidad de recurrir al texto. Llevarán un título en la parte superior y si se considera necesario, una breve explicación a pie de tabla o figura.

Deberán ser remitidas al final del texto, incluyéndose cada tabla o figura en página independiente, o en fichero aparte, preferiblemente en ficheros Power Point, JPEG, GIFF o TIFF.

Las tablas y las figuras serán clasificadas de forma independiente, las tablas mediante números romanos consecutivamente y las figuras mediante números arábigos en orden de aparición en el texto. Se recomienda no sobrepasar el número de ocho tablas y ocho figuras en los artículos originales. Las figuras no repetirán datos ya incluidos en el texto del artículo ni en las tablas.

En caso de incluir fotografías de pacientes, estarán realizadas de forma que no sean identificables.

2.9.- Normas de accesibilidad

Se recomienda que los autores tengan en cuenta los requisitos de accesibilidad de las plataformas informáticas de soporte lógico (UNE 139802 EX) <http://www.cettico.fi.upm.es/aenor/presenta.htm>

Los lectores de pantalla empleados por los usuarios ciegos no son capaces de leer textos escritos usando primitivas gráficas. Por lo tanto, los textos que se escriban en pantalla deben utilizar los servicios de escritura de texto facilitados por el entorno operativo.

Del mismo modo, cualquier foto, vídeo, dibujo o gráfico queda fuera del alcance de los lectores de pantalla. Por ello, cuando se utilicen gráficos en la pantalla deberán ir acompañados por textos explicativos que permitan a las personas invidentes obtener información acerca del contenido de la imagen.

2.10.- Abreviaturas

En caso de utilizarse abreviaturas, el nombre completo al que sustituye la abreviación, deberá preceder a su utilización y siempre la primera vez que se utilicen en el texto, excepto en el caso de que se corresponda con alguna unidad de medida estándar.

Cuando se utilicen unidades de medida, se utilizarán, preferentemente las abreviaturas correspondientes a las Unidades del Sistema Internacional.

Siempre que sea posible, se incluirá un listado de abreviaturas presentes en el cuerpo del trabajo.

2.11.- Referencias bibliográficas

Las citas bibliográficas se enumerarán consecuentemente de acuerdo con su orden de aparición en el texto. Deberán identificarse tanto en el texto como en las tablas, utilizando números arábigos entre paréntesis.

Las referencias a textos que no hayan sido publicados ni que se encuentren pendientes de publicación (comunicaciones personales, manuscritos o cualquier otro dato o texto no publicado), podrá incluirse entre paréntesis dentro del texto del artículo, pero no se incluirá en las referencias bibliográficas.

El estilo y la puntuación se basará en el utilizado por la National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos, sistema muy similar al utilizado en las normas de Vancouver, pero que incluye alguna modificación menor respecto al anterior. Se ha optado por la utilización del sistema de la NLM porque permite mayor homogeneidad con los sistemas de referencias utilizados en Medline e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS), así como en sistemas de acceso a texto completo (open access) como PubMed y Scientific Electronic Library Online (SciELO) <http://scielo.isciii.es>, accesibles desde <http://bvs.isciii.es>. Se encuentra disponible en el manual Citing Medicine: The NLM Style Guide for Authors, Editors and Publishers (2007) que contiene todas las instrucciones sobre el formato de las referencias bibliográficas <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowTOC&rid=citmed.TOC&depth=2>

Ejemplos:

A) Artículo en revista médica:

Autor o autores (separados por comas). Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen (número): página inicial-página final del artículo.

Ejemplo:

Álvarez Gómez S, Carrión Román G, Ramos Martín A, Sardina M^ºV, García González A. Actualización y criterios de valoración funcional en el transporte cardíaco. Med Segur Trab 20006; 52 (203): 15-25.

Cuando el número de autores sea superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina "et al".

B) Libros:

Autor o autores (separados por comas). Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Ejemplo:

Gil-Lozaga P, Puyol R. Fisiología de la audición. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill; 1996.

C) Material electrónico:

MEDRANO ALBERO, M^a José, BOIX MARTINEZ, Raquel, CERRATO CRESPIAN, Elena et al. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. Rev. Esp. Salud Publica. [online]. ene.-feb. 2006, vol.80, no.1 [citado 05 Febrero 2007], p.05-15. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.

2.12.- Anexos

Se corresponderá con todo aquel material suplementario que se considere necesario adjuntar para mejorar la comprensión del trabajo (encuestas, resultados analíticos, tablas de valores, etc.).

2.13.- Agradecimientos, colaboraciones y menciones especiales

En esta sección se hará mención a personas, organismos, instituciones o empresas que hayan contribuido con su apoyo o ayuda, materiales o económicas, de forma significativa en la realización del artículo, y en su caso, el número de proyecto si le fue asignado.

Toda mención a personas físicas o jurídicas incluidas en este apartado deberán conocer y consentir dicha mención, correspondiendo a los autores la gestión de este trámite.

2.14.- Autorizaciones

Siempre que parte del material aportado por los autores, se encuentre sujeto a derechos de autor (copyright) o que se necesite autorización previa para su publicación, los autores deberán aportar al manuscrito, y haciéndolo constar en la carta de presentación, originales de las autorizaciones correspondientes. Siendo responsabilidad de los mismos el estricto cumplimiento de este requisito.

2.15.- Proceso de revisión

Los artículos serán sometidos a un proceso de revisión por pares (peer-review) así como de corrección de errores.

Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión

Occupational health and mental health: state of the art

Carlos Mur de Viu¹, Jerónimo Maqueda Blasco²

1. Hospital José Germain. Leganés (Madrid) España.

2. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Correspondencia:

Carlos Mur de Viu
Hospital José Germain
La Luna, 1
28991 Leganés (Madrid). España
Tfno: 915866767
E-mail: carlos.mur@salud.madrid.org

Resumen

Es clave la importancia de las condiciones de trabajo en el desarrollo saludable de la persona, o como factor de riesgo psicopatológico que al aumentar el estrés hasta un rango patológico puede contribuir a que desarrolle diferentes trastornos mentales y adictivos. La enfermedad relacionada con el trabajo resulta de dos factores: Un factor individual de predisposición constitucional, y un factor profesional que ejerce una influencia favorecedora en relación con las condiciones de trabajo. Existen varios mecanismos etiopatogénicos posibles entre el hecho de padecer un trastorno mental y la actividad laboral: La exposición a estrés laboral relacionado con la falta de oportunidad para utilizar las propias capacidades da lugar a fatiga y a varios trastornos mentales, como los adaptativos, así como varias enfermedades cardio y cerebro vasculares. Por otra parte, la exposición a los riesgos psicosociales del trabajo pueden contribuir al desencadenamiento de un trastorno mental para el que el trabajador es vulnerable y el riesgo psicosocial del trabajo interviene como factor desencadenante o agravante.

Palabras clave: *estrés, enfermedades psicosomáticas, trabajo, trastorno mental.*

Abstract

It is a true key the importance of the work conditions in the healthy development of a person, or as a psychopathological risk factor which might contribute to the arise of addictive and mental disorders. The illness related to the work is a result of two factors: an individual factor of constitutional predisposition and a professional factor which means a favouring influence linked to the work conditions. There are different etiological mechanisms between the fact of suffering a mental disorder and the working activity: the exposition to work stress related to the lack of opportunity to use each one's capacity leads to fatigue and mental or cardiovascular diseases. On the other hand, being exposed to the psychosocial risks at work may lead to the irruption of a mental disorder to which the worker is vulnerable.

Key Words: *stress, psychosomatic illnesses, work, mental disorder.*

El trabajo tiene un papel central en la vida de la mayor parte de las personas adultas, y es también una construcción social y un pilar fundamental de la sociedad humana. Una actividad laboral satisfactoria contribuye a dar sentido a la propia existencia, mejorar la salud y la autoestima, las relaciones sociales y el estatus socioeconómico. Por el contrario, unas condiciones negativas de trabajo o la ausencia del mismo, con escasa satisfacción, falta de influencia y de control en la toma de decisiones sobre las condiciones y el contenido de la tarea realizada pueden asociarse con efectos indeseables para la salud de las personas, según varios factores: el tipo de empresa, la estructura y el modelo de la organización, el estilo de dirección, los roles y el estatus del empleado, etc. Estos factores median en elevado estrés, baja satisfacción laboral y mala calidad de vida, reconocidos factores de riesgo para la salud mediadores en varios trastornos mentales y enfermedades cardiovasculares.

En los últimos años se ha evidenciado la importancia de las condiciones de trabajo en el desarrollo saludable del adolescente y del adulto al aumentar su eficacia, o como factor de riesgo psicopatológico que al aumentar el estrés hasta un rango patológico puede contribuir a que desarrolle diferentes trastornos mentales y adictivos. Ambas posibilidades dependen de las características de las condiciones de trabajo, como del número de horas de trabajo a la semana, de la calidad de la supervisión, y de que facilite o interfiera en la realización de otras tareas como en el aprendizaje de nuevos conocimientos y la adquisición de habilidades. Un trabajo rutinario y agotador con una supervisión inadecuada, que media en un elevado nivel de estrés, puede contribuir a desarrollar varios tipos de enfermedades.

Hay tres efectos básicos que enlazan las interacciones complejas que tienen lugar entre empleo y salud mental de modo circular, tanto en sentido positivo como negativo. Estos son los efectos del empleo/desempleo sobre la salud mental, los de la enfermedad mental sobre el empleo, y los de otros factores que modifican ambas variables tales como el estatus marital, la existencia de hijos en el hogar y la clase social, que deben ser controlados simultáneamente. En general el hecho de tener un empleo protege la salud mental de hombres y mujeres, salvo por sobrecarga de trabajo y conflicto de roles empleo/familia. Incluso los pacientes con esquizofrenia que pueden mantener el empleo muestran menor nivel de ansiedad y mayor nivel de iniciativa y de actividad. El trabajo puede intervenir como causa o agravante a través de tres factores fundamentales: condiciones del medio ambiente material, medio ambiente psicológico y medio ambiente socioeconómico.

La enfermedad relacionada con el trabajo resulta de dos factores: Un factor individual de predisposición constitucional, y un factor profesional que ejerce una influencia favorecedora en relación con las condiciones de trabajo.

El trabajo puede desencadenar y/o agravar una enfermedad compleja y de etiología multifactorial para la que el paciente está predispuesto, como la hipertensión arterial esencial y varios trastornos mentales como la depresión y las adicciones. Las enfermedades en el ámbito laboral pueden desencadenarse por diferentes condiciones de trabajo como son: características generales de locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles en el centro de trabajo; la naturaleza de agentes físicos, químicos y biológicos en el ambiente de trabajo y sus intensidades, concentraciones o niveles de presencia; los procedimientos utilizados en la realización de las tareas; la dedicación horaria y otras características del trabajo, como la

niveles de presencia; los procedimientos utilizados en la realización de las tareas; la dedicación horaria; y otras características del trabajo, como la organización y ordenación, que influyen en la magnitud de los riesgos a que está expuesto el trabajador, cuando no se aplican correctamente los principios de la Ergonomía.

Existen varias trayectorias o mecanismos etiopatogénicos posibles entre el hecho de padecer un trastorno mental y la actividad laboral según la evidencia científica actualmente disponible:

1.º La exposición a factores psicosociales de riesgo del trabajo, como el estrés laboral relacionado con la falta de control y de oportunidad para utilizar las propias capacidades, que se comportan de manera acumulativa negativa, disminuyen el rendimiento en la realización de la tarea y dar lugar a un estado de fatiga y a varios trastornos mentales, como los adaptativos, así como varias enfermedades psicosomáticas relacionadas con el estrés como las cardio y cerebrovasculares, dolor lumbar y bajas laborales, con independencia de las características psicológicas de las personas estudiadas. La privación material en sí misma produce conductas de riesgo para la salud de tipo nutricional, sedentarismo y conductas adictivas. El estrés del trabajo se ha convertido en una de las principales causas de incapacidad laboral en los países desarrollados, al mediar en “nuevas y sutiles amenazas para la salud mental” y como factor de riesgo de enfermedades como las cardiovasculares, los trastornos mentales y los accidentes de trabajo. Se ha constatado que el estrés en el trabajo tiene un importante papel mediador en las grandes diferencias en salud, enfermedad y muerte prematura, relacionadas con el estatus sociolaboral.

2.º La exposición a los riesgos psico-sociales del trabajo pueden contribuir de forma inespecífica al desencadenamiento de un trastorno mental para el que el trabajador es vulnerable y el riesgo psico-social del trabajo interviene como factor desencadenante o agravante, como en el caso de los trastornos depresivos y de ansiedad, sobre todo en los primeros episodios. Se atribuye a las situaciones estresantes el 10-15% de la varianza sobre la sintomatología depresivo-ansiosa que padece el paciente. Se trata de trastornos de etiología multifactorial, de forma que cada factor explica una proporción relativamente pequeña de la varianza, lo que obliga a tener en cuenta diferentes factores de vulnerabilidad o modificadores, genéticos, evolutivos, psicológicos y sociales.

3.º De forma específica la exposición a situaciones laborales estresantes traumáticas, como accidentes laborales graves y acoso en el trabajo pueden causar patologías relacionadas con el estresor traumático, factor necesario pero no suficiente, que produce trastornos como el trastorno de estrés postraumático, ya reconocido como enfermedad profesional cuando se produce tras la exposición a experiencias traumáticas en el trabajo.

Las Condiciones de Trabajo, como determinantes del estado de salud de la persona, son por lo tanto indisociables de otros determinantes tanto intrínsecos como extrínsecos y éstas, a su vez, son dependientes del momento de desarrollo económico y modelo productivo.

Los procesos de innovación tecnológica, la evolución de los mercados de trabajo y la emergencia de nuevas actividades han transformado la relación Trabajo/ Salud, han generado una nueva epidemiología de la enfermedad en el trabajo. En esta nueva epidemiología el “factor externo” evidenciable en forma de una máquina, una sustancia cancerígena, sensibilizador o irritante ha perdido su hegemonía en el complejo causal de la enfermedad. Complejo que se ha desplazado hacia componentes de “sobre carga” de funciones tanto biológicas como mentales y sociales.

En la actual Sociedad del Trabajo los elementos desestabilizadores de la salud se ubican, principalmente, en la esfera de la “adaptación” y la “relación”. El profesional de la prevención debe adquirir nuevas habilidades en la identificación, manejo e intervención sobre una “enfermedad” para la que habitualmente no está suficientemente entrenado, buscando alianzas con el ámbito de la salud mental.

Por tanto, podemos concluir que la interrelación entre la salud laboral y la salud mental es cada vez más definida y estudiada. El propósito de este monográfico no es otro que el de ampliar la información y reflexión sobre este tema de gran actualidad de mano de grandes expertos de distintas disciplinas. El abordaje multidisciplinar desde distintos puntos de vista (médicos del trabajo, médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales...) nos aporta una visión sinérgica y completa de un campo tan apasionante y de actualidad como los trastornos mentales en el ámbito laboral.

Especial

Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales

Factors and occupational psychosocial risks: concept, history and current changes

Bernardo Moreno Jiménez

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. España.

Correspondencia:

Bernardo Moreno Jiménez.
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Madrid
C/ Ivan Pavlov, 6
28049 Madrid. España.
Tfno.: +34 914975185
E-mail: bernardo.moreno@uam.es

Resumen

El trabajo ha sido históricamente un riesgo para la salud. Las condiciones laborales han supuesto habitualmente una amenaza a la salud que han ocasionado accidentes y enfermedades relacionadas con la salud de todo tipo. La imagen popular asociada al trabajo ha sido claramente negativa. Los tiempos han cambiado de forma muy importante, pero las condiciones laborales siguen siendo preocupantes. La preocupación por los riesgos laborales se ha centrado históricamente en los riesgos físicos y ambientales, pero se ha producido una atención creciente en los riesgos psicosociales que exigen un mayor esfuerzo de definición en sus diferentes formas. En los tiempos actuales, debido a la expansión del mercado de servicios y a la globalización los riesgos psicosociales se han incrementado e intensificado. Los datos actuales muestran que sus efectos sobre la salud son amplios e importantes. Por ello, una atención integral a la salud laboral necesita cuidar de forma especial atención a los factores y riesgos psicosociales.

Palabras Clave: riesgos laborales, salud laboral, riesgos psicosociales, mercado de servicios, globalización.

Abstract

Work has been historically a health risk. Working conditions have usually been a threat to health causing accidents and many kind of health-related diseases. The popular image associated with work has clearly been negative. Times have changed very significantly, but working conditions remain a concern. Concern about occupational risks has historically focused on environmental and physical risks, but there has been increasing attention on psychosocial risks which require a greater effort to be defined. In modern times, due to services market expansion and globalization, psychosocial risks have increased and intensified. Current data show that psychosocial risks cause important health effects. Therefore, it is important make special attention to psychosocial factors and risks.

Key words: Occupational risks, Occupational Health, psychosocial risks, services market, globalization.

EL TRABAJO COMO RIESGO

El Trabajo humano tiene elementos paradójicos: puede llevar a las personas a la excelencia o puede hacerles un daño inmenso a su salud, tanto física como psicológica y mentalmente; es algo que siempre se ha sabido. La historia está henchida de hechos y modelos que apoyan un aspecto y su opuesto¹.

El trabajo físico, la mano de obra obligada, no ha sido bien vista a lo largo de la historia. Carente de cualquier protección, el trabajo era una forma de subsistencia que comprometía la salud de quienes no tenían más remedio que asumirlo. En el esclavismo, en el viejo sistema de producción oriental, el concepto de condiciones de trabajo y riesgo carecía de sentido. Carecía de valor el mismo trabajo físico que era considerado servil y sin valor², y la posible mala salud derivada era un problema individual de quienes trabajaban. El trabajador, quien tenía que vivir de su trabajo, era alguien desdeñable, su salud también³.

El panorama laboral ha cambiado drásticamente⁴. La aparición de los primeros estados, del sindicalismo, del reconocimiento de los derechos humanos y de las formas modernas de producción empresarial ha disminuido la dureza, frecuentemente inhumana, de las condiciones de trabajo. Las condiciones laborales han mejorado sustantivamente en los aspectos físicos del trabajo tales como horas de trabajo, sobreesfuerzos físicos, condiciones de temperatura, de ruido, ambientales y de higiene⁵. El efecto de tales modificaciones ha sido una disminución de la morbilidad y de la siniestralidad en el trabajo. El número de enfermedades laborales y de accidentes se ha controlado parcialmente y ha disminuido su incidencia. Pero probablemente, la mayor modificación se ha producido en el cambio del concepto de salud laboral que ha dejado de ser un problema individual para convertirse en un problema social y empresarial, y, principalmente, en un derecho del trabajador ([Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995](#)).

Históricamente, la atención sobre la amenaza a la salud proveniente del trabajo se ha centrado en los riesgos físicos, químicos y ambientales. Los daños directos más inmediatos a la salud suelen provenir de tales factores, causantes en su mayor parte de los accidentes y las enfermedades laborales o relacionadas con el trabajo. Es por ello que la legislación europea, la mundial en general, se ha ocupado principalmente de tales factores mediante la legislación adecuada que trata de prevenir y controlar tales riesgos. No en vano la primera legislación estuvo centrada en los accidentes⁶.

Los logros son parciales. En primer lugar, se han producido principalmente en el occidente laboral, en los países desarrollados como lo son los países integrantes de la OCDE que aún a los países más ricos y prósperos de la Tierra. En muchos otros países, las condiciones laborales son ampliamente deficitarias y reproducen formas similares a las condiciones laborales insalubres superadas en el Occidente laboral. En segundo lugar, en los mismos países de la OCDE, siguen perviviendo condiciones laborales inadecuadas. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha desarrollado el concepto de "decent work" (trabajo decente) para referirse al contexto laboral básico del que debe partirse en cualquier parte del mundo. (<http://www.wageindicator.org/main/decent-work-check>).

El concepto de “Trabajo decente” incluye aquellos aspectos laborales que hacen referencia tanto al derecho a la salud en el trabajo como un derecho básico como al derecho social al trabajo en sí mismo, dos aspectos vinculados mutuamente y que no pueden desarrollarse el uno al margen del otro (<http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang-en/index.htm>). A lo largo de la historia, e incluso en la actualidad, no ha sido así. En los tiempos de la primera industrialización, se encontraba trabajo con facilidad si se aceptaba cualquier condición de trabajo, salarial y ambiental^{7, 8}. Algo semejante ocurre en los tiempos de crisis económicas en los que la accesibilidad al trabajo disminuye y las condiciones del mismo empeoran⁹. Estrictamente, es una consecuencia de la aplicación de las leyes del mercado sobre la oferta de trabajo.

LOS RIESGOS LABORALES

Los riesgos laborales han ido cambiando a lo largo de toda la historia. El mismo concepto de riesgo laboral supone un logro porque durante mucho tiempo ha carecido de sentido. El trabajador carecía de cualquier derecho; su trabajo era su vida y su obligación, se le mantenía para que trabajara, y si sufría cualquier daño, parcial o letal, era su suerte. Objetivo del trabajo era obtener unos resultados en el menor tiempo, al margen de los costes, especialmente de los humanos.

El concepto de riesgo laboral para la salud aparece con el reconocimiento, implícito o explícito, del derecho a la integridad física y a la salud, algo que aparece en la Alta Edad Media y en el Renacimiento con la aparición y desarrollo de los gremios y la preocupación por el buen hacer y la experiencia adquirida por los trabajadores artesanos. La experiencia y la valían adquieren un valor al mismo tiempo que en las ciudades disminuye la subordinación a los señores. Los gremios, primera aproximación a los sindicatos, suponen la primera defensa formal contra determinadas condiciones laborales y trato a los trabajadores. El riesgo laboral contra la salud aparece definido como las situaciones y conductas que no pueden ser aceptadas por sus nocivas consecuencias para los trabajadores.

La Revolución francesa (1789), la aparición de los sindicatos (S. XIX), el reconocimiento formal de los Derechos Humanos por las Naciones Unidas (1948), la constitución de los estados democráticos posteriores a la Segunda Guerra mundial, suponen indirectamente hitos en la conceptualización de la salud laboral que se origina principalmente en el reconocimiento del derecho del trabajador a su integridad física, mental y social. La salud laboral como derecho no es el resultado ni de la Medicina del Trabajo ni de la Psicología del Trabajo, sino del reconocimiento de que los trabajadores no pueden ser expuestos a situaciones que menoscaben su salud. Hasta cierto punto, la función de ambas ha sido más bien negativa pues, de hecho, uno de sus objetivos más explícitos consistía en delimitar hasta que límites se podía llegar en las condiciones de trabajo sin que afectara claramente a la salud y al rendimiento de los trabajadores.

En Europa, la preocupación por la prevención de riesgos laborales se activa después de la Segunda Guerra Mundial y va de la mano de la elaboración de los diferentes tratados de la constitución de Europa. En 1989 aparece la Directiva Marco Europea de prevención de riesgos laborales centrada en el concepto de condiciones laborales, su evaluación, su control y su prevención (89/391/CEE), pero que amplía el concepto de condiciones laborales, incluyendo la salud como objeto final de la Directiva. Sin embargo, sigue centrada en los riesgos físicos, químicos, ambientales, dado que los daños directos más inmediatos a la salud suelen provenir de tales factores, causantes en su mayor parte de los accidentes y las enfermedades laborales. Es un dato que la legislación europea, la mundial en general, se ha ocupado principalmente de tales factores mediante una legislación que trata de prevenir y controlar tales riesgos.

En España, el planteamiento actual sobre los riesgos laborales se origina en la Ley de Prevención de Riesgos laborales (31/1995), resultante de la transposición de la Directiva Marco Europea. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales no aborda en ningún momento los riesgos psicosociales, en realidad, no aparece en ella ninguna referencia a riesgos específicos, pero sí establece de forma taxativa en su artículo 12 párrafo 2 la obligación del empresario de “garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo”, lo que incluye a los factores relacionados con la organización del trabajo.

Es en el Real Decreto 39/1997 de los Servicios de Prevención, en el anexo VI, en el que describiendo la formación necesaria para el Técnico Superior En Prevención de Riesgos Psicosociales se explicita como una de las especialidades la de Ergonomía y Factores Psicosociales. Como tal, es probablemente la primera referencia legal a los factores psicosociales. Cuando posteriormente los escasos manuales de Ergonomía y Psicología aplicada exponen el tema^{10, 11} se centran en temas tales como el contenido del trabajo, la carga laboral, el control de la tarea, la supervisión y las relaciones laborales.

FACTORES PSICOSOCIALES, FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO Y RIESGOS PSICOSOCIALES

En la actualidad, en la literatura sobre el tema existen tres formas de referirse a los aspectos psicosociales: como factores psicosociales, como factores psicosociales de riesgo y como riesgos psicosociales. Frecuentemente se usan como intercambiables y no existe una diferenciación usual y académica neta entre ellos, sin embargo se pueden advertir aspectos diferenciales en su uso y una cierta gradación en las connotaciones implicadas. Quizás sea oportuno tratar de matizarlas.

El concepto de **factores psicosociales** en el trabajo es relativamente reciente y probablemente se origina en el último cuarto de siglo pasado. Es a partir de entonces cuando, de forma muy escasa, se comienza a hablar de ellos. Una de las primeras referencias oficiales al tema aparece en 1984 en el trabajo “Los factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control” en un documento publicado por la Organización Internacional del Trabajo. Desde el primer momento de su formulación se insiste en la importancia de sus efectos reales, en la dificultad de su formulación objetiva y en su complejidad. “Los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos”¹². Las primeras listas de riesgos psicosociales son amplias y abarcan gran cantidad de aspectos: la sobrecarga en el trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas de las relaciones laborales y el trabajo por turnos¹². Llama la atención que la práctica totalidad del listado siga siendo actual.

A partir de entonces, el concepto de factores psicosociales laborales y de factores organizacionales laborales se asocian y tienden a intercambiarse tal como expone la tercera edición de la Enciclopedia de la Seguridad y La Salud en el Trabajo¹³. Ambos expresan la importancia que tienen los factores sociales en la conducta y en la salud de los trabajadores, positiva y negativamente.

Lamentablemente, se ha insistido, de hecho, mucho más en los factores psicosociales negativos que en los positivos, en los riesgos que en el desarrollo, cuando los factores psicosociales u organizacionales pueden tener tanto repercusiones negativas como positivas. La perspectiva legal, que puede ser obvia, parece que debe centrarse en la evitación del daño, en la obligación de no causar lesiones a la salud del trabajador, pero la perspectiva conceptual y organizacional debería haber atendido tanto a las repercusiones negativas como a las positivas. Es probable que el desarrollo de una perspectiva positiva de los factores psicosociales laborales hubiera facilitado pensar el gasto como inversión y desarrollo de la seguridad y salud laboral, favoreciendo el desarrollo de organizaciones saludables¹⁴.

En este sentido, parece que debería diferenciarse entre los factores psicosociales y los **factores psicosociales de riesgo**. Los primeros son descriptivos, aluden a la estructura organizacional¹⁵, a las condiciones psicosociales del trabajo como la cultura corporativa, el clima laboral, el estilo de liderazgo o el diseño del puesto de trabajo, factores que como tales pueden ser positivos o negativos¹⁶, los segundos son predictivos, se refieren a las condiciones organizacionales cuando tienen una probabilidad de tener efectos lesivos sobre la salud de los trabajadores, cuando son elementos con probabilidad de afectar negativamente la salud y el bienestar del trabajador¹⁷, cuando actúan como factores desencadenantes de la tensión y el estrés laboral.

Desde esta perspectiva, los factores psicosociales de riesgo son factores probables de daño a la salud, son negativos y pueden afectar tanto a la salud física como a la psicológica¹⁸. Son factores de estrés que pueden alterar y desequilibrar los recursos y las capacidades de la persona para manejar y responder al flujo de la actividad derivada del trabajo¹⁹. Son innumerables y pueden provenir de los múltiples componentes del trabajo: falta de control en el trabajo, muchas horas de trabajo, intensidad del ritmo de trabajo, horarios cambiantes e imprevisibles, mala comunicación organizacional ascendente, horizontal o descendente, ambigüedad o sobrecarga de rol y otros muchos. Dado que pueden originarse en cualquiera de los múltiples desequilibrios entre demandas y recursos, la lista es abierta y prácticamente interminable. Los principales modelos de estrés laboral^{20, 21} han expuesto los mecanismos principales que dan lugar a los factores de estrés laboral y la investigación psicofisiológica, médica y psicológica ha propuesto diferentes tipos de procesos que relacionan los factores de estrés laboral y el daño a la salud^{22, 23, 24, 25}, tanto física como psicológica.

Los factores psicosociales de riesgo son factores reales de riesgo que amenazan la salud de los trabajadores, pero tienen características propias que hacen más difícil su manejo, evaluación y control. Entre las más importantes de ellas podrían citarse las siguientes: 1) Se extienden en el espacio y el tiempo, 2) Son difíciles de objetivar, 3) Afectan a los otros riesgos, 4) Tienen escasa cobertura legal, 5) Están moderados por otros factores, 6) Son difíciles de modificar. Todas estas características dificultan su prevención, evaluación y control.

En los últimos años, probablemente a partir de la primera década de este siglo *xxi*, se ha comenzado, de hecho, a utilizar otra terminología y otra conceptualización ligeramente diferente pero de una gran importancia conceptual: los riesgos psicosociales. Cada vez con mayor frecuencia se habla directamente de los riesgos psicosociales para referirse a una serie de situaciones de gran peso en la vida laboral que pueden afectar gravemente la salud de los trabajadores. Aunque la delimitación entre los factores psicosociales de riesgo y los riesgos psicosociales no siempre resulta clara, existe una tendencia a reconocer como riesgos psicosociales a situaciones como la violencia y agresión en el trabajo, el acoso laboral y sexual, el estrés laboral crónico, el burnout o desgaste profesional, y la inseguridad contractual. A ellos pueden añadirse otros. www.insht.es/InshtWeb/.../factores%20riesgos%20psico.pdf.

Los **riesgos psicosociales laborales** son situaciones laborales que tienen una alta probabilidad de dañar gravemente la salud de los trabajadores, física, social o mentalmente. Los riesgos psicosociales laborales son situaciones que afectan habitualmente de forma importante y grave la salud. Mientras que los factores de riesgo psicosocial son habitualmente factores con diferentes niveles de probabilidad de ocasionar daños de todo tipo, los riesgos psicosociales tienen una alta probabilidad de generar consecuencias principalmente graves.

Entre los factores psicosociales y los riesgos psicosociales hay otras diferencias importantes, como que los riesgos psicosociales afectan a los derechos fundamentales del trabajador tales como han sido recogidos en la mayoría de constituciones nacionales actuales, y que por lo mismo tienen formas de protección legal, tanto a nivel nacional como internacional. Ejemplos de ello son las directivas a nivel europeo "Framework Agreement on Work Related Stress"²⁶ y la "Framework Agreement on Harassment and Violence at Work"²⁷ que sugieren posibles bases legales europeas. Como respuesta a tales iniciativas, diferentes países europeos han procedido a elaborar legislaciones nacionales específicas referidas estrictamente a los riesgos psicosociales²⁸.

Otras diferencias entre ambos consisten en la gravedad y globalidad de las consecuencias de los riesgos psicosociales, lo que entraña repercusiones que van desde los aspectos físicos y psicológicos hasta los mentales. No es extraño que los riesgos psicosociales tengan consecuencias mentales graves, que alteren el equilibrio mental de la persona con afecciones claramente psicopatológicas o psiquiátricas. Un ejemplo claro es el estrés postraumático, prácticamente inexistente en los factores psicosociales de riesgo, pero nada extraño en los riesgos psicosociales como las situaciones de violencia y de acoso laboral o sexual. Debido a la importancia de los resultados, las variables mediadoras, aunque siempre presentes, tienden a tener menos importancia. Es decir, en las situaciones graves, los efectos principales son dominantes, mientras que en las situaciones leves o menores, la influencia de los efectos mediadores pueden ser decisiva en el tamaño del efecto final, en las consecuencias.

Estas diferencias son la probable razón de que se haya producido recientemente una acentuación de los riesgos psicosociales. Llamen más atención, especialmente la mediática. No pocos de los riesgos psicosociales han sensibilizado a la población por sus efectos considerables, conducentes en algunos al suicidio por ejemplo o a traumas importantes. El acoso y la violencia laboral han sido algunos de los más mencionados y referidos. Sin embargo, aún reconociendo que su tasa ha podido aumentar y que las consecuencias que suelen derivarse de ellos son habitualmente importantes, no deberían desplazar la atención y la preocupación por los factores psicosociales de riesgo. Entre ellos y los riesgos psicosociales hay incluso una relación de facilitación. Un clima laboral autoritativo y desconsiderado es un factor psicosocial de riesgo²⁹, pero es también el marco propicio para que aparezcan riesgos psicosociales como el abuso, la violencia y al acoso. En este sentido, la prevención comienza al nivel de los factores psicosociales de riesgo.

Incluso la atención exclusiva a los riesgos psicosociales puede ser un indicador de la pérdida de capacidad de análisis de la salud laboral. De la misma forma que no se puede atender sólo a los accidentes mortales, sino que la verdadera prevención comienza en la atención a los incidentes blancos laborales que no producen lesiones, la prevención psicosocial comienza en el análisis de los factores de riesgo psicosocial. Atender sólo a los riesgos psicosociales supone dirigir la atención sólo hacia las manifestaciones más graves, descuidando su génesis. Los factores psicosociales de riesgo son factores con consecuencias nocivas para la salud laboral³⁰ que no pueden ser desatendidos.

ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS FACTORES Y RIESGOS PSICOSOCIALES

A partir de 1987 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) comenzó a aplicar "Encuestas nacionales de condiciones de trabajo" y a partir de la tercera encuesta³¹ incluye elementos de análisis psicosocial referidos a los contenidos del estatus del puesto, del horario de trabajo y la participación laboral, categorías de análisis de análisis que se han mantenido con variaciones en las sucesivas ediciones. La serie de Notas Técnicas de Prevención (NTP) comienza a partir de 1988 a incluir contenidos psicosociales.

En la Unión Europea, la Fundación para la Mejora de las Condiciones de Vida realiza cada cinco años una encuesta sobre las Condiciones de trabajo en Europa. En la primera encuesta de 1991 incluía como aspectos psicosociales la información, el entrenamiento y el apoyo social. A partir de la segunda encuesta (1996), el tema se amplía organizándose en dos grandes apartados, uno organizacional que incluye tiempo de trabajo, ritmo, control, autonomía, contenido del trabajo y salario y otro apartado de tipo social que contiene aspectos como participación, igualdad de

oportunidades y violencia. Es a partir de la tercera edición del 2000 cuando se incluye de forma específica los contenidos referidos a la violencia, al acoso laboral y al acoso sexual, sección que se mantiene con ligeras modificaciones en la edición de 2005. En la última encuesta, efectuada en 2010, se puede observar un marcado desplazamiento de la encuesta en su totalidad hacia un enfoque organizacional y psicosocial. La [tabla 1](#) expone las categorías consideradas y el número de cuestiones por cada una de ellas.

Tabla 1. Encuesta EWCS 2010. Categorías de análisis y n.º de cuestiones

Contexto de trabajo	11	Tiempo de trabajo	12
Intensidad del trabajo	9	Factores Físicos	12
Factores cognitivos	9	Factores psicosociales	7
Salud y bienestar laboral	6	Formación, Desarrollo carreras	8
Organización del trabajo	9	Relaciones sociales	5
Satisfacción laboral	7	Familia-trabajo, seguridad economía	7
Violencia, acoso, discriminación	5		

El análisis de la Encuesta Europea 2010 parece indicar que se ha producido un desplazamiento de los factores físicos y ambientales hacia aspectos organizacionales, sociales, psicológicos y personales. Como factores psicosociales incluye específicamente los aspectos emocionales asociados al trabajo, como el trabajo con atención al cliente. La sección dedicada a la violencia ha omitido los aspectos referidos al acoso sexual y a la atención sexual no deseada. Con todo, la categorización de las secciones incluye en algunos casos contenidos claramente diferentes.

Algo semejante ocurre con los datos españoles aportados principalmente por el INSHT y las encuestas que ha venido realizando periódicamente. Es en la tercera encuesta nacional (1999) cuando se incorpora por primera vez un apartado dedicado a los factores psicosociales, pero ha sido en la VI Encuesta Nacional³² en la que se ha atendido de forma más completa a los factores y riesgos psicosociales, incluyendo en el apartado 10 aspectos tales como inseguridad laboral, conflicto trabajo-familia, violencia física, amenazas de violencia y conductas de acoso.

Los datos expuestos indican probablemente que, al menos al nivel europeo, se ha producido un desplazamiento en la atención de los riesgos laborales hacia aquellos de tipo organizacional, social, psicológico, familiar y personal, probablemente como resultado de una triple tendencia: la mejora de las condiciones físicas, ambientales y ergonómicas del trabajo, los cambios organizacionales del trabajo y el desarrollo del trabajo terciario, dedicado a los servicios y la atención a las personas.

CAMBIOS DEL MUNDO DEL TRABAJO

Los cambios vividos en nuestra sociedad moderna provienen en gran medida de dos fuentes principales: los estados democráticos y las empresas actuales. Sin estados democráticos atentos a los derechos y exigencias de la sociedad, equilibradores de las diferencias de poder, del oligopolio y la plutocracia, es difícil pensar el desarrollo económico y social en general^{33, 34}.

Los estados democráticos han dado lugar a un estado de bienestar y desarrollo social sin parangón en la historia^{35, 4}. El desarrollo del estado del bienestar ha supuesto la aparición de un espacio social y público de posibilidades y de libertades que ha incluido al mundo del trabajo, y las condiciones de trabajo reconocidas exigibles.

Los nuevos estados democráticos se caracterizaron en sus comienzos por su oposición a los regímenes despóticos y autoritarios del fascismo, nazismo, comunismo y el régimen de vida que imperaba en ellos dominado por la inseguridad y el miedo, cuando no el terror. La aparición y desarrollo en los nuevos estados de la sociodemocracia en la década de 1960⁴, especialmente en los estados escandinavos, instauró la consolidación del “hombre público”³⁶, sujeto y protagonista de la acción pública, capaz de transformar los derechos formales legales en derechos reales materiales en su propio estado-nación y ciudad. Es el resultado de la acción pública y política.

Por la otra parte, la empresa, la libre iniciativa y su capacidad de innovación y desarrollo, ha dado lugar a un auge económico, comercial y tecnológico sin precedentes. Su inserción en el tejido social ha cambiado el panorama de la vida moderna y las formas de vida, dándoles una capacidad de variación, de posibilidades y facilidades nunca alcanzado hasta el momento. Sin la empresa es imposible comprender y explicar el desarrollo logrado, la vida real contemporánea en sus aspectos comerciales, sociales, económicos, tecnológicos e incluso la identidad social postmoderna^{37, 38}. La postmodernidad no es sólo el resultado de las nuevas ideologías sino también de la nueva configuración postindustrial^{39, 40} en nuestras sociedades.

Probablemente la primera característica relevante de la empresa moderna es su dinamismo, variabilidad y capacidad de cambio. Como dato y como modelo, la empresa flexible se ha convertido en aspiración e ideal⁴¹. La flexibilidad capacita a la empresa para responder a las variaciones continuas del mercado en las fluctuaciones de la demanda, en la aparición de nuevos productos, en la respuesta a nuevas tecnologías y competencias. Pero esa misma flexibilidad de la empresa como organización ha conducido inevitablemente al “trabajo flexible”⁴², que conlleva inevitablemente la inseguridad y la incertidumbre del mismo mercado, del trabajo y del trabajador⁴³. La misma empresa flexible acaba produciendo ella misma las turbulencias a las que debería responder. La empresa como tal se convierte en factor de riesgo para el mercado, para la economía, y lo que es más importante, para el mismo trabajador.

La empresa moderna ha recorrido un largo camino desde la revolución industrial hasta el momento actual^{44, 45}. El imaginario popular que asocia el trabajo a las condiciones más abusivas y denigrantes de las primeras explotaciones industriales en el siglo xviii, ha vinculado con frecuencia el trabajo con la barbarie, la mano de obra barata, las largas horas de trabajo y el esfuerzo manual sin fin. Sin embargo, el mismo éxito y desarrollo de la empresa, sus logros productivos y comerciales la han obligado a transformarse internamente y cambiar desde dentro su propia organización. A lo largo de ese recorrido se encuentra lo mejor y lo peor: la excelencia y el descaro oportunista cuando no mezquino. Ese recorrido de luces y sombras es el mismo que presenta el panorama de la situación actual de las empresas: contradictorio y con alternativas diversas y opuestas.

En el lado organizacional más positivo, las organizaciones no sólo han descubierto el valor de los trabajadores como recursos humanos⁴⁶ y lo que significa la experiencia adquirida en el trabajo y en la empresa, sino que ha valorizado su lado más humano como persona. El descubrimiento organizacional más hondo ha consistido en la consideración de que la gestión de los recursos humanos más eficiente es su consideración como personas⁴⁷. Lo que facilita la gestión estratégica del capital humano es el supuesto básico de que los trabajadores son personas activas, agentes de su propio comportamiento⁴⁸. Como ha recordado Sennet,⁴⁹ uno de los sociólogos del trabajo actuales más relevantes, ello conlleva la recuperación del respeto como categoría básica de las relaciones laborales.

Ha sido el descubrimiento de esta perspectiva, o la revalorización de lo que siempre estuvo ahí, aunque olvidado, lo que ha dado lugar a

formulaciones empresariales que plantean la organización como un sistema de producción e intercambio de experiencia y conocimientos⁵⁰, e incluso que revalorizan el complejo mundo emocional como una frontera más del funcionamiento empresarial, con todas sus luces y sombras^{51, 52}. Desde esta perspectiva, el primer planteamiento del recurso humano como prolongación instrumental, se convierte realmente en capital intelectual y finalmente en capital psicológico⁵³. Es este desarrollo el que ha posibilitado toda una andadura positiva, conceptual y empírica, en las relaciones entre la empresa y las nuevas condiciones organizacionales⁵⁴. Sin este planteamiento no es posible entender el “comportamiento organizacional” actual en su complejidad y realidad^{55, 56}.

Incluso desde el punto de vista más funcional, es decir desde el punto de vista de la productividad, del logro de los objetivos empresariales e incluso de la obtención de los beneficios económicos buscados, las organizaciones laborales han hecho un largo recorrido desde el primer industrialismo y las formulaciones tayloristas y fordistas⁵⁷ hasta los planteamientos actuales. Algunos de los desarrollos más importantes en este contexto han sido los de calidad de vida, responsabilidad social corporativa y la acción social de las empresas.

Los modelos de calidad de vida laboral han mostrado que la calidad del producto está inevitablemente asociada a la calidad de vida laboral, es decir que la calidad de los resultados y del sistema de producción está vinculada con la calidad del sistema de vida laboral⁵⁸. Otro logro del modelo ha consistido en el reconocimiento de que la calidad de vida laboral no puede ser evaluada exclusivamente por elementos subjetivos y emocionales, como la satisfacción laboral, sino que es necesaria la búsqueda de marcadores objetivos⁵⁹.

El planteamiento de la Responsabilidad Social Corporativa ha ido más allá de la simple mejora de los sistemas de producción internos de la empresa y se ha planteado una relación global con el marco ambiental de su enclave geográfico, con el contexto social y político de su ubicación sociodemográfica⁶⁰⁻⁶². Finalmente, el modelo de empresas de acción social se propone objetivos que no son estrictamente lucrativos o financieros sino de mejora de las condiciones reales de una sociedad y una población con limitaciones y necesidades específicas^{63, 64}.

En su globalidad, este tipo de planteamientos es lo que ha permitido hablar de organizaciones saludables^{65, 14}, organizaciones que cumplen sus objetivos comerciales y económicos y facilitan el desarrollo profesional y personal de sus trabajadores. Actualmente, los listados de empresas como “Great places to work” y “Covalence EthicalQuote Ranking” introducen parámetros comparativos del buen funcionamiento de las empresas que incluyen no sólo ventas y beneficios, sino otros criterios laborales más amplios como el bienestar de los trabajadores y valores éticos, lo que obliga a las empresas a un esfuerzo por la excelencia real a fin de mantener una imagen corporativa presentable.

Junto a estas luces, las sombras de las empresas no son pocas y menos en los últimos tiempos. La evolución y cambio de las empresas se está produciendo en todos los campos: organizacionales, tecnológicos, comerciales y económicos entre los principales. En todos ellos, el cambio supone un esfuerzo de adaptación y una respuesta de estrés. La aceleración de la historia causa desequilibrios y produce nuevos riesgos, precisamente por ello nuestra sociedad actual ha sido conceptualizada como “La sociedad del riesgo”^{66, 67}, una sociedad dominada por relaciones y situaciones sobre las que se tiene escaso control, lo que lleva a una generalización de la inseguridad, del miedo y del estrés.

LOS NUEVOS RIESGOS PSICOSOCIALES EMERGENTES

Resultado de todo ello es una preocupación global por la aparición de nuevos riesgos de toda índole. En el marco laboral preocupan especialmente los llamados riesgos emergentes⁶⁸. Este tipo de riesgos provienen de múltiples campos, como las nuevas tecnologías, los nuevos sistemas de producción, las nuevas materias primas y los nuevos compuestos químicos y biológicos. En este apartado una preocupación especial la suscita el mundo cambiante de las organizaciones, las fluctuaciones económicas rápidas, los nuevos sistemas de trabajo, la nueva sociodemografía del mercado laboral, las nuevas formas de contratación, y en general, las nuevas formulaciones de las relaciones laborales, es decir lo que se ha denominado **“riesgos psicosociales emergentes”**^{69, 70}.

El Estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo sobre los riesgos psicosociales emergentes⁶⁹, estableció una lista de 42 riesgos psicosociales. Gran parte de estos nuevos riesgos psicosociales están causados por un doble fenómeno: la expansión del sector terciario de la producción, el sector de servicios, y el proceso de la globalización actual en sus múltiples facetas, una de las cuales es la del mercado de trabajo. Ambos procesos están estrechamente asociados.

El sector servicios del mercado laboral ha aumentado vertiginosamente desde la mitad del siglo xx a la actualidad. Tal como ha descrito una obra de referencia básica en Ciencias Sociales “El advenimiento de la sociedad Postindustrial”⁷¹, la economía actual se ha desplazado “de los bienes a los servicios” creando un nuevo y expansivo mercado de trabajo que no tiene las mismas condiciones de trabajo que tenía y tiene el sector extractivo o el industrial o manufacturero. El empleo industrial alcanza su apogeo hacia 1970 y a partir de ese momento la mayor parte de los estados europeos, de forma diferente y con diferentes tipos de servicios, entra en un ciclo dominado por la expansión del mercado de servicios, lo que supone un cambio importante en el marco social y material del empleo.

En España,⁷² el cambio se produce en la mitad de la década de los ochenta, en particular de los servicios públicos como consecuencia de la reforma y descentralización de la Administración Pública y como consecuencia de la expansión del estado de bienestar, centrado en la administración y en la sanidad. En el año 2006, dos terceras partes del mercado de trabajo en España, el 65,7%, estaban en el mercado laboral de servicios⁷³.

Los riesgos laborales del mercado de servicios son principalmente psicosociales. Son riesgos que provienen de las nuevas formas de trabajo, del dinamismo de las nuevas organizaciones y sus formas cambiantes. Son principalmente riesgos que provienen de las múltiples formas de atender a una clientela en interacción dinámica con el trabajador. Aunque la interacción social siempre ha sido una característica del trabajo, la novedad consiste en que se ha convertido en su característica central.

Entre los riesgos de tipo interactivos la violencia, el acoso y el acoso sexual tienen tasas particularmente altas en el sector servicios, incluso algunos de ellos se dan forma particular en este sector. Ocurre por ejemplo en la violencia de Tipo II o violencia del cliente. Ocurre igualmente de forma particular en el riesgo del acoso sexual debido al establecimiento usual de formas de relación más próximas y en ambientes más restringidos. Aunque tanto la violencia como el acoso sexual pueden ocurrir en contextos laborales generales, sus connotaciones son diferentes.

Algunos de los riesgos psicosociales propios del sector servicios provienen del cambio de rol del trabajador en la misma transacción laboral y comercial. Consiste en que algunas de las transacciones demandadas pueden afectar a aéreas de la propia identidad del trabajador. Lo que se puede solicitar en algunas transacciones laborales no es que el trabajador medie en la obtención de un bien u objetivo, como un café, sino que el objeto del servicio son características personales del trabajador, como su competencia, su dedicación y atención; es lo que ocurre en el área de la salud y la educación y en otras áreas.

El trabajo emocional ilustra este nuevo tipo de riesgos psicosociales. Un buen número de trabajos asistenciales y de servicios exigen hoy día la autorregulación de las emociones, es decir, la inhibición de las emociones negativas y la expresión forzada de emociones negativas. En un caso y

otro, los efectos son de desgaste emocional, de disonancia emocional: el trabajador tiene que mostrar emocionalmente lo que no siente. La exigencia del trabajo emocional es tanto más importante mientras mayor es la necesidad de asegurarse la satisfacción del cliente. Tal como ha expuesto Hochschild⁷⁴, la primera autora en hablar del tema explícitamente, el problema radica en la habitual conexión entre las emociones y las expresiones corporales y gestuales. El autocontrol emocional, positivo y negativo, supone un ejercicio continuo de autocontención corporal, de representar su rol, de actuar emocionalmente. No sólo se le pide un resultado y un servicio, sino que la ejecución del mismo sea placentera y agradable, que muestre emociones positivas por lo que está haciendo. Las normas organizacionales pueden en este sentido ser taxativas debido a que la misma imagen corporativa depende de la imagen emocional de sus trabajadores⁷⁵. No se pide sólo un servicio, sino además un servicio emocionalmente reforzante para el cliente. El agotamiento resultante de esta constante actitud interna y externa puede resultar extenuante.

El trabajo emocional es representativo de algunos de los cambios que se están produciendo en el mercado laboral, y específicamente en el ámbito del mercado asistencial y de servicios consistente en la demanda por parte de la empresa de un esfuerzo íntegro de la persona que incluye los sentimientos que puede permitirse y debe mantener. El trabajo de servicios suele conllevar una demanda no sólo de tiempo, de dedicación y de esfuerzo sino de actitud⁷⁶. Las consecuencias de ello es que los resultados de deterioro de la persona pueden ser fácilmente mayores, físicos⁷⁷, y mentales⁷⁸.

LA GLOBALIZACIÓN Y SUS EFECTOS

El recurso a la globalización para explicar la realidad actual es cada vez más frecuente, pero no es banal. Los cambios que se están produciendo no suelen ser cambios aislados, puntuales, sino cambios que se producen en una totalidad, en un sistema. Si esto es válido en general, lo es todavía más estrictamente para el campo económico con el que comenzó todo el proceso. La atenuación de fronteras para los capitales, para el comercio, para el tránsito de materias primas y de personas, es el origen de todo lo que ha venido después, incluido el mundo del trabajo⁷⁹.

En el ámbito de la Salud Laboral, los efectos de la globalización han sido muy heterogéneos. Mientras en los países en vías de desarrollo y en los países emergentes probablemente ha supuesto una mejora, parcial, de las condiciones materiales de trabajo, en los países occidentales, en general en los países de la OCDE, los efectos han sido perniciosos tanto por lo que respecta a las condiciones de trabajo como, especialmente en lo que concierne a la seguridad del empleo. Una conclusión clara que puede hacerse de forma global es que la globalización ha aumentado especialmente los riesgos psicosociales.

Los efectos de la globalización sobre la economía y el trabajo han sido múltiples y sumamente complejos^{80, 81}. Aunque hasta ahora, la globalización tenía sus defensores y detractores, la crisis económica actual que se viene arrastrando desde 2007 ha aumentado sus críticos y enfatizado sus aspectos más nocivos. Si antes afectaba a amplios grupos y comunidades, ahora son países enteros y el mismo sistema económico mundial el que parece haber entrado en crisis y en un ciclo de recesión. En los primeros momentos de la globalización la mirada se ponía en el nuevo tipo de empresas que estaban apareciendo, en su enorme magnitud y la dificultad de ponerle trabas a su acción mundial^{82, 83}. Las empresas multi y transnacionales imponían sus prácticas sobre la misma voluntad de algunos estados⁸⁵ y obligaban a aceptar, especialmente en las zonas francas de producción, condiciones materiales inaceptables para un trabajo decente⁸⁴.

Las estrategias organizacionales utilizadas para mantener su competitividad, cuando no su hegemonía, han ido desde la deslocalización de las empresas hacia mercados legalmente más desregulados, menos exigentes y más acomodaticios, o la utilización de estrategias de subcontratación o de outsourcing que facilitaba una disminución del coste total⁸⁵. Probablemente la operación estratégica más habitual ha consistido en las adquisiciones y fusiones de las empresas a fin de obtener el dominio del mercado, la supresión de la competencia, el control de los sistemas de producción y la capacidad de imponer el precio final de los productos⁸⁶. Otro sistema habitual ha consistido en la disminución de plantillas (downsizing) para aumentar beneficios y reducir costes⁸⁷. Las consecuencias de todas estas estrategias ha sido la aparición de nuevos riesgos emergentes organizacionales, la acumulación del riesgo global y el aumento de la siniestralidad⁸⁸.

En los últimos cuatro años el panorama no ha perdido la gravedad descrita y ha acentuado un problema que ya estaba presente: la inseguridad contractual. Durante no pocos años la hegemonía en el mercado comercial y laboral estaba determinada por las grandes empresas que dictaban las políticas mundiales, sin embargo en los últimos años la hegemonía ha pasado a mano de los mercados económicos, especialmente financieros. Se ha producido un desplazamiento de los bancos comerciales tradicionales hacia los bancos de inversión que han centrado sus operaciones en las operaciones financieras a corto plazo^{89, 81}. El resultado ha sido una pérdida de la fuerza de la economía real y del protagonismo de las empresas. La consecuencia más inmediata y global ha sido un hundimiento del mercado del trabajo y el aumento de la inseguridad laboral en todas sus formas, principalmente de la contractual⁹⁰.

La inseguridad contractual es probablemente el primero y el más importante riesgo psicosocial actual en todo el mundo. Las tasas de paro en USA han alcanzado las cotas más altas conocidas, y lo mismo ha ocurrido en no pocos países de la OCDE. La consecuencia general ha consistido en un aumento del desempleo y un consecutivo empobrecimiento general. En España, país con un problema crónico de desempleo⁷², se ha convertido en el principal problema social, económico y político actual.

El trabajo de la OSHA⁶⁹ sobre los nuevos riesgos psicosociales emergentes engloba cuatro de los diez riesgos más importantes en la categoría de inseguridad contractual, lo que indica su importancia básica. El problema afecta a tres grandes colectivos de trabajadores: 1) el de quienes no tienen trabajo, 2) el de quienes tienen un trabajo precario 3) el de quienes tienen un trabajo fijo, es decir a la totalidad del mercado de trabajo.

Afecta en primer lugar a quienes no tienen trabajo, que ven disminuida su capacidad económica y su valorización social y personal. Afecta en segundo lugar a quienes tienen un trabajo inestable que no proporciona ninguna seguridad sobre su duración, de forma que la frontera entre paro y empleo está continuamente en un equilibrio precario. Afecta igualmente a quienes tienen un trabajo fijo, pero que en la situación actual de inseguridad empresarial temen continuamente la aparición de problemas empresariales que hagan inviable la empresa. El miedo al desempleo se ha convertido en una característica general del mercado de trabajo actual.

Son múltiples los datos que indican que el estrés del miedo a la pérdida del trabajo puede ser superior al de la misma pérdida del trabajo⁹¹. La incertidumbre que acompaña a la anticipación del problema puede hacer más daño que el mismo problema. Los estudios sobre la incertidumbre contractual y sus repercusiones negativas sobre la salud son múltiples. Un estudio reciente analiza la relación entre inseguridad contractual y problemas de salud en 16 países europeos⁹². Los problemas que suelen acompañarle son de todo tipo.

CONCLUSIONES

Los factores y los riesgos psicosociales no son un tema secundario en la Salud Laboral. En la actual situación organizacional y del mercado del trabajo son uno de sus grandes problemas. Los riesgos de seguridad, ambientales y ergonómicos no han sido solucionados de forma suficiente, y es importante atender a los nuevos riesgos emergentes en estos campos lo que constituye un verdadero reto para la Salud Laboral.

importante atender a los nuevos riesgos emergentes en estos campos, lo que conlleva un verdadero reto para la Salud Laboral (<http://riskobservatory.osha.eu>; <http://osha.europa.eu/publications/reports/6805478>). La gran ventaja que tiene la lucha contra ellos es que nadie discute su importancia y que las formas de intervención suelen ser más claras y precisas. Sin embargo, los factores y riesgos psicosociales, íntimamente vinculados al cambiante mundo del trabajo (<http://osha.europa.eu/publications/reports/205>), son esquivos en su definición y manejo, y suelen afectar al núcleo de la misma organización. Dado que su naturaleza es dinámica y cambiante, más importante incluso que el esfuerzo directo contra cada uno de ellos es crear una cultura organizacional de la Salud Laboral⁹³ que actúe con criterios de alerta, evaluación e intervención.

La globalización y sus productos han creado una enorme área de desregulación económica y laboral que ha profundizado la desigualdad entre sociedades y personas, produciendo un aumento del deterioro social, público y sanitario⁹⁴. La desregulación no ha estado nunca detrás de los progresos en salud, y la desigualdad no ha favorecido en ningún momento el progreso del bienestar, del laboral todavía menos. En este proceso, la recuperación exige una acción política que implique una valorización de lo público, social y organizacional. Hoy día, la elaboración de una ciencia integral de la Salud Laboral⁹⁵ implica conocer los efectos de la organización del trabajo sobre la Salud Laboral, lo que exige a su vez el desarrollo de una cultura de la salud organizacional. De alguna forma, factores y riesgos psicosociales son eventos centinelas de la salud global de una empresa, pues son ellos los que marcan la pauta de la atención y valoración de las empresas hacia las personas.

Los datos actuales no son reconfortantes. Como ha escrito recientemente en su obra póstuma el historiador Tony Judt "Algo va mal"⁹⁶ haciendo historia del pasado y del presente, el panorama del futuro no es alentador. Por primera vez en los últimos cincuenta años de historia, los padres temen que sus hijos vayan a tener un mundo peor que el suyo, y parte de ese miedo proviene del incierto mundo laboral y sus riesgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benavides, F., Ruiz-Frutos, C. y García, A. Trabajo y Salud. En F.G. Benavides, C. Ruiz-Frutos y A.M. García (Eds), Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson; 2000.
2. Pia Chirinos, M. Claves para una antropología del trabajo. Pamplona: EUNSA; 2006.
3. Veyne, P. El Imperio Romano. En Ph. Aries, y G. Duby, (Eds). Historia de la vida privada. V. I. Madrid: Taurus; 1990;
4. Judt, Tony. Postguerra. Una historia de Europa desde 1945. Madrid: Taurus; 2010.
5. EWCS. Fourth European Working Conditions Survey. European Foundations for the improvement of living and working conditions: Dublin. 2007;
6. Bernabeu, J; Perdiguero, E. y Zaragoza, P. Desarrollo histórico de la salud laboral. En F.G., Benavides, Ruiz-Frutos, C. y García, A.M. (Eds). Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona. Masson ; 2000.
7. Hobsbawm, E. La era del capital. 1848-1875. Crítica: Barcelona; 2011.
8. Pound, N.J.G. La vida cotidiana. Historia de la cultura material. Crítica: Barcelona; 1999.
9. Moreno-Jiménez, B y Garrosa Hernández, E. Globalización y riesgos laborales emergentes. Editorial. Ciencia & Trabajo, 2009, 11, 32, 31-35
10. González Maestre, D. Ergonomía y Psicosociología. Madrid: Confemetal; 2003.
11. Llanaez Álvarez, F. J. Ergonomía y Psicosociología Aplicada. Valladolid: Lex Nova; 2003.
12. OIT Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control. Ginebra: OIT; 1986.
13. OIT. Enciclopedia de la Seguridad y la salud en el Trabajo. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales; 1998.
14. Cooper, C y Williams, S. Creating Healthy Work Organizations. Chichester: Wiley; 1994
15. Mintzberg, H. Structure in fives: designing effective organizations. Englewood Cliff, N.J.: Prentice Hall; 1993
16. Kalimo, R., El-Batawi, M., & Cooper, C. L. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra: OMS; 1988
17. Benavides, F., Gimeno, D., Benach, J., Martínez, J. M., Jarque, S., & Berra, A. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. Gac Sanit, 2002, 16,3, 222-229.
18. Cox, T. & Griffiths, A. J. The assessment of psychosocial hazards at work. En M.J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), Handbook of Work and Health Psychology. Chichester: Wiley and Sons; 1996. p. 127-146.
19. Taris, T. & Kompier, M. Job demands, job control and learning behavior: Review and research agenda. En: Antoniou, A. & Cooper, C. (Eds.) Research companion to Organizational Health Psychology, Cheltenham: Edward Elgar Publishing LTD; 2005. p. 32-150.
20. Cooper, C. L. Theories of Organizational Stress. Oxford: Oxford University Press; 1998
21. Cooper, C. L., Dewe, Ph., & O'Driscoll, M. P. Organizational Stress. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
22. Selye, H. Tensión sin angustia. Madrid: Guadarrama; 1975.
23. Lazarus, R. & Folkman, S. Estrés y Procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986
24. Hobfoll, S. E. Conservation of Resources. A new attempt of conceptualizing stress. American Psychologist, 1989, 44, 3, 513-524.
25. Mc Ewen, B. The end of the stress as we know it. Washington: Joseph Henry Press; 2002.
26. European Social Partners. Framework Agreement on Work-related Stress. Brussels: European social partners - ETUC, BUSINESSEUROPE, UEAPME and CEEP; 2004.
27. European Social Partners Framework Agreement on Harassment and Violence at Work. Brussels: European social partners - ETUC, BUSINESSEUROPE, UEAPME and CEEP; 2007.
28. Leka, S., Jain, A., Zwetsloot, G., Vartiainen, M., & Pakkinen, K. Psychosocial risk management: the importance and impact of policy-level interventions. En S. Leka & T. Cox (Eds.), The European framework for psychosocial risk management. PRIMA-F. Nottingham.: I-WHO; 2008. p. 115-135.
29. Brunet, L. El clima de trabajo en las organizaciones. México: Trillas; 1987
30. Leka, S. Jain, A. Health Impact of Psychosocial hazards at work: An overview. Brussels: WHO; 2010
31. INSHT. III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1999
32. INSHT VI Encuesta nacional de Condiciones de trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
33. Collier, P. El club de la miseria. Barcelona. De Bolsillo; 2010
34. Kaufmann, D. y Kraay, A. "Growth without governance." [Policy Research Working Paper Series](#), 2928, The World Bank; 2002.
35. Hobsbawm, E. *Historia del Siglo XX*. Barcelona: Crítica; 2003.
36. Sennett, R. El declive del hombre público. Barcelona: Península; 2002.
37. Lyon, D. *Postmodernidad*. Madrid: Alianza; 1996.
38. Lyotard, J.F. La condición postmoderna. Madrid: Cátedra; 1989.
39. Drucker, P.F. La sociedad postcapitalista. Barcelona: Apóstrofe; 1995.
40. Harvey, D. La condición de la postmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio actual. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.
41. Toffler. A. La Empresa Flexible . Barcelona: Plaza Janes; 1990.
42. Carnoy, M. El trabajo flexible en la era de la información. Madrid: Alianza; 2001.
43. Handy, Ch. Más allá de la certidumbre. Los cambiantes mundos de las organizaciones. Barcelona: Apóstrofe; 1997.
44. Comin, F. Revolución industrial. Capitalismo. En M. Artola (Ed). Historia de Europa. Vol II. Madrid: Espasa; 2007. p. 373-463.
45. De Luis Martín, F. La segunda revolución Industrial y sus consecuencias. En M. Paredes (Ed), Historia Universal contemporánea. Vol. I. Barcelona: Ariel; 2009, p 197-228.
46. Becker, G.S. Human Capital. Princeton University Press: Princeton, N.J.; 1964.

47. Casado, J.M. El valor de la persona. Nuevos principios para la gestión del capital humano. Madrid: Prentice Hall; 2003.
48. Bonache, J. y Cabrera, A. Dirección estratégica de personas. Evidencias y perspectivas para el siglo XXI. Madrid: Prentice Hall; 2002.
49. Sennet, R. El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad. Barcelona: Anagrama; 2003.
50. Senge, P. M. La quinta disciplina. Barcelona: Granica, 1997.
51. Ashkanasy, N.M. , Hartel, Ch. E.J. y Zerbe, W.J. Emotions in the workplace. London: Quorum Books; 2000.
52. Goleman, D. y Cherniss, C. *Inteligencia emocional en el trabajo*. Barcelona: Kairós; 2005.
53. Luthans, F., Youssef, C.M., y Avolio, B.J. Psychological Capital. Developing the human competitive edge. Oxford: Oxford University Press; 2007.
54. Rodríguez-Carvajal, R Moreno-Jiménez, B., Rivas-Hermosilla S , Álvarez-Bejarano, A and Sanz Vergel, A. Positive Psychology at Work: Mutual Gains for Individuals and Organizations. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2010, 26, 3, 235-253.
55. Robbins, St. y Judge, T.A. *Comportamiento organizacional*. Madrid: Prentice Hall; 2009.
56. Luthans, F. *Comportamiento Organizacional*. Madrid: McGraw Hill; 2008.
57. Finkel, L. *La organización social del trabajo*. Madrid: Pirámide; 1994.
58. Elizur, D., y Shye, S. "Quality of work life and its relations to quality of life", *Applied Psychology: An International Review*, 1990, 39, 275-291.
59. Moreno Jiménez, B. y Ximenez, C. La evaluación de la calidad de vida. En G. Buela., V. Caballo y J.C. Sierra (Eds.) *Manual de Evaluación en psicología Clínica y de la salud*. Madrid: Ed Siglo XXI; 1996, p. 1045-1070.
60. Mohn, R. La responsabilidad social del empresario. Madrid: Círculo de lectores; 2005.
61. Perdiguero, T.G. La responsabilidad social de las empresas en un mundo global. Madrid: Anagrama; 2003.
62. Thomas, G. y Novak, M. Corporate Social Responsibility: A definition. Graduate School of Business: Curtin University of Technology; 2006.
63. Elkington, J. y Hartigan P. El poder de la locura. Empresas rentables que cambian el mundo. Barcelona: Ediciones Deusto; 2008.
64. Martínez, J.L., Simón, C. Agüero, A. La acción social de la empresa. Madrid: Prentice; 2003.
65. Henry, J. The Healthy organization. En A.G. Antoniou y C.L. Cooper (Eds). *Research Companion to organizational Health Psychology*. Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2005, p. 383-392.
66. Beck, U. La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós; 2006.
67. Beck, U. La sociedad del riesgo mundial. Em busca de la seguridad perdida. Barcelona: Paidós; 2008.
68. OIT Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención. Ginebra: OIT; 2010
69. OSHA *European Agency for Safety and Health at Work*. EUROPEAN RISK OBSERVATORY REPORT. Expert Forecast on emerging Psychosocial risks related to occupational safety and health; 2007. osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118.
70. OSHA (2010) European Agency for Safety and Health at Work. EUROPEAN RISK OBSERVATORY REPORT. [European Survey of Enterprises on New and Emerging Risk](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1_osh_management); 2010 osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1_osh_management
71. Bell, D. El advenimiento de la sociedad industrial. Madrid: Alianza; 1994.
72. Garrido, L. y González, M J.J. Mercado de trabajo, ocupación y clases sociales. En J.J. González y M. Requena, (Eds). *Tres décadas de cambio social en España*. pp 81-126. Madrid: Alianza; 2005.
73. Gutierrez, R. Trabajo y ocupaciones. En S. del Campo y J.F. Tezanos (Eds). *La sociedad*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008, p. 321-352
74. Hochschild, A. R. The managed heart: Commercialization of human feeling. Berkeley, CA: University of California Press. Wiley; 1983.
75. Martínez-Iñigo, D. Evolución del concepto de Trabajo Emocional: dimensiones antecedentes y consecuencias. Una revisión teórica. *Revista de psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2001, 17, 2, 131-153
76. Moreno-Jiménez, Bernardo, Galvez Herrer, Macarena, Rodríguez Carvajal, Raquel, Garrosa Hernández, Eva. Emociones y salud en el trabajo. Análisis del constructo de "Trabajo Emocional" y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2010, 42,1, 63-74.
77. Richards, J.M. & Gross, J.J. Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1999, 25, 8, 1033-1044.
78. Wong, Y.J., Pituch, K.A. & Rochlen, A.B.. Men's restrictive emotionality: An investigation of associations with other emotion-related constructs, anxiety and underlying dimensions. *Psychology of Men & Masculinity*, 2006, 7, 2, 113-126.
79. Giddens, A. *Sociología*. Madrid: Alianza; 2005.
80. Beck, U. ¿Qué es la globalización.? Barcelona: Paidós; 2008.
81. Stiglitz, J.E. El malestar en la globalización. Madrid: Punto de lectura; 2006.
82. Friedman, Th. La tierra es plana. Madrid: Martínez Roca; 2006.
83. Ziegler, J. Los nuevos amos del mundo. Barcelona: Destino; 2006.
84. Klein, N. NO LOGO. Madrid: Paidós; 2002.
85. Castillo, J.J. La soledad del trabajador globalizado. Madrid. Los libros de la catarata; 2008.
86. Zozaya González, N. Las fusiones y adquisiciones como forma de crecimiento empresarial. Madrid. Ministerio de Trabajo; 2007.
87. Jiménez Jiménez, C., y Sánchez Laguna, J.L. Análisis del downsizing (reducción de plantilla) como fenómeno psicosocial. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2005, 21, 3, 181-206
88. Benavides, F., Delclos, J., Benach, J. y Serra, C. Lesiones por accidentes de trabajo. Una prioridad en atención pública. *Rev. Esp. Salud Pública*, 2006, 80, 5, 553-565.
89. Arias, X.C. y Costas, A. La torre de la arrogancia. Políticas y mercados después de la tormenta. Barcelona: Ariel; 2011.
90. Beck, U. Un nuevo mundo feliz. La precariedad Del trabajo en La era de la globalización. Barcelona: Paidós; 2000.
91. Hartley, J. Models of job insecurity and coping strategies of organizations. En J.E. Ferrie, M.G.Marmot y J. Griffiths (Ed.), *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion* Copenhagen, Dinamarca: World Health Organization; 1999, p.127-150.
92. Laszlo, K., Pikhart, H., Kopp., M., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Salavec, G. & Marmot, M. Job insecurity and health: A study of 16 European countries. *SOC SCI MED*, 2010, 70, 6, 867-874.
93. Wilderom, C.P.M. Toward positive work cultures and climates. En N. Ashkanasy C.P.M, Wilderom M.F. Peterson (Eds), *The Handbook of Organizational Culture and Climate* New York: Sage; 2010, p 79-84.
94. Wilkinson, R. y Pickett, K. *Desigualdad. Un análisis de la infelicidad colectiva*. Madrid: Turner; 2009.
95. Lundberg, U. y Cooper, C.L. *The Science of Occupational Health*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
96. Judt, T. *Algo va mal*. Madrid: Taurus; 2010.

Acoso psicológico en el trabajo: revisión de la literatura y nuevas líneas de investigación

Workplace bullying: literature review and new research avenues

Alfredo Rodríguez-Muñoz

Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. España.

Correspondencia:

Alfredo Rodríguez Muñoz
Dpto. Psicología Social. Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas
28223 Madrid. España.
Tfno.: +34 913942935
E-mail.: alfredo.rodriguez@psi.ucm.es

Resumen

Durante los últimos años, se han llevado a cabo un gran número de investigación en el área del acoso psicológico en el trabajo. El presente trabajo pretende realizar una revisión exhaustiva de la literatura sobre acoso laboral. La primera parte del artículo se centra en las diferentes definiciones de acoso y sus tasas de prevalencia. La segunda parte describe los hallazgos empíricos sobre los antecedentes y las consecuencias asociadas al acoso. Por último, se propone una agenda de investigación futura, destacando las lagunas en la investigación del área.

Palabras claves: *Acoso psicológico en el trabajo, Salud Laboral; Revisión de la literatura.*

Abstract

A great deal of research has been conducted over last years in the field of workplace bullying. The present paper attempts to provide a comprehensive literature review of bullying at work. The first part of the paper is focused on different bullying definitions and its prevalence rates. The second part describes research findings on antecedents and outcomes associated with bullying. Finally, we propose an agenda for future research, highlighting the gaps in investigation in this area.

Key words: *Workplace bullying; Occupational health; Literature review.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el acoso psicológico en el trabajo está siendo reconocido internacionalmente como un serio problema tanto en el ámbito laboral como en el social. De ser un tema tabú en las organizaciones ha pasado a ser descrito por algunos autores como el tópico de investigación de finales de los años 90¹. Esta preocupación, se ha reflejado en la presencia pública de las cuestiones relacionadas con el acoso laboral, con la consiguiente popularización del término. Es más, el número creciente de casos aparecidos en la prensa ha aumentado el interés social hacia el problema y la preocupación legal por el tema, hasta el punto que ya existen sentencias que consideran el acoso psicológico como un delito penal (Juzgado de lo Penal nº 1 de Jaén, septiembre de 2006).

El concepto de acoso psicológico en el trabajo procede de la traducción del anglicismo “*mobbing*”, que deriva del termino inglés “*mob*” cuyo significado en castellano sería el de una multitud excitada que rodea o asedia a alguien o a algo, bien sea de forma amistosa o bien de forma hostil. En nuestro país este es el término que más se ha extendido y popularizado, aunque la Real Academia Española (RAE) recomienda que sea sustituido por el equivalente español acoso laboral. Sin embargo, la expresión “*acoso psicológico*” puede parecer la más adecuada. Aunque acoso laboral parece correcto, no introduce la connotación psicológica, por lo que puede inducir a considerar que es algo indirecto, sutil o muy parcial, cuando por el contrario el fenómeno describe conductas de marginación, discriminación y vejación que pueden ser abiertas, dirigidas a la totalidad de la persona, a su hundimiento humano como persona.

En el ámbito internacional, el fenómeno ha sido estudiado bajo distintos términos como “*mobbing*”², “*workplace bullying*”¹, hostigamiento³, acoso moral⁴, abuso emocional⁵, persecución⁶ y terror psicológico⁷. A pesar de la variedad conceptual, todos los términos comparten características comunes. En primer lugar, el elemento común a las definiciones es la manifestación de comportamientos negativos de modo repetido y duradero. Aunque no existe un criterio de corte claro, la exposición a las conductas negativas durante aproximadamente seis meses y una vez a la semana ha sido utilizado como una definición operativa para diferenciar entre los casos severos de acoso laboral y la exposición al mismo de forma menos intensa⁸. De esta forma, para concebir una acción como acoso psicológico esta debe cumplir al menos dos criterios temporales: deben tener lugar de manera frecuente (por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (por lo menos seis meses)². Así se intentan excluir los conflictos pasajeros y centrados en un momento concreto, que están presentes en todas las organizaciones. Episodios aislados como asignar tareas por debajo de las propias competencias, el ser víctima de bromas por parte de los compañeros ocasionalmente, o el que los compañeros no te avisen para almorzar con ellos, pueden ser vistos como aspectos cotidianos de la vida laboral y no como situaciones de acoso. Sin embargo, tal y como señalan Einarsen y Hauge⁹, las conductas citadas pueden convertirse en actos de acoso cuando ocurren de manera sistemática durante un periodo de tiempo prolongado, dando lugar a un ambiente de trabajo desagradable y hostil para aquel que lo padece.

En segundo lugar, el acoso psicológico no se entiende como un fenómeno estático, sino como un proceso escalar gradual en el que la persona objeto de acoso se enfrenta a agresiones que crecen en intensidad y frecuencia². Matthiesen, Raknes y Røkkum¹⁰ plantean que el acoso debe ser entendido como un continuo que varía desde la no exposición a una elevada exposición. Por otra parte, numerosos autores plantean que para definir una situación como acoso, es necesario que exista una diferencia de poder, ya sea real o percibida, entre el agresor y la víctima. Las víctimas de acoso a menudo encuentran dificultades para defenderse durante el desarrollo del proceso, lo que implica una diferencia de poder, ya sea real o percibido, entre las partes⁶. Niedl¹¹ profundiza en estas diferencias y las clasifica en cuatro grandes bloques: físicas (e.j., corpulencia o fuerza física), psicológicas (e.j., problemas de autoestima de la víctima), económicas (e.j., dependencia económica), y sociales (e.j., diferencia jerárquica en la organización). Estas diferencias impiden que la persona objeto de acoso se defienda. De hecho, en numerosos casos el supervisor es el acosador, mientras que los subordinados son los objetivos del acoso, lo que nuevamente indica la existencia de desequilibrios de poder entre las personas

implicadas ².

Actualmente existe cierto consenso a la hora de delimitar conceptualmente el fenómeno del acoso en el trabajo. Como acoso psicológico se entiende “hostigar, ofender, excluir socialmente a alguien o interferir negativamente en sus tareas laborales. Para concebir una acción como acoso psicológico (o mobbing) esta debe ocurrir regularmente (semanalmente) y durante un prolongado periodo de tiempo (por lo menos seis meses). El acoso es un proceso gradual, durante el cual la persona, desde una posición inferior, se convierte en el objetivo de comportamientos sociales negativos de forma sistemática. Un conflicto no puede ser entendido como una situación de acoso si se trata de un único incidente aislado o si ambas partes en conflicto tienen una “fuerza similar” ⁸ (p.15)”. Una definición similar la ofrece la investigadora finlandesa Denise Salin, quien define el acoso como “comportamientos negativos repetidos y persistentes hacia uno o más individuos, que implica un desequilibrio de poder y crea un ambiente de trabajo hostil” ¹² (p. 1214). En la misma línea lo define el protocolo de actuación sobre el acoso laboral en la Administración Pública, que no considera casos de acoso psicológico aquellas situaciones que ocurran desde relaciones simétricas.

Las acciones o conductas encaminadas a hostigar a una persona suelen ser muy variadas, desde formas explícitas como ataques físicos o verbales, hasta formas más discretas y sutiles, como la exclusión o el aislamiento de la víctima del grupo ⁸. En base a análisis teóricos y psicométricos se ha intentado establecer la estructura del fenómeno del acoso psicológico en el trabajo. Por ejemplo, Zapf ¹³, tras el análisis del cuestionario LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terror), encontró cinco categorías básicas entre las conductas de acoso: 1) acoso relacionado con el trabajo, que dificulta la realización de las tareas; 2) aislamiento social; 3) ataques personales a la vida privada mediante ofensas o insultos; 4) amenazas verbales; 5) violencia física. Por su parte, mediante análisis factoriales del Negative Acts Questionnaire (NAQ) Einarsen y Raknes ⁶ encontraron tres componentes: acoso dirigido al ámbito personal, acoso laboral y aislamiento social. Otros autores como Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Martínez y Gálvez ¹⁴, identificaron dos factores; un componente relacionado con conductas de acoso dirigidas al ámbito personal y privado, y otro componente relativo a las conductas de acoso relacionadas con el trabajo.

Dependiendo si el acosador es un superior o superiores, o si es uno o varios compañeros, las conductas de acoso elegidas pueden variar ^{1, 15}. Los agresores en el mismo nivel en la jerarquía laboral (compañeros), suelen elegir estrategias como la difusión de rumores, los ataques a la vida privada, la burla, y la desigualdad, si tienen en su mano el reparto de tareas o los horarios de trabajo. El uso preferente de estas estrategias se basa en que los compañeros tienen información de la víctima que no suele tener la dirección, circunstancias personales, situación económica, etc. Los acosadores de nivel superior en la jerarquía, prefieren la manipulación hostil y negativa de la comunicación, y el aislamiento social de la víctima, a todos sus niveles. Igualmente, la desigualdad o inequidad es una estrategia muy usada, ya que los superiores tienen casi siempre el poder de decisión de elementos de trabajo como horarios turnos, reparto de tareas, etc. Las agresiones verbales suelen ser más realizadas por los jefes, en vez de los compañeros, ya que al estar la víctima en un plano (laboral) inferior, siente que es más difícil defenderse.

PREVALENCIA Y EXTENSIÓN DEL PROBLEMA

Respecto a la prevalencia del acoso, los resultados obtenidos en los distintos estudios deben ser considerados con cautela, ya que existe una amplia variabilidad en las tasas. Los datos existentes varían dependiendo de la definición del acoso, y de las fuentes y métodos utilizados en la recolección de los datos ¹⁶. Algunos estudios han facilitado una definición de acoso a los quienes deben indicar si se consideran víctimas de acoso psicológico de acuerdo con la definición dada ¹⁷. En otras investigaciones, los participantes deben indicar si han estado expuestos a determinadas conductas que son consideradas típicas de acoso. Aquellos que respondan haber padecido alguno de los citados comportamientos de manera frecuente (por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (por lo menos seis meses), pueden ser considerados víctimas u objeto de acoso ⁶. Actualmente se han desarrollado nuevos métodos para discriminar entre los distintos niveles de exposición a conductas de acoso, basados principalmente en técnicas estadísticas como el análisis de cluster latentes ¹⁸. Sin embargo, estos procedimientos no están del todo extendidos, y aún continua existiendo una enorme divergencia en la estimación del problema.

Las primeras investigaciones desarrolladas estimaban, ya en los años ochenta, una prevalencia de un 3.5% según los estudios pioneros realizados por el profesor Leymann ¹⁹ de la Universidad de Estocolmo. Un estudio finlandés entre trabajadores de universidad halló una prevalencia cercana al 16% ³. Por su parte, Hoel y cols. ¹⁵ hallaron que alrededor del 10% de la población trabajadora de Reino Unido habían padecido acoso laboral. Sin embargo, otras investigaciones han establecido prevalencias más elevadas como un 26.6% ²⁰. Sin embargo, los datos más fiables hasta la fecha son los ofrecidos por Zapf, Escartín, Einarsen, Hoel, y Vartia ²¹ quienes estimaron recientemente que la prevalencia del acoso con un criterio restrictivo (por lo menos una vez a la semana y durante al menos seis meses) varía entre un 2 y un 4%. Los casos menos severos de acoso ocurren con una mayor frecuencia, alrededor del 10% de la población europea parece verse afectado por conductas de acoso de forma ocasional.

A nivel nacional, la V Encuesta de Condiciones Trabajo halló una prevalencia del 2.8% de trabajadores que dicen ser objeto de conductas de acoso diariamente o al menos una vez por semana. La VI Encuesta de Condiciones Trabajo del 2008 señala tasas de afectados sensiblemente inferiores, el 1.4%. Otra fuente de datos importantes sobre prevalencia de acoso aparece recogidas en el primer número monográfico sobre acoso psicológico en España ²². Las investigaciones incluidas en el mismo informaron prevalencias de afectación en un rango de 9,2% al 18,9%. Estas tasas de prevalencia difieren de las encontradas en otros países europeos. Comparados con las investigaciones previas, las tasas españolas fueron considerablemente más altas que las halladas en Finlandia ¹⁷, Noruega ⁶, Suecia ⁷ y el Reino Unido ¹⁵. A pesar de las posibles diferencias, lo que sí parece claro es que el acoso psicológico no se trata de un fenómeno marginal sino con una presencia nada desdeñable y, lo que es más importante, parece que las cifras conocidas son sólo la parte visible de un fenómeno de mayor envergadura. En la [tabla 1](#) aparece un resumen de las distintas tasas de prevalencia y criterios utilizados en diversos estudios realizados en nuestro país.

Tabla 1. Prevalencia del acoso psicológico en distintos estudios nacionales

Referencia	Muestra	N	Definición	Prevalencia
Gil-Monte et al. (2006)	Trabajadores de un centro discapacitados	696	1b+2a	12,3%
González Trijueque y Graña (2009)	Población general trabajadora	2861	1b+2a	5,8%
Justicia et al. (2006)	Empleados de universidad	548	1b+2a	9,3%
Piñuel y Onate (2006)	Trabajadores de la Comunidad de Madrid	4250	3	9,2%
Rodríguez-Muñoz et al. (2006)	Profesionales sector del cartón ondulado	352	1b+2a	4,3%
Moreno-Jiménez et al. (2005)	Sector transportes y comunicaciones	103	1b+2a+3	26%
V Encuesta Condiciones Trabajo (2004)	Población general trabajadora	9290	1b+2a	2,8%
VI Encuesta Condiciones Trabajo (2007)	Población general trabajadora	11054	1b+2a	1,4%

¹ Duración del acoso: 1a) durante los últimos seis meses; 1b) más de 6 meses.

² La frecuencia de los comportamientos: 3a) al menos una vez por semana; 3b) menos de una vez por semana.

³ Incluye la asociación subjetiva por parte de la víctima de considerarse acosado en base a una definición.

LOS ANTECEDENTES DEL ACOSO

Actualmente existe un importante volumen de datos empíricos, sobre los que se puede explorar con cierto rigor las causas y antecedentes implicados en el proceso del acoso psicológico. A este respecto, Einarsen y Hauge⁹ afirman que aunque existen distintas formas de conceptualizar y tratar de explicar los procesos de acoso psicológico, que de forma general pueden resumirse en dos modelos complementarios: la explicación desde un modelo que atiende a factores sociales y organizacionales, o centrando la atención en la personalidad, tanto de víctima como del acosador.

FACTORES ORGANIZACIONES Y SOCIALES

A lo largo de la literatura, uno de los hallazgos más sistemáticos es la capacidad explicativa de los factores psicosociales en la predicción del acoso²³. Aunque son numerosos los factores que pueden ser englobados en dicha categoría, algunos autores consideran que las variables antecedentes pueden ser resumidas en cuatro grandes bloques: liderazgo, organización del trabajo, cultura corporativa, y entorno socio-económico¹.

Uno de los antecedentes más relevantes es el estilo de liderazgo. De los estudios existentes se desprende una clara asociación entre el acoso y el liderazgo. Por ejemplo, se ha señalado que con frecuencia el acoso ocurre como consecuencia de una gestión inadecuada por parte de los supervisores²³. Por su parte, Leymann² encontró que el acoso estaba más frecuentemente asociado con un estilo débil de liderazgo. En esta línea, diversos autores^{24, 25} han señalado que el estilo de liderazgo "laissez-faire" o pasivo se relacionaba positivamente el acoso, y que además fortalecía la relación entre ciertas variables psicosociales y el acoso. Estos resultados muestran que el estilo "laissez-faire" no es un tipo de liderazgo neutro, sino más bien una forma destructiva de liderazgo que crea un entorno estresante donde el acoso puede prosperar con mayor facilidad. Las formas autoritarias de liderazgo también se han relacionado con la ocurrencia del acoso. A este respecto, Ashforth (1994) hablaba del pequeño tirano o el líder autoritario como antecedente del acoso, y argumentaba que los mandos medios corrían un mayor riesgo de "convertirse" en pequeños tiranos debido a su necesidad de control, su desconfianza en los subordinados y su necesidad de aprobación por la alta dirección. La explicación más directa propone que si los sujetos padecen un liderazgo rígido o inexistente, la organización no será eficaz en la aplicación de los límites marcados por la disciplina, no ofrecerá alternativas para la resolución de conflictos y estará dominada por valores contradictorios. Esto puede dar lugar a ambigüedad de rol y a mayores niveles de estrés, lo que a su vez favorecerá un incremento en las conductas de acoso. Los datos expuestos inducen a considerar que el estilo de liderazgo desempeña un papel decisivo en la aparición del acoso laboral.

La organización del trabajo es otro de los factores cruciales para comprender el fenómeno del acoso. Esta aproximación al problema sitúa su origen etiológico en los factores derivados de la organización del trabajo, planteando que el acoso en numerosas ocasiones es una consecuencia directa de ciertos ambientes laborales. En términos generales, los entornos con mayores tasas de acoso se caracterizan por un elevado nivel de estrés y competitividad²³. Por ejemplo, en un estudio finlandés, las víctimas y aquellos que habían presenciado situaciones de acoso psicológico describieron su ambiente laboral como estresante, con una alta sobrecarga de trabajo, donde no era posible expresar ideas y opiniones y donde los trabajadores tenían un bajo control sobre las tareas que desempeñaban¹⁷. De modo similar, y basándose en un largo número de entrevistas con víctimas de acoso, Leymann² concluyó que el acoso estaba fuertemente relacionado con un entorno laboral donde los roles y las estructuras de poder resultaban poco claras.

Desde esta perspectiva, distintos meta-análisis han puesto de manifiesto que tanto la justicia organizacional como el conflicto de rol son dos de los predictores más importantes del acoso en el trabajo^{26,27}. En esta línea, Messeguer, Soler, García-Izquierdo, Saéz y Sánchez²⁸, encontraron que los factores psicosociales que más se relacionan con el acoso eran la definición de rol y la carga mental. Del mismo modo, Rodríguez-Muñoz et al²⁴ hallaron que la justicia procedimental, entendida como la equidad en los procesos para la asignación de recursos y la toma de decisiones y a su aplicación de forma consistente y libre de sesgos, era un potente predictor del acoso laboral. Una posible explicación sobre la relación entre los estresores laborales y el acoso es que los factores organizacionales pueden causar estrés laboral, el cual a su vez puede incrementar el riesgo de conflictos o acoso. El estrés y la frustración pueden, del mismo modo, conducir a la búsqueda de chivos expiatorios dentro de la organización, como un método para descargar la tensión y el estrés²⁸.

Otro de los factores que muestran una gran incidencia en la aparición de conductas de acoso es la cultura corporativa de las organizaciones. De acuerdo con Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garrosa y Morante²⁹ el entorno de trabajo puede transmitir ciertas actitudes y valores a través de la cultura de la organización, lo que puede facilitar la aparición del acoso. La cultura corporativa podría definirse como el conjunto de significados compartidos dentro de una organización. En las organizaciones donde existe una cultura muy fuerte, puede existir mayor conformidad con las normas y las consignas de los superiores, lo que puede facilitar la aparición del acoso psicológico, ya que aquellos miembros que rompen las normas y reglas del grupo podrían estar más expuestos a situaciones de este tipo. De esta forma, parece que en ciertas organizaciones y entornos laborales (militares, bomberos), donde la cultura organizacional es rígida, el acoso, mediante procesos de socialización, puede llegar a institucionalizarse y convertirse en una práctica común, o como señalan Hoel, Rayner y Cooper¹ en "rituales organizacionales". Al respecto, Topa, Morales y Gallastegui³⁰, hallaron en una muestra de trabajadores de emergencias, que la aparición del acoso laboral se encontraba estrechamente relacionado con la cultura organizacional. Algunos estudios han comprobado que existe una mayor probabilidad de aparición del acoso en aquellas organizaciones sin pautas o políticas explícitas respecto al acoso psicológico²⁹.

El listado de antecedentes del acoso debe incluir necesariamente variables de orden "macro" como los factores socio-económicos. Por ejemplo, la creciente competitividad en las organizaciones como consecuencia de la globalización económica, ha llevado a que numerosas empresas lleven a cabo reestructuraciones, remodelaciones, fusiones y despidos masivos de personal, con el objetivo de reducir costes. Del mismo modo, la competencia entre trabajadores se ha incrementado debido a las elevadas tasas de desempleo. Por ejemplo, Baron y Neumann³¹ exploraron las relaciones entre diferentes cambios organizacionales y la agresión. Los predictores más potentes de la aparición de conflictos en el lugar de trabajo fueron los siguientes: uso de trabajadores a tiempo parcial, cambios en la dirección y recortes en las remuneraciones de los trabajadores. De igual forma, Muñoz, Guerra, Baron y Munduate³² encontraron que el cambio organizacional se relacionaba positivamente con el acoso. De acuerdo con De Witte³³ los trabajos inseguros y precarios aumentan la presión y la inestabilidad en el grupo de trabajo, lo que puede conducir a la desorganización dando lugar a un incremento en el conflicto y la ambigüedad de rol. A medida que aumenta la inseguridad en el trabajo, es menos probable que los trabajadores hagan frente y desafíen el trato injusto y agresivo por parte de sus jefes. En este mismo sentido se pronuncia la resolución del Parlamento europeo sobre el acoso psicológico en el trabajo (2001/2339/INI), señalando la existencia de un vínculo claro entre el acoso y un trabajo con un alto grado de competitividad, menor estabilidad en el empleo y una situación laboral precaria. A pesar de su dificultad de estudio, no se debe desdeñar el impacto potencial de estos cambios y procesos sobre el acoso.

Tal y como se ha observado, los antecedentes psicosociales muestran un alto nivel explicativo, sin embargo una comprensión global del fenómeno pasa, necesariamente, por analizar el rol de las variables personales, puesto que numerosas características individuales, tanto de las víctimas como de los acosadores, influyen en todo el proceso³⁴.

FACTORES INDIVIDUALES

Una de las cuestiones que más debate ha suscitado en la investigación sobre acoso y que aún no ha producido resultados definitivos hace referencia al papel de la personalidad. Lo que diversos autores denominan como “hipótesis de la personalidad” hace referencia a aquellos elementos del proceso de acoso que no son explicables exclusivamente por el contexto donde tiene lugar. Al comienzo del estudio del acoso, y probablemente con el objetivo de proteger a las víctimas, se eludió estudiar el papel que los factores personales pudieran tener en su curso y aparición. Sólo recientemente han comenzado a estudiarse los factores de riesgo o de vulnerabilidad relacionados con el acoso. No obstante, se debe ser precavido al respecto, puesto que desde esta perspectiva se puede culpar a la víctima de la situación o derivar en una “caza de brujas”³⁴. El énfasis no está tanto en la causalidad como en la vulnerabilidad. De acuerdo con Moreno-Jiménez et al³⁵ (p. 374) “*el análisis del acoso psicológico desde modelos de personalidad no debe confundir la influencia con la responsabilidad o la culpa, ni con el supuesto de psicopatologías previas*”.

La evidencia empírica actualmente disponible aporta dos tipos de información relevantes. Por un lado, contamos con un importante volumen de datos e hipótesis referentes a las características de personalidad de aquellos que padecen acoso en el trabajo. En segundo lugar, se han realizado diversos intentos para precisar cuáles serían los atributos psicológicos que podrían caracterizar a los acosadores, aunque en este sentido los datos son comparativamente mucho más escasos y parciales.

El perfil de la víctima

La hipótesis de la personalidad postula una clara vinculación entre ciertos factores personales y la aparición del acoso en el trabajo. Por ello, se ha hipotetizado que las víctimas de acoso pudieran ser “seleccionadas” debido a sus características de personalidad¹⁷, debido a que los acosadores los perciben como personas débiles. Desde esta perspectiva se han tratado identificar las variables individuales y de personalidad asociadas con el acoso psicológico. Por ejemplo, algunos autores describen a las víctimas como paranoicas, rígidas, compulsivas²⁸, con falta de competencias sociales³⁴ y con mayores puntuaciones en neuroticismo¹⁷. En la misma línea, Smith, Singer, Hoel y Cooper³⁶ hallaron una relación significativa entre las experiencias de acoso escolar y las de acoso psicológico en el trabajo. Einarsen et al³⁷ encontraron que muchas de las víctimas de acoso en Noruega consideraban que determinadas características de su personalidad como su baja autoestima o timidez contribuía a su problema. También se ha constatado que otras variables de personalidad como el neuroticismo o la autoeficacia se relacionan significativamente con el acoso psicológico^{17, 34}. En esta línea, estudios de meta-análisis han señalado que la autoestima tiene un efecto negativo sobre el acoso²⁷, y que el afecto negativo correlaciona en mayor medida con el acoso que el afecto positivo²⁶.

De forma similar, O'Moore, Seigne, McGuire, y Smith³⁸ informan que las víctimas son menos estables emocionalmente, mientras que Einarsen et al³⁷ han hallado que las víctimas de acoso muestran una pobre auto-imagen, al igual que una alta ansiedad en las situaciones sociales. Las víctimas de acoso han sido descritas como excesivamente suspicaces, cognitivamente poco flexibles y con una visión poco realista de sus propias habilidades y recursos²⁸. La controversia radica en si estas características deben ser consideradas causas del acoso o si por el contrario son resultado del proceso³⁸ (véase apartado futuras líneas de investigación).

El perfil del acosador

Por lo que respecta a las características de personalidad de las personas que llevan a cabo conductas de acoso, diversos autores plantean que este aspecto constituye una de las grandes incógnitas de la investigación en acoso psicológico³⁹. En la mayoría de los estudios existentes, la personalidad de los agresores es evaluada principalmente mediante las descripciones realizadas por las víctimas, con lo que la información que se obtiene resulta limitada y sesgada. Las características de personalidad que han sido atribuidas a los agresores son diversas.

Algunas aproximaciones, caracterizadas en ocasiones por planteamientos sensacionalistas, han sugerido un posible perfil de personalidad psicopatológico. Desde esta perspectiva se ha planteado la idea de una personalidad proclive a la violencia. Davenport, Schwatz, Pursell y Elliott⁴⁰ plantean que el acosador se caracteriza por ser excesivamente controlador, celoso, con ansias de poder y con limitadas competencias sociales. Por su parte, Zapf y Einarsen³⁴ han señalado que el acoso psicológico se encuentra estrechamente relacionado con la autoestima del agresor. Una autoestima excesivamente elevada puede conducir a comportamientos tiránicos, al asociarse con un excesivo perfeccionismo, arrogancia y narcisismo. Es más, determinadas situaciones pueden suponer una amenaza a la autoestima, por lo que las personas pueden llevar a cabo comportamientos de acoso como una forma de proteger su autoestima inestable y sus inseguridades². De esta forma, la agresión sería más probable en personas con la autoestima alta, antes que con baja, puesto que las personas con bajos niveles de autoestima muestran síntomas depresivos y retraimiento, más que tendencias agresivas hacia los demás⁴¹.

Otras características que se asocian con el acosador son las de conformismo y ensalzamiento de la obediencia a la autoridad. Todas estas dimensiones del análisis psicológico, encontramos atributos o propiedades análogas o muy próximas a las que presentan otros tipos de agresores o personalidades violentas. Por ejemplo, la impulsividad y la ausencia de empatía, han sido frecuentemente atribuidas a cierta clase de delincuentes, y a los responsables de maltratos familiares, los violadores, etc.

Matthiesen y Einarsen⁴² introdujeron en la literatura el concepto de víctimas activas. Se refiere a víctimas de acoso con comportamientos activos y agresivos que se caracterizan por un patrón de reacción ansioso-agresivo. Estas personas pueden comportarse de un modo que cause irritación y tensión a su alrededor, corriendo de esta forma un mayor riesgo de ser aislado o excluido socialmente, debido a que los demás perciben su conducta como molesta y agresiva. La investigación de Matthiesen y Einarsen⁴² halló que estas víctimas acosan a los más débiles mientras que al mismo tiempo son acosados por otros superiores o compañeros con más poder.

LOS EFECTOS DEL ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO

El acoso psicológico en el trabajo es considerado un severo estresor psicosocial que puede afectar seriamente el funcionamiento cotidiano de aquellos que lo padecen, con la aparición de diversos síntomas de estrés⁴³. Además, el acoso también puede tener consecuencias negativas a nivel organizacional. Por ello, algunos autores consideran que estamos ante la principal fuente de estrés social en el trabajo, y un problema más devastador para los empleados afectados que la suma de todos los demás estresores laborales juntos⁴⁴. Veamos algunas de las principales consecuencias de este fenómeno:

Efectos sobre el individuo

Distintos estudios han puesto de manifiesto que el acoso psicológico se encuentra fuertemente relacionado con diferentes problemas de salud.

como por ejemplo síntomas psicossomáticos⁴⁵, depresión⁴⁴, fatiga¹⁴, problemas de sueño³⁵ y ansiedad⁴⁶. Basándose en observaciones y entrevistas clínicas a víctimas de acoso, Brodsky^{2,8} identificó tres patrones de efectos sobre las víctimas. Algunos expresaban sus reacciones mediante el desarrollo de síntomas físicos no excesivamente graves, tales como sensación de debilidad, pérdida de fuerza, fatiga crónica, dolores y jaquecas. Otros reaccionaban con depresión y sintomatología asociada, como sensación de impotencia, falta de autoestima e insomnio. Un tercer grupo reaccionaba con síntomas psicológicos, como la hostilidad, problemas de memoria, hipervigilancia, sentimientos de victimización y evitación de los contactos sociales.

En vista de la constelación de síntomas señalados, se ha hipotetizado que las víctimas de acoso pueden padecer trastorno por estrés postraumático (TEPT en adelante). Las personas que padecen TEPT experimentan tres clases de síntomas⁴⁷: a) reexperimentación del hecho traumático, b) evitación y embotamiento psíquico, y c) hiperactivación. Según las investigaciones al respecto, parece que entre las víctimas de acoso la probabilidad de padecer TEPT es elevada. Leymann y Gustafsson⁴⁸ encontraron que el TEPT constituía el diagnóstico adecuado de aproximadamente el 90% de una muestra de 64 víctimas de acoso. Recientemente, Rodríguez-Muñoz et al⁴⁹, en un estudio entre víctimas de acoso psicológico en España, hallaron una prevalencia de TEPT que superaba el 40%. Igualmente, se ha señalado que la gravedad de los síntomas entre las víctimas de acoso puede ser mayor que en víctimas de otros tipos de trauma. Matthiesen y Einarsen⁵⁰ compararon las puntuaciones obtenidas por un grupo de víctimas de acoso con las de otras muestras expuestas a diversos acontecimientos traumáticos, como personas con familiares involucrados en accidentes de tráfico, personal de la ONU que había estado destinado en zonas bélicas y estudiantes de medicina expuestos a situaciones altamente estresantes (e.j., primera autopsia). Se observó que las víctimas de acoso presentaban puntuaciones más elevadas en sintomatología postraumática respecto a los tres grupos, especialmente en reexperimentación del trauma y en evitación.

Se trata esta de una línea de investigación rodeada de cierta polémica. En el diagnóstico del TEPT la persona debe haber estado expuesta a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático que represente un peligro para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física⁴⁷. Este criterio supone un problema en relación al diagnóstico del TEPT en víctimas de acoso, ya que las acciones típicas de acoso son predominantemente agresiones no físicas. Por ello, se han propuesto diagnósticos alternativos para las víctimas de acoso, como por ejemplo el trastorno por estrés agudo o el trastorno adaptativo. El trastorno por estrés agudo se diferencia del TEPT en que el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Respecto al trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad. El diagnóstico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del TEPT, como cuando el estrés postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente amenazantes para la integridad física (p.e. abandono del cónyuge). Además, una vez que el estresor haya cesado, la sintomatología no debe durar más de seis meses. Como han puesto de manifiesto la duración de los síntomas postraumáticos en víctimas de acoso excede notablemente los criterios temporales que los trastornos mencionados proponen⁴⁸.

Además, hay que tener en cuenta otros elementos. En primer lugar, y como afirman algunos de los expertos en psicología del trauma, que *"la clasificación del trastorno del estrés post traumático sirve mucho más de ayuda para el diagnóstico que como descriptor de la experiencia psicológica de la víctima. Sin duda, una comprensión del trauma significa tener en cuenta la totalidad de las experiencias de los supervivientes"*⁵¹ (p. 50). En segundo lugar, Ravin y Boal⁵² han señalado que con frecuencia la experiencia clínica precede al diagnóstico reflejado en el manual. Por otra parte, cuando una persona es acosada en el trabajo, en ocasiones, incluso tras el cese del hostigamiento, las víctimas se enfrentan a amenazas a su identidad personal, social y profesional, y en algunos casos a su capacidad financiera. Por ello, cuando hablamos de trauma causado por la violencia psicológica en el trabajo no estamos, pues, hablando tan sólo de una sintomatología de índole psicopatológica, sino de unos efectos que pueden ir más allá. En este sentido, el significado del agente traumático tiene también una importancia decisiva en las consecuencias. El rápido deterioro de la salud mental en víctimas de acoso se puede explicar, en parte, por la pérdida brusca de aportes psicosociales, como la disponibilidad económica, la seguridad física, la pérdida de habilidades laborales, la imposibilidad de predecir y planificar el futuro y la pérdida de una posición social valorada.

Las secuelas del acoso también pueden extenderse al ámbito familiar y social. Debido al grado de estrés social que provoca el acoso, los afectados pueden sufrir cambios en sus patrones de comunicación, y en sus niveles de irritabilidad y negatividad, que a su vez afectará a la calidad de su relación con su red socio-familiar. Los familiares y amigos pueden considerar que la víctima vive el suceso con una preocupación obsesiva. A menudo la víctima se aísla cada vez más, por la sensación de incompreensión de su entorno. En este sentido, numerosas víctimas de acoso indican que carecen de apoyo social^{44,45}.

Efectos sobre la organización y el entorno

Los efectos negativos del acoso no perjudican sólo al individuo, sino que también pueden producir un deterioro en la organización. El primer y más evidente coste es el absentismo y la duración de las bajas del personal. Los trabajadores afectados por acoso psicológico, antes o después, presenta dificultades y problemas de salud que le llevan primero a bajas cortas por enfermedad con las que se intenta recuperarse de algunos problemas de salud experimentados y tratar de reformular la situación. Con el tiempo, se producen bajas de más larga duración, algunas de ellas debido a los problemas psicológicos y médicos mencionados. Diversos estudios han mostrado que el acoso psicológico está asociado con altas tasas de absentismo, numerosos intentos de abandonar la organización y con una alta rotación laboral^{2,53}. Se ha comprobado que el acoso es un fuerte predictor de las bajas por enfermedad. En un estudio entre personal sanitario, se estudió que trabajadores tenían un mayor número de bajas medicas certificadas. Se comprobó que, tras controlar el sexo y la edad, las bajas laborales eran un 51% más frecuente en víctimas de acoso que en el resto de los trabajadores, algunos con otro tipo de problemas médicos y/o psicológicos⁵⁴.

El acoso también se ha relacionado con la disminución de la satisfacción laboral, la motivación en el trabajo, y el compromiso organizacional. Rodríguez-Muñoz et al⁵⁵, en un estudio longitudinal, encontraron que el acoso se asociaba con presentaban menores niveles de satisfacción laboral. Bowling y Beehr (2006) observaron que el acoso se asociaba negativamente con el compromiso organizacional. Resultados similares fueron encontrados por Einarsen, Matthiesen y Skogstad⁵⁶, quienes hallaron relaciones significativas entre las experiencias de acoso y los síntomas de *burnout*.

Otra de las consecuencias son la disminución de la cantidad y calidad del trabajo desarrollado por la persona afectada, el entorpecimiento o la imposibilidad del trabajo en grupo, problemas en los circuitos de información y comunicación, etc. Es posible también, en fases más avanzadas, que el trabajador afectado abandone la empresa. Cuando se consigue, el abandono de la empresa puede representar una pérdida de experiencia y conocimientos para la organización.

No hay lugar a dudas que los problemas señalados acarrear un alto coste financiero en las organizaciones. Se ha estimado que el coste económico de caso de acoso para una organización varía en entre 30.000 y 100.000 dólares estadounidenses⁷. Los cálculos realizados por Hoel, Einarsen, y Cooper⁵³ de un caso de acoso en Gran Bretaña, sitúan los costes alrededor de 28.000 libras británicas. Además, hay que sumarles costes indirectos, como el daño a la imagen pública de las organizaciones, y la consecuente pérdida potencial de clientes

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Tal y como se ha podido comprobar, el desarrollo de la investigación sobre acoso psicológico ha crecido y evolucionado sustancialmente en los últimos años. Sin embargo, para alcanzar una comprensión completa del fenómeno aún quedan por explorar numerosos aspectos del problema. Veamos algunas posibles futuras líneas de investigación.

Una de las líneas más necesarias se centra en los estudios longitudinales, puesto que la gran mayoría de las investigaciones sobre acoso se han llevado a cabo mediante diseños transversales, lo que no permite concluir en términos causales. Esto hace que se conozca poco sobre cómo los distintos elementos involucrados en el proceso de acoso se relacionan entre sí a lo largo del tiempo. Tal y como plantean Rodríguez-Muñoz et al.⁵⁵, la dirección de la relación entre los factores se ha inferido desde modelos teóricos, en lugar de basarse en datos empíricos. Por ejemplo, en el caso de las consecuencias del acoso, existe un elevado consenso sobre lo dañino de este fenómeno, siendo considerado como un severo estresor que puede conducir a diversos problemas de salud. Sin embargo, al igual que con el resto de formas de estrés laboral, es posible que existan otras formas de causalidad, como la inversa o la recíproca. En este sentido, Kivimäki et al.⁵⁷, encontraron que un incremento en las conductas de acoso se relacionaba con mayores niveles de depresión dos años después, que a su vez contribuía a la aparición de un mayor número de conductas de acoso. De modo similar, en un reciente estudio longitudinal Nielsen et al.⁵⁸ hallaron que existía una relación recíproca entre los problemas psicológicos y el acoso. Estos hallazgos evidencian la complejidad del proceso de acoso. Una de las mayores controversias en el campo radica en el papel de la personalidad en el acoso. Actualmente no se sabe con exactitud si la personalidad es un factor de vulnerabilidad para sufrir acoso, o si por el contrario se trata de una consecuencia del mismo. Leymann² se opuso enérgicamente a la idea de que la personalidad de un individuo predisponga a convertirse en objeto de comportamientos de acoso. Este autor planteaba que las características inestables y ansiosas de muchas víctimas deberían ser entendidas como una consecuencia de la experiencia traumática del acoso. No hay duda de que este debate continuará hasta que se lleven a cabo investigaciones longitudinales sobre esta cuestión. Hasta la fecha, no existen estudios longitudinales sobre acoso con población española. Por tanto, parece evidente la necesidad de llevar a cabo este tipo de estudios, para esclarecer la dirección de las relaciones entre el acoso y sus antecedentes y consecuencias.

Dentro del ámbito de las consecuencias asociadas con el acoso, otra prometedora línea de investigación consiste en la inclusión de medidas objetivas. Según diversos autores, para comprender la relación entre los factores de estrés laboral y los problemas de salud resulta de vital importancia el estudio de las variables fisiológicas⁵⁹. Sin embargo, los datos al respecto en el campo del acoso son muy limitados. Tan solo un par de estudios han aportado datos sobre alteraciones del ciclo circadiano en víctimas de acoso, con menores niveles de concentración de cortisol salivar^{60, 61}. Por su parte, Moreno-Jiménez et al.⁶² hallaron que el acoso se relacionaba positivamente con la activación fisiológica, evaluada mediante la presión arterial sistólica y diastólica, así como con un mayor índice de masa corporal. Se ha sugerido que una desregulación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) puede explicar los problemas de salud que experimentan las personas en situaciones de estrés crónico⁶³. Además, con este tipo de variables se podría “objetivar” en mayor medida el daño que pueden padecer las víctimas de acoso. Por ello, y sin querer desmerecer la importancia de los indicadores de salud autoinformados, resulta crucial avanzar en este campo.

Por otra parte, la mayoría de las investigaciones se han centrado en analizar la díada víctima-acosador, desde una perspectiva individual. Sin embargo, los procesos de acoso psicológico aparecen y se desarrollan en un contexto organizacional y social que los configura y condiciona. Por lo tanto, otro reto en este campo de investigación consiste en superar esa visión individualista y parcial, y explorar el acoso desde enfoques y análisis grupales. Del mismo modo, gran parte de la investigación ha centrado su atención en las personas objeto de las conductas de acoso, dejando a un lado el estudio de los agresores. Existe una creencia, especialmente arraigada entre las víctimas de acoso, sobre la estabilidad del acoso en el tiempo, que hace que los agresores sigan acosando, mientras que las víctimas nunca puedan llevar a cabo este tipo de acciones sobre sus compañeros o superiores. Sin embargo, Bowling y Beehr²⁶ plantean que el proceso de acoso dista mucho de un simple patrón emisor-receptor. De hecho, es posible que algunas víctimas puedan convertirse en agresores mediante un mecanismo de agresión desplazada, o por mera venganza. Al respecto, existe evidencia empírica incipiente que apunta hacia esta posibilidad⁴². Por lo tanto, los futuros estudios deberían profundizar en que padecer y llevar a cabo este tipo de conductas pueden ser procesos relacionados.

Uno de los aspectos que mayor interés suscitan entre la opinión pública es el porcentaje de personas afectadas por esta problemática. Como se ha visto en el apartado sobre prevalencia, su estimación no está exenta de controversia. Como sugieren Escartín et al.⁶⁴, es importante distinguir entre las experiencias subjetivas y objetivas de acoso. Aunque muchas personas pueden creer estar siendo sometidas a conductas de acoso en su trabajo, esta percepción subjetiva no se debe identificar necesariamente con la existencia del mismo. De modo similar, situaciones que pueden ser consideradas ofensivas por algunas personas, pueden ser interpretadas como graves por otras. Como método de evaluación del acoso, numerosos estudios se han basado en la experiencia subjetiva, la cual ha sido criticada por ser excesivamente simple, con poca fiabilidad y validez, y por no recoger la heterogeneidad ofrecida por las distintas conductas de acoso¹⁸. Actualmente, aún predomina el criterio de Leymann² para determinar si una situación puede ser considerada como acoso. Recordemos que una persona que responda haber padecido alguna de las conductas consideradas como acoso de forma frecuente y durante largo tiempo pueden ser clasificadas como víctimas de acoso. Sin embargo, estos criterios son claramente arbitrarios, puesto que Leymann los desarrolló en función de su experiencia clínica, con un colectivo concreto de víctimas. Por lo tanto, en el futuro habría que intentar unificar y desarrollar los distintos métodos para evaluar el acoso laboral. Esto nos conduciría a una mayor fiabilidad en los datos de prevalencia, así como a una mayor facilidad a la hora de compararlos. Igualmente, sería recomendable que las medidas de autoinforme se complementaran con observadores externos, para analizar el acuerdo entre ambos tipos de información.

Por último, pero no por ello menos importante, es necesario profundizar en las intervenciones en las situaciones de acoso. El estudio del proceso de acoso es relevante, ya que son los elementos que facilitan y permiten posteriormente la selección de criterios de actuación orientados a la prevención e intervención. Sin embargo, en la actualidad apenas existen estudios que evalúen la eficacia de los distintos tipos de intervención para prevenir o actuar contra el acoso. Una de las excepciones más notables la constituye el proyecto Danés “Titjob”, orientado a la rehabilitación de víctimas de acoso psicológico. Son especialmente importantes aquellas intervenciones preventivas que inciden en los factores etiológicos, puesto que de esta forma se actúa sobre el acoso de la forma más efectiva, directamente sobre sus causas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoel H, Rayner C, Cooper C. Workplace bullying. En: Cooper C, Robertson IT (Eds.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 14. Chichester: Wiley; 1999.
2. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *Eur J Work Org Psychol* 1996;5:165-84.
3. Björkqvist K, Österman K, Hjelt-Bäck M. Aggression among university employees. *Aggress Behav*. 1994;20:173-84.
4. Hirigoyen MF. *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona: Paidós; 2001.
5. Keashlv L. Emotional abuse in the workplace: Conceptual and empirical issues. *J Emotional Abuse*. 1998;1:85-117.

6. Einarsen S, Raknes BI. Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence Vict.* 1997;12:247-63.
7. Leymann H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Vict* 1990;5:119-26.
8. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. The concept of bullying at work. The European tradition. En Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (Eds.). *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice* (pp. 3-30). London: Taylor & Francis; 2003.
9. Einarsen S, Hauge LJ. Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: Una revisión de la literatura. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2006;22:251-73.
10. Matthiesen SB, Raknes BI, Røkkum O. Mobbing på arbeidsplassen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 1989; 26:761-74.
11. Niedl K. Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications. *Eur J Work Org Psychol* 1996;5:239-50.
12. Salin D. Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations* 2003;56:1213-32.
13. Zapf D. Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *Int J Manpower* 1999;20:70-85.
14. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Martínez M, Gálvez M. Assessing workplace bullying: Spanish validation of a shortened version of the negative acts questionnaire. *Span J Psychol* 2007;10:449-57.
15. Hoel H, Cooper C, Faragher B. The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status. *Eur J Work Org Psychol.* 2001;10:443-66.
16. Nielsen MB, Skogstad A, Matthiesen SB, Glasø L, Aasland MS, Notelaers G, et al. Prevalence of workplace bullying in Norway: Comparisons across time and estimation methods. *Eur J Work Org Psychol.* 2009;18:81-101.
17. Vartia M. The sources of bullying - psychological work environment and organizational climate. *Eur J Work Org Psychol.* 1996;5:203-14.
18. Notelaers G, Einarsen S, De Witte H, Vermunt JK. Measuring exposure to bullying at work: the validity and advantages of the latent class cluster approach. *Work Stress* 2006;20:288-301.
19. Leymann H. *Vuxenmobbing: om psykiskt våld i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur; 1986.
20. Niedl K. *Mobbing/bullying am Arbeitsplatz. Eine empirische Analyse zum Phänomen sowie zu personalwirtschaftlich relevanten Effekten von systematischen Feindlichkeiten*. Doctoral dissertation. München, Germany: Rainer Hampp Verlag; 1995.
21. Zapf D, Escartín J, Einarsen S, Hoel H, Vartia M. Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. En Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (Eds.), *Workplace bullying: Developments in theory, research and practice*. London & New York: Taylor & Francis; 2011.
22. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A. Introducción al número monográfico sobre acoso psicológico en el trabajo: una perspectiva general. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2006;22:245-50.
23. Hoel H, Salin D. Organisational antecedents of bullying at work. En Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (Eds.). *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis; 2003.
24. Rodríguez-Muñoz A, Gil F, Moreno-Jiménez B. Factores organizacionales y acoso psicológico en el trabajo: el papel moderador del liderazgo "laissez-faire". *Revista Psicología Social En prensa*.
25. Skogstad A, Einarsen S, Torsheim T, Aasland MS, Hetland H. The destructiveness of laissez-faire leadership behavior. *J Occup Health Psychol* 2007;12:80-92.
26. Bowling NA, Beehr TA. Workplace harassment from the victim's perspective. A theoretical and meta-analysis. *J Appl Psychol* 2006;91:998-1012.
27. Topa G, Depolo M, Morales JF. Acoso laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias. *Psicothema* 2007;19:88-94.
28. Brodsky CM. *The Harassed Worker*, Lexington Books, DC Heath and Company, Toronto; 1976.
29. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Garrosa E, Morante ME. Antecedentes Organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: un estudio exploratorio. *Psicothema* 2005;17(4):627-32.
30. Topa G, Morales JF, Gallastegui JA. Acoso laboral: relaciones con la cultura organizacional y los resultados personales. *Psicothema* 2006;18:766-71.
31. Baron RA, Neuman, JH. Workplace violence and workplace aggression: evidence on their relative frequency and potential causes. *Aggress Behav.* 1996;22:161-73.
32. Muñoz H, Guerra JM, Baron M, Munduate L. El acoso psicológico desde una perspectiva organizacional. Papel del clima organizacional y los procesos de cambio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2006;22:347-61.
33. De Witte H. Job insecurity: Review of the international literature on definitions, prevalence, antecedents and consequences. *SA J Industrial Psychol* 2005;31(4):1-6.
34. Zapf D, Einarsen S. Individual antecedents of bullying. En Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (Eds.). *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis; 2003.
35. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Moreno Y, Garrosa E. El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: dos estudios empíricos 2006. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*;22:363-80.
36. Smith PK, Singer M, Hoel H, Cooper CL. Victimization in the school and the workplace: Are there any links? *Br J Psychol* 2003;94:175-88.
37. Einarsen S, Raknes BI, Matthiesen SB. Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: An exploratory study. *Eur J Work Org Psychol* 1994;4:381-401.
38. Moore M, Seigne E, McGuire L, Smith M. Victims of bullying at work in Ireland. *J Occup Health Safety* 1998;14:568-74.
39. Rayner C, Cooper CL. The black hole in "bullying at work research". *Int J Management decision making* 2003;4:47-64.
40. Davenport N, Schwatz D, Pursell R, Elliott G. *Mobbing: Emotional abuse in the american workplace*. Iowa: Civil Society Publishing; 1999.
41. Baumeister RF, Smart L, Boden JM. Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychol Rev* 1996;103:5-33.
42. Matthiesen SB, Einarsen S. Perpetrators and targets of bullying at work: Role stress and individual differences. *Violence Vict.* 2007;22:735-53.
43. Rodríguez-Muñoz A. *Los efectos del acoso psicológico en el trabajo: el papel de los procesos cognitivos*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 2009.
44. Einarsen S, Mikkelsen EG. Individual effects of exposure to bullying at work. En Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (Eds.). *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis; 2003.
45. Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment and health outcomes. *Eur J Work Org Psychol* 1996;5:215-37.
46. Mikkelsen EG, Einarsen S. Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates. *Eur J Work Org Psychol* 2001;10:393-413.
47. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC; 2000.
48. Leymann H, Gustafsson A. Mobbing at work and the development of posttraumatic stress disorders. *Eur J Work Org Psychol* 1996;5:251-75.
49. Rodríguez-Muñoz A, Moreno-Jiménez B, Sanz-Vergel AI, Garrosa E. Post-traumatic symptoms among victims of workplace bullying: Exploring gender differences and shattered assumptions. *J Appl Soc Psychol.* 2010;40:2616-35.
50. Matthiesen SB, Einarsen S. Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *Br J Guid Counc* 2004;32:335-56.
51. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions-towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press; 1992.
52. Ravin JM, Boal CK. Post-traumatic stress disorder in the work setting: Psychic injury, medical diagnosis, treatment and litigation. *Am J Forensic Psychiatry* 1989;10:5-23.
53. Hoel H, Einarsen S, Cooper CL. Organisational effects of bullying. En Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (Eds.). *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis; 2003.
54. Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med* 2000;57:656-60.
55. Rodríguez-Muñoz A, Baillien E, De Witte H, Moreno-Jiménez B, Pastor JC. Cross-lagged Relationships between Workplace Bullying, Job Satisfaction and Engagement: Two Longitudinal Studies. *Work Stress* 2009;23:225-43.
56. Einarsen S, Matthiesen SB, Skogstad A. Bullying, burnout and well-being among assistant nurses. *J Occup Health Safety* 1998;14:263-68.
57. Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med* 2003;60:779-83.
58. Nielsen MB, Hetland J, Matthiesen SB, Einarsen S. Longitudinal relationships between workplace bullying and psychological distress *Scand J Work Environ, in press*.

59. Geurts SAE, Sonnentag S. Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scand J Work Environ Health* 2006;32:482-92.
60. Hansen AM, Hogh A, Persson R, Karlson B, Garde AH, Orbaek P. Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *J Psychosom Res* 2006;60:63-72.
61. Kudielka BM, Kern S. Cortisol day profiles in victims of mobbing (bullying at the work place): preliminary results of a first psychobiological field study. *J Psychosom Res* 2004;56:149-50.
62. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Sanz-Vergel AI, Moreno Y. Acoso psicológico en el trabajo y problemas de salud: El papel de la activación fisiológica. *Psicothema* 2011;23(2):227-32.
63. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull* 2006;132:327-53.
64. Escartín J, Arrieta C, Rodríguez-Carballera A. Mobbing o Acoso laboral: Revisión de los principales aspectos teórico-metodológicos que dificultan su estudio. *Actualidades en Psicología* 2009;23(110):1-19.

Intervenciones preventivas de la violencia interna en el trabajo: políticas de buenas prácticas y gestión de conflictos

Internal violence at work preventive interventions: good practice policies and conflict management

Antonia Bernat Jiménez, Ana Capapé Aguilar, Covadonga Caso Pita

Servicio Prevención Riesgos Laborales. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. España.

Correspondencia:

Antonia Bernat Jiménez
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
Hospital Clínico San Carlos
C/ Profesor Martín Lagos s/n
28040 Madrid. España.
Tfno.: + 34 913303431
E-mail: abernat.hcsc@salud.madrid.org

Resumen

La violencia interna en el lugar de trabajo es la que tiene lugar entre los trabajadores, incluidos mandos y directivos. Incluye la violencia física, el acoso sexual y el acoso psicológico, abarcando también otras conductas de violencia psicológica diferenciadas de éste.

Debe ser considerada como un riesgo psicosocial, que supone un peligro importante para la salud y seguridad de las personas, y tiene repercusiones organizacionales a través de costes directos e indirectos.

Considerar la violencia interna con este enfoque de riesgo laboral, supone que su abordaje se ha de realizar aplicando los principios de la acción preventiva, a la vez que permite adoptar estrategias de actuación dirigidas a la prevención del fenómeno.

Las principales organizaciones a nivel mundial y nacional proponen la implementación de una política de prevención de la violencia en el lugar de trabajo.

Este artículo trata sobre la conveniencia del desarrollo e implementación en las organizaciones de una política de prevención de la violencia interna, de carácter integral e integrado, que involucre a toda la organización, orientada a lograr entornos de trabajo más saludables y con un enfoque centrado en los factores organizativos y psicosociales.

En el artículo se contemplan las premisas esenciales de esa política preventiva de la violencia interna, abordándose también los momentos básicos de la estrategia preventiva:

- La evaluación de riesgo psicosociales.
- La política de buenas prácticas.
- Los procedimientos de gestión de conflictos y acoso psicológico en el trabajo.
- Las estrategias de comunicación organizacional y las acciones formativas.

Para conseguir auténtica efectividad, las políticas de prevención de la violencia interna deben incorporarse al Sistema de Gestión de la Prevención de la organización, que, a su vez, estará integrado en todos los sistemas de gestión restantes de la empresa.

Palabras claves: *Violencia en el lugar de trabajo, prevención riesgos psicosociales, conflictos, acoso psicológico.*

Abstract

Internal violence in the workplace is that which happens between coworkers, including middle management and high command. It includes physical violence and sexual and psychological harassment, as well as other psychological violent conducts different from that.

It must be considered as a psychosocial risk which involves important danger for people's health and safety as well as organizational repercussions through direct and indirect costs.

Considering internal violence from the "work risk" point of view means that it should be approached using the preventive action principles while it also allows the adoption of active strategies directed to prevent the phenomenon.

Main national and international organizations propose to implement policies to prevent violence in the workplace.

This article deals with the convenience of the development and implementation in organizations of an internal violence prevention policy, which involves all the organization, orientated to achieve healthy workplace environments focused on organizational and psychosocial factors.

This article approaches the essential premises of internal violence prevention policies, dealing as well with the basic moments of the preventive strategy:

- psychosocial risks evaluation
- good practice policy
- procedures for management of conflicts and psychological harassment at work
- organizational communication strategies and formative actions

To accomplish actual effectiveness, the internal violence prevention policies must be incorporated to the organization's Prevention Management System, which will at the same time, be integrated in all the rest of the management systems of the company.

Key words: *Workplace violence, psychosocial risks prevention, conflicts, psychological harassment.*

INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno difuso y complejo cuya definición está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia como: el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

A su vez, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), al referirse a la violencia en el lugar de trabajo, la define como toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma.

Adoptamos aquí pues, una definición de violencia amplia, que abarca las diferentes manifestaciones estructurales de la violencia laboral, ya sea física o psicológica.

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en los últimos años en un problema mundial que atraviesa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales (OIT, 2002).

Dentro de la violencia laboral, se denomina violencia interna a la que tiene lugar entre los trabajadores, incluidos directores y supervisores. A ella nos referiremos en este artículo.

Dentro de la violencia interna podemos diferenciar:

- Violencia física: donde la característica principal es la conducta agresiva (con amenaza y/ o daño físico sobre la salud).
- Acoso sexual: que incluye conductas de naturaleza sexual o comportamientos basados en el sexo que afectan a la dignidad de la mujer y del hombre en el lugar de trabajo bajo formas de manifestación verbales y/o físicas.
- Acoso psicológico: desde el campo técnico de la Prevención de Riesgos Laborales (PRL), se puede definir como la exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otras que actúan frente a aquellas desde una posición de poder (no necesariamente jerárquica). Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud ¹.

Se incluyen también otras conductas de violencia psicológica diferenciadas del fenómeno de acoso psicológico.

Este despliegue de comportamientos violentos en el contexto laboral supone un importante riesgo para la salud y la seguridad de las personas (Advisory Committee of Safety, Hygiene and Health Protection at work of the European Commission, 2001).

Además de la repercusión sobre el bienestar y la salud de los trabajadores, es evidente el impacto que en la organización genera cualquier tipo de violencia, produciendo costes directos (pérdidas en tiempo de trabajo, en mejora de medidas de seguridad, etc.) e indirectos (productividad y calidad) y, al traspasar el umbral de la empresa, suponen también un coste social.

La violencia en el trabajo debemos encuadrarla dentro de un contexto más amplio de violencia en nuestra sociedad, que tiende a naturalizar la violencia y sus expresiones, percibiéndose a menudo, al estar tan presente, como un componente ineludible de la condición humana, un hecho ineluctable ante el que hemos de reaccionar en lugar de prevenirlo (OMS).

Esta misma situación se da en los lugares de trabajo, llegando a considerarse como parte integrante de algunas áreas de actividad u ocupaciones. No obstante, el origen de la violencia laboral, en la mayoría de las ocasiones, hay que localizarlo dentro de un contexto empresarial y social marcado por profundas inestabilidades, con un mercado laboral que evoluciona rápidamente y con nuevas condiciones laborales en respuesta a las necesidades empresariales y de las nuevas tecnologías.

Todas estas transformaciones y su significado, permiten afirmar que en las próximas décadas la actividad y el contexto laboral van a seguir evolucionando, siendo muy probable que se mejore el control y la prevención de los riesgos físicos, pasando a adquirir una mayor relevancia los riesgos psicosociales ².

Aún reconociendo su complejidad, la amplia variabilidad que ofrece y los múltiples factores por los que se ve afectada, considerar la violencia interna con este enfoque de riesgo laboral, permite adoptar estrategias preventivas dirigidas a la prevención del fenómeno.

Por tanto, la intervención en los riesgos de violencia interna precisa de un cambio sustancial: centrarse en las condiciones y la organización del trabajo y actuar a través de un proceso preventivo pro-activo e integral. La naturaleza compleja y multicausal del fenómeno, exige trabajar desde una perspectiva global, integradora y participativa.

Este artículo tratará sobre la conveniencia del desarrollo e implementación en las organizaciones de una política de prevención de la violencia interna, de carácter integral e integrado, que involucre a toda la organización, orientada a lograr entornos de trabajo más saludables y con un enfoque centrado en los factores organizativos y psicosociales.

LA VIOLENCIA INTERNA COMO RIESGO PSICOSOCIAL

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece en su artículo 4, que “*se entenderá como riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo*”. El mismo artículo define el daño derivado del trabajo como “*las enfermedades, patologías, o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo*”.

El artículo 3 del Reglamento de los Servicios de Prevención establece que para realizar la evaluación de riesgos deberán tenerse en cuenta, entre otras, “*las condiciones de trabajo existentes o previstas*”, entendiéndose como condición de trabajo lo dispuesto en el artículo 4 de la propia Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), “*cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador, quedando específicamente incluidas en esta definición... todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador*”.

Se asume, por tanto, que la violencia interna es un riesgo psicosocial, recibiendo la misma consideración cualquier otro tipo de violencia que se produzca en el entorno de trabajo, que cause o pueda llegar a causar daño físico, psíquico o moral ³.

La consideración de la violencia interna como riesgo psicosocial, supone que su abordaje preventivo deberá realizarse como con cualquier otro riesgo, es decir, aplicando los principios de la acción preventiva (artículo 15, LPRL): intervenir, con el fin de eliminar los riesgos y, si no es posible, evaluarlos y controlarlos.

Es imprescindible que el enfoque preventivo de la violencia interna trascienda la cuestión individual, centrándose en las condiciones de trabajo, al entender que, básicamente, el sustrato que favorece la aparición de este tipo de riesgos se encuentra ligado a dos aspectos: la organización del trabajo y las relaciones personales en el mismo ⁴.

FACTORES ORGANIZACIONALES ANTECEDENTES DE LA VIOLENCIA INTERNA

En la actualidad, existe una amplia evidencia científica que muestra una importante relación entre la organización del trabajo y las conductas de violencia.

Entre las dimensiones organizativas que favorecen las conductas violentas, encontramos: una deficiente organización del trabajo, la falta de reconocimiento y apoyo social, las altas cargas de trabajo, los recursos insuficientes, el clima de trabajo estresante, los conflictos de rol, los estilos de liderazgo no constructivos, los flujos pobres de información, la comunicación deficitaria y, en general, la existencia en la organización de una cultura de tolerancia a la violencia.

Diversos estudios han descrito los escenarios de trabajo en los que se producen prácticas de acoso psicológico como faltos de apoyo, con elevados niveles de conflictos ⁵, con una ausencia de liderazgo constructivo y un clima laboral insatisfactorio ⁶, con un estilo autoritario de zanjar las diferencias de opinión y pocas oportunidades de influencia de los trabajadores sobre los temas que les afectan ^{7, 8}.

También existen evidencias de que la asignación de trabajos poco claros y la ambigüedad de rol están directamente relacionados con la agresión en el trabajo ⁹. En igual sentido, las prácticas de acoso psicológico en el trabajo han sido relacionadas con entornos laborales en los que se perciben expectativas, demandas y valores poco precisos o contradictorios ⁷. En general, ambientes de trabajo con una organización deficitaria, en los que los roles y estructuras no están bien definidos, presentan una relación positiva con la incidencia de acoso psicológico ^{6, 10}.

Los estudios centrados en entornos laborales que maximizan el logro de metas frente a otras necesidades de la organización, han relacionado este hecho, frecuentemente, con una mayor presencia de prácticas de acoso psicológico en el trabajo, argumentando que algunos miembros pueden percibir que se da tácitamente una autorización para el uso de cualquier técnica o comportamiento para lograr las metas propuestas ¹¹. Además, el ambiente de competitividad, esperable en estos contextos, ha sido también relacionado con situaciones de acoso ¹².

Otra línea de investigación, que estudia las relaciones de determinadas dimensiones del clima y la cultura organizacional con la violencia interna en las organizaciones, es la centrada en los entornos con poco control por parte de los responsables, encontrándose aquí relaciones significativas con el desarrollo de situaciones de acoso psicológico entre los compañeros ^{6, 10}.

Existen además evidencias de que las medidas preventivas destinadas a mejorar el entorno y la organización del trabajo, han resultado especialmente eficaces en la formación de un clima favorable, contribuyendo a la creación de un ambiente que promueve tanto la salud de los trabajadores como la eficacia organizacional ¹³.

ABORDAJE PREVENTIVO

El reconocimiento y sensibilización ante el riesgo de violencia interna en el trabajo, debe plantear en las organizaciones la necesidad de hacer frente a esta realidad. Por un lado, con actuaciones que promuevan el desarrollo de una cultura de no violencia y, por otro lado, planteando acciones preventivas que aseguren el derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, establecido por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

En este sentido, las principales organizaciones relacionadas con el tema de la violencia en el lugar de trabajo (Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo...) proponen, como medida preventiva principal, el establecimiento de una política preventiva frente a los riesgos de violencia laboral.

Se contempla así la necesidad del desarrollo e implementación de una política de prevención de la violencia en el lugar de trabajo que deberá quedar incorporada al Plan de Prevención de la organización, integrándose a su vez en los sistemas de gestión existentes en la misma (Ley 54/2003 y RD 604/2006, sobre la integración de la prevención en la empresa).

Centrándonos ya en el fenómeno de la violencia interna, cualquier política preventiva frente a este riesgo, que pretenda ser efectiva, debe cumplir unas premisas fundamentales:

- Dirigirse a la cultura (valores) y al clima organizacional.
- Obtener el compromiso de todos los miembros de la organización.
- Estar centrada en la organización del trabajo.
- Abarcar las diferentes fases del riesgo, mediante actividades preventivas de diferente nivel.
- Reconocer como ámbitos de competencia en la materia la Prevención de Riesgos Laborales y Recursos Humanos.

Promover un sistema de Comunicación organizacional efectivo y promover actividades formativas relacionadas con el riesgo de violencia, son estrategias preventivas indispensables a contemplar en la gestión preventiva de la violencia interna.

El primer paso en el establecimiento de esta política debería consistir en un análisis, por parte de la organización, que contemplara, entre otros, los siguientes aspectos: su propia situación respecto al riesgo de violencia interna, su cultura preventiva, los recursos y el estado de su gestión preventiva.

En la siguiente etapa deberían identificarse objetivos y estrategias preventivas a implantar. Un enfoque organizacional, participativo, integral e integrado, es imprescindible para abordar la prevención de la violencia interna y sus causas subyacentes.

El diseño preventivo de esta política deberá ser explícito, plasmándose a través de una serie de documentos y/o procedimientos, que definirán lo que corresponde hacer, y que serán aceptados por todos los miembros de la organización y difundidos en la misma.

APLICACIÓN Y DESARROLLO DE HERRAMIENTAS PREVENTIVAS

A la hora de diseñar el desarrollo de la política preventiva de la violencia interna, algunas propuestas actuales ³, plantean procedimientos generales de prevención de la violencia interna, que se caracterizan por una visión sistémica del problema, abarcando desde la prevención pro-activa (en ausencia de situaciones de violencia), hasta la gestión y solución del problema organizativo y la toma de decisiones sancionadoras, una vez probada la efectividad de situaciones de violencia.

la existencia de situaciones de violencia.

Este planteamiento propone un procedimiento¹⁴ que se aplica a través de una serie de momentos básicos: Negociación y acuerdo, Prevención pro-activa, Detección temprana del riesgo de violencia (evaluación de riesgos psicosociales), Gestión y resolución interna del conflicto (Comisión de Conflictos), y un último momento que se centra en las Respuestas de solución, seguimiento y control.

Se debe destacar, especialmente, la fase de Prevención pro-activa, en que se propone el análisis de la situación de la actuación preventiva actual de la organización, chequeando sus fortalezas y debilidades en este aspecto y estableciendo de esta forma:

- Las características del sistema de gestión preventivo existente.
- El grado de cumplimiento de las obligaciones preventivas generales.
- La cultura preventiva de la organización.

La última fase o momento, Respuestas de Solución, se va a beneficiar de este abordaje, ya que se recogerán las deficiencias detectadas, a lo largo de todos los pasos del proceso, a las que debe dirigirse la acción preventiva:

1. Las deficiencias detectadas en:
 - La gestión preventiva de la organización.
 - Las actuaciones preventivas específicas frente a violencia interna.
 - El clima de violencia en la organización.
2. Las deficiencias detectadas por la Comisión de Conflictos y que hayan sido consideradas como fuente de riesgo de violencia.
3. Aplicación del régimen disciplinario, en su caso.

Las ventajas de la implementación de un procedimiento preventivo integral como el expuesto parecen evidentes. Al actuar frente al riesgo de violencia en sus diferentes momentos o fases: preventiva proactiva, violencia de baja intensidad, de denuncia y de resolución, asegura a la organización un abordaje integral del riesgo. A su vez, redundando en beneficios para los trabajadores, ya que con el procedimiento se fortalecen las garantías de la gestión interna de las situaciones de violencia desde sus primeros momentos, ayudando, mediante la participación y el control, a alcanzar soluciones consensuadas y participadas.

Este planteamiento supone un importante avance en el abordaje y gestión de estos riesgos. No obstante, la dificultad que para muchas organizaciones puede suponer la implementación de un procedimiento de estas características (consenso, recursos...), no puede significar la renuncia al desarrollo de una política de prevención de la violencia interna, que partirá siempre de un compromiso de toda la organización y que permitirá, a través del desarrollo e implementación de diferentes actuaciones preventivas, el correcto abordaje de estos riesgos.

Así, manteniendo las premisas del consenso, la actuación centrada en los factores de la organización y el abordaje integral, se desarrollarán las herramientas preventivas necesarias para abarcar las diferentes fases de la violencia interna, desde actuaciones de intervención sobre la cultura organizacional hasta aquellas dirigidas al apoyo y atención de las personas afectadas por este riesgo.

Para ello, contaríamos con:

- Reconocimiento del riesgo de violencia y Declaración de tolerancia cero frente a cualquier tipo de violencia en la organización.
- Código de Buenas Prácticas.
- Evaluación de factores psicosociales.
- Implementación de un protocolo que abarque no solo los casos graves de violencia (acoso psicológico), sino también los de menor intensidad, siendo imprescindible contemplar la gestión y resolución de conflictos.
- Medidas de apoyo, atención y reintegración de los trabajadores afectados por la violencia.

El compromiso de la Dirección de la organización con la prevención de la violencia interna, debería implicar que de estas actuaciones se derivarán soluciones efectivas.

Por otra parte, al tratarse de un problema relacionado con las personas, resulta clara la implicación de los Recursos Humanos ante el fenómeno de la violencia interna. No obstante, pensamos que los procedimientos preventivos no tienen por qué incluir explícitamente la fase sancionadora, aunque sí articular esta relación que, sin duda, se verá favorecida por el hecho de que la gestión de la prevención esté integrada en el resto de sistemas de gestión de la empresa.

EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

La evaluación de riesgos psicosociales es una actuación preventiva de obligado cumplimiento para las organizaciones.

Para poder actuar sobre los factores que están en el origen de las situaciones de violencia laboral, es necesario detectarlos y analizarlos. Por lo tanto, el primer paso, tras el reconocimiento del riesgo, para actuar de forma temprana ante situaciones de violencia interna es la evaluación e identificación de riesgos psicosociales.

No obstante, al ser la evaluación de riesgos una actividad general, no específica en su actuación frente al riesgo de violencia, es aconsejable contemplar la utilización complementaria de instrumentos que nos permitan identificar los factores organizativos antecedentes de las situaciones de violencia interna.

A pesar de que la Ley de PRL marca la obligatoriedad de evaluar todo tipo de riesgos, incluidos los psicosociales, la situación real de la actividad preventiva en este campo es bien diferente. A fin de centrar el estado de la cuestión, presentaremos un resumen de los datos aportados por la Encuesta ESENER (2009) y por la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2007).

La Encuesta Europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER), de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA), interroga a directivos y representantes de los trabajadores en materia de seguridad y salud, acerca de la manera en que se gestionan los riesgos laborales en el lugar de trabajo, haciendo especial hincapié en los riesgos psicosociales.

Las principales conclusiones presentadas en esta encuesta, relacionadas con la gestión de los riesgos psicosociales, son las siguientes:

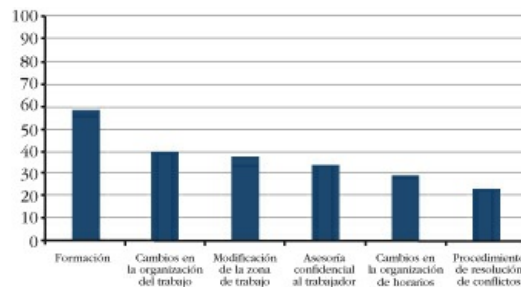
- La gestión de los riesgos psicosociales es más frecuente en las grandes empresas, así como en el sector sanitario y social.
- Más de un tercio de empresas de la Europa de los Veintisiete afirmaron contar con procedimientos para gestionar el acoso moral (30%), la

violencia en el lugar de trabajo (26%) o el estrés laboral (26%).

— No obstante, son pocos los países en los que se observa un recurso sistemático a estos procedimientos más formalizados (las cifras más altas se registraron en Irlanda, el Reino Unido, los Países Bajos y los países escandinavos y Bélgica).

— Por lo general, las empresas gestionan los riesgos psicosociales proporcionando formación y realizando cambios en la organización del trabajo (Gráfico 1). Sin embargo, solo alrededor de la mitad de los encuestados informan a los trabajadores acerca de los riesgos psicosociales y sus efectos en la salud y la seguridad.

Gráfico 1. Medidas para gestionar los riesgos psicosociales en el trabajo (porcentaje de empresas de la EU-27)



— Los principales factores impulsores en la gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo en general y de los riesgos psicosociales en particular, parecen ser: el cumplimiento de las obligaciones jurídicas y las solicitudes de los trabajadores o sus representantes (Gráfico 2).

Gráfico 2. Motivos por los cuales las empresas se ocupan de la seguridad y la salud (porcentaje de empresas de la EU-27 que los consideran “muy importantes”)

Motivos (porcentaje empresas EU-27)	País	
	Tasa alta	Tasa baja
Cumplimiento de obligaciones jurídicas (90%)	Hungría (97%)	Grecia (70%)
	Rumanía (96%)	Chipre (73%)
	Finlandia (96%)	Letonia (74%)
Reclamación por parte de los trabajadores o de sus representantes (76%)	Finlandia (96%)	Croacia (23%)
	Rumanía (91%)	Bulgaria (54%)
	Dinamarca (90%)	Eslovenia (55%)
Reclamación por parte de los clientes o preocupación por el prestigio de la empresa (67%)	Turquía (89%)	Croacia (12%)
	Portugal (83%)	Eslovenia (40%)
	Rumanía (83%)	Austria (46%)
Retención del personal y gestión del absentismo (59%)	Finlandia (93%)	Croacia (10%)
	Noruega (91%)	Italia (33%)
	Países Bajos (87%)	Polonia (37%)
Pensiones por parte de la inspección del trabajo (57%)	Alemania (80%)	Croacia (16%)
	Turquía (73%)	Austria (25%)
	Rumanía (68%)	Bulgaria (28%)
Motivos económicos o de rendimiento (52%)	Turquía (84%)	Croacia (15%)
	Rumanía (83%)	Italia (35%)
	Portugal (78%)	Luxemburgo (38%)

— Los principales obstáculos mencionados en lo referente a la gestión de los riesgos psicosociales en las empresas son la falta de sensibilización, de formación y de recursos. Las grandes empresas mencionan también la percepción de esta cuestión como un tema sensible, así como problemas con la “cultura de la empresa” (Gráfico 3).

Gráfico 3: Principales dificultades en la gestión de la seguridad y la salud (porcentaje de empresas de la EU-27)

Factor	Porcentaje empresas EU-27
Falta de recursos, como tiempo, personal o dinero	36%
Falta de sensibilización	26%
Falta de competencias	24%
Cultura de empresa	24%
Sensibilidad de la cuestión	23%
Falta de apoyo u orientación técnicos	21%

En España, la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, concluye sobre este tema:

— En las empresas grandes se evalúa con mayor frecuencia los aspectos mentales y organizativos. El sector servicios destaca respecto al resto

en cuanto al porcentaje de trabajadores que afirmó que se había realizado un estudio de su puesto de trabajo durante el último año referido a estos aspectos (nivel de atención, horario, pausas, ritmo, estrés, etc..)

— Es destacable que el 15% de los trabajadores señale que desconoce si tras el estudio se ha adoptado alguna medida. Este hecho es más frecuente en el sector Servicios y, dentro de este sector, en las ramas de Actividades sanitarias y veterinarias / Servicios Sociales (21,1%) y en la Administración pública / Educación (18,4%).

POLÍTICA DE BUENAS PRÁCTICAS

Continuando con el desarrollo de actuaciones preventivas que abarquen las diferentes fases de la violencia interna, se considera prioritario contemplar actuaciones que, incidiendo en la cultura y el clima organizacional, persiguen ser herramientas preventivas frente a este riesgo.

El estudio de la violencia ha sido abordado por los investigadores desde tres enfoques diferentes: el enfoque individual, el enfoque descriptivo epidemiológico y el enfoque organizacional.

Manteniendo el enfoque organizacional, ya expuesto al plantear la prevención de la violencia interna en las organizaciones, se parte aquí de un modelo explicativo de violencia en el trabajo compatible con el mismo y centrado en el análisis de la interacción entre el individuo y la organización, resaltando cómo aspectos de la estructura y el clima organizacional pueden facilitar el desarrollo de una cultura de violencia.

La cultura organizacional hace referencia a las creencias, a los principios, explícitos o implícitos, compartidos por todos los que forman parte de una organización.

Este conjunto de creencias se concreta en una serie de normas sociales implícitas, que también son compartidas por los miembros del grupo, y que permite a sus integrantes exhibir ciertas conductas e inhibe otras.

Una cultura laboral abierta y humana alienta la participación y el compromiso de los miembros de la organización. Es una fortaleza que mejora el clima laboral en las organizaciones, a la vez que las encamina hacia la excelencia.

Entre las dimensiones relevantes de cultura que parecen destacar por su influencia sobre las conductas de las personas, están la consideración, la colaboración y el apoyo entre los miembros del grupo. Diversos trabajos empíricos atribuyen poder predictivo de estas dimensiones de la cultura organizativa sobre las conductas de acoso laboral ¹⁵.

El clima organizacional, a su vez, está determinado por la percepción que tienen los empleados de los elementos culturales. Esto abarca el sentir y la manera de reaccionar de las personas frente a las características percibidas de la cultura organizacional.

El hecho de que el clima organizacional tenga impacto sobre el comportamiento individual, hace que sea considerado como una variable relevante a la hora de analizar los efectos de la estructura organizativa sobre el comportamiento individual.

A su vez, el clima organizacional es considerado por la investigación psicosocial como una variable moduladora de los efectos de determinados antecedentes de la violencia, como prácticas de recursos humanos, liderazgo, etc., modulando igualmente determinadas variables consecuentes, como la satisfacción, el compromiso organizacional y los conflictos ¹⁶.

En un estudio sobre clima laboral realizado en profesionales de la salud en un hospital público de la Comunidad de Madrid, los resultados mostraban cuatro factores como predictores consistentes del bienestar de los profesionales: definición de procesos y planificación estratégica, ejercicio de liderazgo constructivo, desarrollo y reconocimiento del desempeño y trabajo en equipo ¹⁷.

En esta línea, se considera prioritario, dentro de cualquier política de prevención de la violencia interna, incidir sobre la cultura organizacional, a fin de promover el desarrollo de una cultura constructiva en el lugar de trabajo, basada en valores éticos y que actúe favoreciendo las interacciones sociales positivas.

Entre las actuaciones preventivas básicas, dirigidas a este fin, se encuentran los Códigos de Buenas Prácticas frente a la violencia interna.

Además de formular los principios sobre los que el código se asienta, su desarrollo debería iniciarse con la identificación y reconocimiento del problema de la violencia interna, incluyendo una definición conceptual clara. Otros aspectos importantes que deberán quedar plasmados son: el marco en que se encuadra esta actuación, su alcance, su ámbito de aplicación, el compromiso organizacional y los objetivos.

Estos códigos de buenas prácticas, formulados desde los valores que deben sustentar las relaciones personales: el respeto mutuo, la igualdad, la autonomía personal, la responsabilidad, la resolución no violenta de conflictos, etc., son verdaderos instrumentos de aprendizaje para mejorar las relaciones interpersonales, constituyendo su fin último la asunción colectiva de esos valores y el compromiso activo con los mismos por parte de todos los miembros de la organización.

La utilización de los Códigos de Buenas Prácticas como medio de prevención de la violencia interna, hace aconsejable reflejar en su desarrollo no solo los principios, normalmente formulados en positivo, desde los valores, sino hacer constar también aquellas conductas que no serán permitidas en el lugar de trabajo.

Es importante que el documento recoja especificadas las conductas, ya que éstas son observables y se pueden objetivar. Así, si se enuncian, por ejemplo, como no permitidos “los ataques hacia la dignidad y la vida privada de las personas”, deberán desglosarse las conductas que incluye el enunciado (por ejemplo: calumniar o hablar mal del trabajador, difundir rumores acerca de la víctima, atacar aspectos personales como sus actitudes y creencias políticas o religiosas, etc.).

La puesta en práctica de esta herramienta requiere, como se ha expuesto, la concienciación de todos los miembros de la organización para cooperar en una “cultura de la empresa” en la que se incorporen mecanismos eficaces de actuación frente a lo que pueden suponer comportamientos de riesgo.

Para conseguir estos objetivos, es fundamental que el Código se divulgue de forma efectiva, utilizando los canales formales de información de la organización, cuidando de que la difusión alcance a todos sus miembros e incidiendo tanto en el conocimiento como en el compromiso de todos con los principios y valores contenidos en el Código.

PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTERNA: GESTIÓN DE CONFLICTOS Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO

Otra herramienta fundamental en la prevención de la violencia interna es el abordaje de las situaciones de violencia que no hayan podido evitarse, y que son notificadas por los trabajadores, aún cuando el nivel de éstas sea leve.

y que contribuyan por los trabajadores, así como en otros niveles.

Los protocolos para el abordaje de la violencia interna, deberán integrarse tanto en los Sistemas de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales de la organización, como en la política general de Recursos Humanos de la misma.

La función de estos procedimientos es ya correctora, no obstante, implican un importante aprendizaje individual y organizacional, que se espera actúe como retroalimentación en ambos niveles.

Si bien la tendencia general, en este sentido, parece centrarse en la elaboración de procedimientos de actuación frente al acoso laboral, hay que considerar que la violencia interna engloba una serie de conductas inaceptables en el ámbito laboral y diferenciadas del fenómeno de acoso, por lo que se debería apostar por un abordaje más amplio, que incluya otras formas de violencia, aún cuando su nivel pudiera considerarse de menor intensidad.

En el trabajo, y especialmente en determinados ámbitos y ocupaciones, el sistema de relaciones interpersonales es complejo, requiriendo en muchas ocasiones de frecuentes interacciones personales con los clientes y entre los propios profesionales de la organización, a menudo con objetivos y plazos temporales distintos. En estas circunstancias, no es de extrañar que surjan incidentes violentos y conflictos interpersonales, favorecidos a su vez por déficits organizativos, de liderazgo, falta de apoyo, de reconocimiento, etc.¹⁸

El conflicto se puede definir como un desacuerdo entre dos o más personas o grupos de trabajo, resultado de una incompatibilidad de objetivos, recursos, expectativas, percepciones o valores.

El conflicto es parte de la interacción humana porque la diferencia de opiniones, deseos e intereses es inevitable entre las personas (Torrego, 2000).

Así pues, la aparición de los conflictos debe aceptarse como algo normal, lo que hay que prevenir y controlar es la expresión violenta de los mismos. El abordaje temprano de los conflictos y el desarrollo de estrategias constructivas para la resolución de los mismos, contribuye a una mejora del clima y la salud laboral, así como a la identificación y control de factores de riesgo relacionados con la violencia psicológica en el lugar de trabajo.

Cabe mencionar, en este sentido, el importante papel que desempeña, en el control y prevención de la escalada de violencia, la gestión de los conflictos por parte de los superiores.

En las organizaciones, el conflicto genera una serie de consecuencias negativas. Por una parte, estimula las emociones en vez de la razón. Muchas de las reacciones humanas típicas frente al conflicto (desde la frustración hasta el absentismo), limitan el funcionamiento de la organización.

Además, el conflicto hace que la atención se aleje de los objetivos organizacionales a favor de las metas personales. En resumen, el conflicto interfiere con el funcionamiento normal de los procesos de la organización.

Lo cierto, es que la visión constructiva del conflicto reconoce que, en algunos casos, y con un manejo adecuado, éste puede ser de utilidad y funcional para la organización, principalmente, estimulando el análisis crítico y como precursor del cambio.

Se plantea, por tanto, la necesidad de establecer en la organización líneas de actuación preventiva que abarquen desde el abordaje de formas menores de violencia, hasta otras de mayor gravedad, como el acoso psicológico, siendo ineludible el contemplar la gestión y solución de los conflictos.

La diversidad de factores causales de la violencia interna, obligan a plantear las intervenciones de manera plural y abierta, con procedimientos flexibles, que se centren en el entorno de trabajo, no solo en las personas implicadas en la situación de violencia.

Estos procedimientos pretenden ser instrumentos que contribuyan al abordaje sistemático del riesgo de violencia interna, garantizar un tratamiento eficaz y confidencial del problema, así como la no represalia para todos los que intervienen en el proceso y el cumplimiento de los plazos de actuación establecidos¹⁹. Del procedimiento se deben derivar siempre compromisos claros y acciones efectivas.

Al desarrollar un procedimiento de actuación frente a la violencia interna, quizás la primera consideración que deberá plasmarse en el mismo sea su *alcance*. En este sentido, deberá especificarse en qué tipo de conductas de violencia interna será competente el procedimiento.

Como se ha indicado con anterioridad, a la hora de plantearse el desarrollo de estas herramientas, es fundamental partir de un *análisis previo*, que debe contemplar aspectos como la situación de riesgo de violencia interna en la organización, sus recursos y estado preventivo, así como el consenso e implicación de todos sus miembros con esta actuación preventiva²⁰. En la práctica, el alcance y competencias del procedimiento, a veces vienen condicionados por los parámetros mencionados.

No obstante, al hacer un abordaje preventivo de la violencia interna, lo deseable es adoptar un *marco de actuación* amplio. Nuestra recomendación es no limitar la actuación a los casos graves de violencia (por ejemplo el acoso psicológico), sino que se incluyan también otras posibles conductas de violencia interna, considerándose imprescindible contemplar la gestión y resolución de los conflictos.

En el procedimiento deberá especificarse también el *ámbito de aplicación* del mismo, así como las *implicaciones y responsabilidades* en materia de prevención de la violencia interna de todos los miembros de la organización: dirección, Recursos Humanos, mandos intermedios, trabajadores, sus representantes en materia de prevención de riesgos laborales y Servicio de Prevención.

Antes de pasar a enumerar y desarrollar las fases de que el procedimiento debe constar, parece aconsejable reiterar que su *enfoque* debería estar centrado en la organización del trabajo y no estar concebido únicamente como abordaje de situaciones puntuales, sino como respuesta preventiva/correctora a aquellas prácticas organizacionales e interpersonales que se identifiquen como deficitarias en la organización.

También es positivo hacer constar en el procedimiento las *actuaciones preventivas integrales* que la organización lleva a cabo en relación con la prevención de la violencia interna, explicitando los diferentes niveles de actuación: la evaluación de factores y riesgos psicosociales, la vigilancia de la salud, la información y formación de los trabajadores sobre la violencia laboral, etc., pudiendo hacer también referencia a cuántas otras iniciativas preventivas relacionadas con la materia se estén llevando a cabo en la organización (Códigos de Buenas Prácticas en materia de violencia en el trabajo, etc.).

Deberán quedar también explícitamente establecidas las *figuras responsables* de todas las actuaciones que se contemplan. La constitución de una Comisión participada, es decir, con representación de la dirección y de los representantes de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, parece aconsejable, así como la presencia en la misma de un especialista en Psicología. El nombramiento de los miembros, así como sus competencias deberían ser materia de consenso entre la empresa y los representantes de los trabajadores.

En otros casos, la intervención recae en diferentes responsables de la organización, siendo entonces requisito imprescindible el que no estén en modo alguno relacionados con el conflicto. Este sistema tiene como ventaja una alta implicación de los mandos en la prevención de la violencia interna en general y del manejo de conflictos en particular. No obstante, en estos casos, en el procedimiento deberán contemplarse las medidas

oportunas que garanticen la transparencia, competencia e imparcialidad en las actuaciones.

La estructura del procedimiento se compondrá de una serie de *fases*, en las que, como mínimo, deberán tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

Fase de inicio del procedimiento mediante presentación de queja

El protocolo se activará mediante la presentación de una queja, que en principio realizará la persona afectada, si bien, se podrá llevar a cabo por cualquiera de las instancias que haya detectado el problema: mando, compañero, delegado de prevención, a través de denuncia al Comité de Seguridad y Salud, etc.

En el caso de que la queja sea presentada por una instancia diferente al trabajador implicado, se deberá informar al mismo y contar siempre con el consentimiento expreso del interesado.

El procedimiento deberá incluir cuántos formularios requiera la aplicación del mismo. La notificación de la queja, deberá realizarse en el formulario que se haya definido a tal efecto, y en el que constará dónde debe presentarse la queja (Recursos Humanos, etc.).

Tras la recepción del formulario de queja, la organización iniciará la puesta en marcha del procedimiento, de cuyas actuaciones deberá quedar en todo momento constancia documental.

Es siempre recomendable en este tipo de situaciones, que el documento de notificación de la queja, además de la descripción de la situación, incluya medidas de propuesta de solución al problema, lo que puede derivar en una solución eficaz y participada del mismo.

Fase de Intervención

Una vez tramitada la queja, las figuras responsables de la intervención (persona/s o Comisión que se haya decidido), iniciarán las actuaciones que a continuación se detallan.

La fase de Intervención puede constar de varios pasos:

Información y evaluación

- Incluiría la apertura de diligencias informativas previas, encaminadas a verificar y contrastar los hechos denunciados.
- En este punto, se contemplarán las medidas cautelares que se estimen oportunas siempre que, a juicio de las instancias que realizan la intervención, se den niveles de violencia que lo aconsejen o existan indicios suficientes de acoso psicológico.

Análisis del problema

- Identificar el sistema de relación interpersonal que caracteriza la situación de violencia.
- Identificar las variables que lo favorecen o mantienen.
- Estudiar las consecuencias negativas de la situación de violencia: personales, en el grupo y en el trabajo.

Resolución e informe

- Generar y analizar alternativas de solución.
- Propuesta razonada de solución:
 - Siempre que la solución no tenga que atenerse a norma, se intentará el abordaje a través de la conciliación y la mediación.
- Informe:
 - Resumen de diligencias y argumentos de las partes.
 - Hechos que tras la investigación resultan acreditados.
 - Propuestas en cuanto al fondo del problema y a las posibles soluciones. Si no se lograra formular ninguna, se explicarán los motivos que impidieron resolver la queja.
 - El informe se remitirá a la Dirección de la organización, que será quién decidirá si implanta las medidas preventivas-correctoras propuestas.
 - En el informe se hará constar el carácter confidencial del mismo.
 - Toda la documentación generada, será custodiada por el responsable designado por el procedimiento a tal efecto.

Implantación de medidas, seguimiento y control

— El procedimiento contemplará quién es competente y ostenta la responsabilidad de la coordinación en esta fase, estableciéndose un seguimiento de las medidas propuestas, así como del respeto a la confidencialidad y de la no represalia contra los trabajadores que hayan intervenido en el procedimiento.

— En caso de que la Dirección decidiera la no implantación de las medidas propuestas, deberá explicar los motivos a las partes (Comisión o responsable de la intervención que elevaron el informe, representantes de los trabajadores, trabajador afectado, Servicio de Prevención, etc.).

El procedimiento deberá explicitar el papel del Servicio de Prevención en el procedimiento, ya que además de las funciones asignadas en relación con la identificación y evaluación de los factores de riesgo presentes en las condiciones de trabajo y la seguridad y la salud de los trabajadores, podrá brindar durante la intervención, si así se decide, información y apoyo especializado.

También deberán contemplarse los flujos de información escrita que deberán existir y las instancias receptoras de la misma, así como los contenidos y los momentos en que deberá ser facilitada a lo largo del procedimiento.

Finalizada esta fase, debería haberse dado ya cumplimiento al objetivo último del procedimiento de prevención de la violencia interna, que debe ser siempre la mejora de las condiciones de trabajo y la seguridad y la salud de los trabajadores.

Una vez desarrolladas las fases que constituyen el cuerpo del procedimiento, se pueden contemplar otros apartados en el mismo en que se recogen los aspectos relativos al registro, evaluación y remisión de datos que constituirán la información que se deriva de la aplicación del

recogen los aspectos relativos al registro, explotación y remisión de datos que constituirán la información que se deriva de la aplicación del procedimiento y que, en el caso de los Servicios de Prevención, servirá, entre otros fines preventivos, para realizar el mapa de riesgos y establecer las medidas preventivas.

Así mismo, el documento debe ser dinámico y beneficiarse del aprendizaje que, sin duda, su aplicación proporcionará en cada organización. Por lo tanto, se establecerán responsables, plazos y formas de actuación para asegurar, en todo momento, la correcta aplicación y actualización del procedimiento.

Finalmente, una vez desarrollado, el procedimiento deberá quedar integrado en el Plan de Prevención de la organización y ser adecuadamente difundido en la misma. El conocimiento, implicación y responsabilidad de todos los niveles de la organización, así como el compromiso real de la Dirección de garantizar un entorno de trabajo libre de violencia, es fundamental en el logro de este objetivo.

COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL Y ACCIONES FORMATIVAS

Una de las limitaciones a que se enfrentan muchas organizaciones, tiene que ver con la forma en que se comunica y maneja la información, en general, y la relacionada con la prevención de riesgos laborales, en particular.

Salvador Lara (2006) afirma que la comunicación organizacional es “el efecto de comunicar en un sistema abierto de una organización la información formal e informal que se genera para la adecuada relación y desempeño laboral de sus integrantes, tanto grupal como interpersonal”.

No mantener una buena comunicación, un buen manejo y divulgación adecuada de la información, genera rupturas comunicacionales que, a su vez, ocasionan conflictos.

La comunicación, como valor y estrategia, fomenta cambios proactivos en las personas. El desarrollo de una política de comunicación organizacional eficaz y participativa, que integre el campo de la prevención de riesgos laborales y, específicamente, de la prevención de la violencia interna, es una herramienta fundamental para alcanzar en las organizaciones un compromiso actitudinal con la prevención de este riesgo.

Y como base que sustenta todo el proceso, para abordar la prevención de la violencia interna en el lugar de trabajo, se deberían desarrollar políticas de formación, que contemplaran actuaciones periódicas dirigidas a todos los trabajadores, incluido el personal directivo de la organización.

La formación debería abarcar desde el conocimiento del riesgo de violencia en el lugar de trabajo, lo que actuaría mejorando la capacidad de los trabajadores para detectar situaciones potencialmente violentas, hasta trabajar en aptitudes interpersonales y de comunicación que podrían prevenir y neutralizar situaciones potencialmente violentas, así como fortalecer las actitudes positivas para propiciar la creación de un entorno favorable

Además, las actuaciones formativas específicas, dirigidas fundamentalmente a los responsables de personal, deberían contemplar el manejo constructivo de las situaciones conflictivas, promoviendo su abordaje temprano y evitando así la escalada del conflicto y la violencia.

El objetivo de esta formación sería, dado el importante papel que el liderazgo desempeña en relación con el riesgo de violencia interna, trabajar en el desarrollo de competencias y la mejora de habilidades, incorporando destrezas y comportamientos necesarios para el ejercicio de un liderazgo comprometido con la construcción de un entorno de confianza y compromiso, libre de violencia.

En resumen, cualquier política de prevención de la violencia interna en las organizaciones, deberá partir de una perspectiva global del problema y buscará el consenso e implicación de toda la organización, debiendo atender:

- Las deficiencias en las condiciones del trabajo, evaluando los factores psicosociales que puedan estar relacionados con los comportamientos violentos.
- El diseño de estrategias preventivas frente a este riesgo:
 - Política de Buenas Prácticas, Procedimiento de actuación frente a la violencia interna (Gestión de Conflictos, actuaciones frente al acoso psicológico...), etc.
- La planificación y desarrollo de actuaciones de información y formación de todo el personal (trabajadores, sus representantes en materia de PRL, responsables y personal directivo).
- Políticas de apoyo y atención al personal afectado por este riesgo.

El objetivo de cualquier política de prevención de la violencia interna que se desarrolle en la organización se orientará hacia el logro de entornos de trabajo más saludables, promoviendo actuaciones preventivas proactivas y centrándose en los factores organizacionales y psicosociales.

Debemos incidir, una vez más, en la necesidad de que las políticas de prevención de la violencia interna, queden incorporadas al Sistema de Gestión de la Prevención de la organización (Plan de Prevención), integrándose a su vez en el resto de sistemas de gestión existentes en la misma.

NORMATIVA

1. La Constitución Española de 27 de diciembre de 1978, reconoce como derechos fundamentales de los españoles la dignidad de la persona, (artículo 10), así como la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes (artículo 15), y el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (artículo 18); y encomienda al tiempo a los poderes públicos, en el artículo 40.2, el velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

2. En desarrollo de los anteriores principios se desarrolla, el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores; la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres;

3. En cuanto a la Administración Pública: La Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, en cuyo artículo 95, punto 2, se tipifica como falta disciplinaria de carácter muy grave, el acoso laboral (artículo 95.2) y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud

4. En la reciente reforma del Código Penal, a través de la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, que señala, en su preámbulo XI, que «dentro de los delitos de torturas y contra la integridad moral, se incrimina la conducta de acoso laboral, entendiéndose por tal el hostigamiento psicológico u hostil en el marco de cualquier actividad laboral o funcional que humille al que lo sufre, imponiendo situaciones de grave ofensa a la dignidad», también se sancionan estas conductas.

5. En junio de 2011, en virtud de la resolución del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública, de 05/05/2011, el gobierno aprobó un Reglamento para regular el acoso laboral en la Administración. De acuerdo con dicha resolución, actuaciones como mantener a un funcionario sin trabajo u ordenarle tareas inútiles; reprenderle reiteradamente delante de otras personas; difundir rumores falsos sobre su profesionalidad o

vida privada; tomar represalias si ha cometido por la organización del trabajo, etc serán consideradas acoso laboral.

6. El derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, establecida por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

7. En el ámbito europeo son múltiples las referencias al acoso en el lugar de trabajo, destaca la Resolución del Parlamento Europeo sobre el acoso moral en el lugar de trabajo (2001/2339) que, entre otras cosas, recomienda a los poderes públicos de cada país la necesidad de poner en práctica políticas de prevención eficaces y definir procedimientos adecuados para solucionar los problemas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hidalgo, M, Gallego, Y, Ferrer, R, Nogareda, C, Pérez, G, García, R. NTP854 Acoso Psicológico en el trabajo: definición. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2009.
2. Peiró, JM. Valoración de riesgos psicosociales y estrategias de prevención. Metodología "Prevenlab/Psicosocial". Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 1999; 15(2), 267-314.
3. Mejías, A, Carbonell, EJ, Gimeno, MA, Fidalgo, M. NTP891 Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (I). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2011.
4. Yela, C. La violencia en el sector sanitario. Revista de Formación de Seguridad Laboral. (Internet) marzo-abril - 2008.
5. O'Moore, M, Seigne, E, McGuire, L, Smith, M. Victims of bullying at work in Ireland. Journal of Occupational Health and Safety-Australia and New Zeland, 1998; 14(6), 569-574.
6. Einarsen, S, Raknes, BI, Matthiesen, SB. Bullying and Harassment at work and their relationships to work environment quality: an exploratory study. European Work and Organizational Psychologist. 1994; 4(4), 381-401.
7. Agervold, M, Mikkelsen, EG. Relationships between bullying, psychosocial work environment and individual stress reactions. Work and Stress. 2004; 18(4), 336-351.
8. Vartia, M. The sources of bullying-psychological work environment and organizational climate. European Journal of Work and Organizational Psychology. 1996; 5(2), 203-214.
9. Neuman, JH. The role of workplace in workplace bullying. Perspectives on work. 2004; 7(2), 40-42.
10. Leymann, H. The content and development of bullying at work. European Journal of Work and Organizational Psychology. 1996; 5(2), 165-184.
11. Sheehan, M. Workplace bullying: responding with some emotional intelligence. International Journal of Manpower. 1999; 20(1/2), 57-69.
12. O'Moore, M, Lynch, J, Daeid, NN. The rates and relative risks of workplace bullying in Ireland. International Journal of Manegement and Decision Making. 2003; 4(1), 82-95.
13. Murphy, LR. Organizaciones laborales saludables. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 1999; 15(2), 223-235.
14. Mejías, A, Carbonell, EJ, Gimeno, MA, Fidalgo, M. NTP892 Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral (II). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2011.
15. Muñoz, H, Guerra, JM, Barón, M, Munduate, L. El acoso psicológico desde una perspectiva organizacional. Papel del clima y los procesos de cambio. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2006; 22(3), 347-361.
16. Antonia Bernat Jiménez, Pedro Izquierdo Doyagüez, Lourdes Jiménez Bajo, Ignacio Bardón Fernández-Pacheco, Nieves Casado Verdejo. Satisfacción laboral: análisis de las variables predictoras en una muestra de profesionales de la salud, en Atención Especializada de un área sanitaria de la Comunidad de Madrid. Med Segur Trab (Internet) 2009; 55 (217) 49-56.
17. Dolores Crespo, Covadonga Caso, Vicente Arias, Macarena Gálvez, José Carlos Mingote, Pablo del Pino, Luisa Rodríguez, Ángeles Sánchez, Luis Vega, Rosa Esteban, Carmen Moyano, Javier Rodríguez . Claudia's Nightmare: a short film dealing with psychological violence in the health sector. Workshop. 2nd International Conference on Violence in the Health Sector. Amsterdam, 27- 29 de octubre de 2010.
18. González-Roma, V, Peiró, JM. Clima en las organizaciones laborales y en los equipos de trabajo. Revista de Psicología general y aplicada. 1999; 52(2-3), 269-285.
19. Covadonga Caso, Dolores Crespo, Vicente Arias, Macarena Gálvez, Jose Carlos Mingote, Pablo del Pino, Luisa Rodríguez, Ángeles Sánchez, Luis Vega, Rosa Esteban, Carmen Moyano, Javier Rodríguez. Protocol of the prevention of the internal violence in the health sector in Madrid. Poster. 2nd International Conference on Violence in the Health Sector. Amsterdam, 27- 29 de octubre de 2010.
20. Antonia Bernat Jiménez, Covadonga Caso Pita. Metodología de desarrollo de un procedimiento para la resolución de conflictos y acoso psicológico laboral. Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (219), 124-131.

Violencia externa en el trabajo en el sector servicios. Consideraciones generales, notificación y protocolos de actuación

External violence at work in the service sector general considerations. Notification and action protocol

María Luisa Rodríguez de la Pinta, María Maestre Naranjo, Jenny Ricardo Borda Olivas

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.

Correspondencia:

María Luisa Rodríguez de la Pinta
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales
Hospital Universitario Puerta de Hierro
C/Joaquín Rodrigo 2
28222 Majadahonda (Madrid). España
Tfno.: +34 911917415
E-mail: mlrodriguez.hpth@salud.madrid.org

Resumen

La violencia en el lugar de trabajo es un fenómeno emergente que afecta a todos los sectores y categorías laborales. Su prevención y manejo exige una actuación coordinada de todas las instituciones implicadas.

Partiendo de la normativa legal existente, se crea la necesidad de poner en marcha las medidas preventivas dirigidas a eliminar o minimizar el riesgo, para conseguir este objetivo se deben elaborar procedimientos de trabajo que establezcan las actuaciones a seguir ante situaciones de violencia externa, estos procedimientos son de aplicación a todos los trabajadores y tienen que ser difundidos a todos los estamentos de la empresa.

La información y formación de los trabajadores en relación con este tema es otra de las medidas preventivas que hay que poner en marcha, para que estos adquieran las habilidades necesarias con el fin de evitar la violencia externa.

Para conocer la dimensión exacta del problema es preciso disponer de los datos referidos a las situaciones de violencia externa que suceden en nuestra organización, por lo que es imprescindible elaborar un plan de notificación y registro.

Palabras clave: *Violencia externa, lugares de trabajo, medidas preventivas.*

Abstract

Violence in the workplace is a new problem that affects all types of sectors and professional categories. Its prevention and management requires coordinated action by all institutions involved.

According to current legislation, we need to implement preventive measures to remove or minimize this risk. To achieve this goal, we must develop working procedures establishing actions to be taken in situations of external violence. These procedures should be applied to all workers and distributed to all levels in the company.

The information and training of workers in relation to this subject is another of the preventive measures which have to be carried out, so that they acquire the necessary skills to avoid external violence.

To know the real dimension of the problem it is necessary to record accurately all external violence situations which occur in our organization, for which it is essential to develop a notification and registration plan.

Key words: *External violence, workplace, preventive measures.*

INTRODUCCIÓN

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema mundial; afectando a todos los sectores y categorías laborales.^{1,2} Es un fenómeno emergente y global, cuya prevención y manejo exige una actuación coordinada de todas las instituciones implicadas.

Muchos de los actos de violencia que tienen lugar en los centros de trabajo, no se denuncian ni registran adecuadamente, por lo que podemos afirmar que desconocemos la magnitud real del problema

Según la Organización Internacional de Trabajo (OIT), las profesiones relacionadas con el sector servicios, son las que presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia debido al estrecho contacto que se establece con los usuarios^{1,2}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la violencia en el lugar de trabajo, no es un problema individual ni aislado, es un problema estructural y estratégico que tiene sus raíces en factores sociales, económicos, organizativos y culturales” por lo que debe recibir un tratamiento integral².

La OMS destaca que dentro de la violencia en el sector servicios, la violencia en el sector sanitario es un fenómeno universal que depende de las singularidades idiosincrásicas o legislativas de cada país y que afecta por igual a los países más desarrollados y a los más pobres. Según Nordin, casi un 25% de todos los incidentes de violencia se producen en el sector sanitario y más de un 50% de los profesionales de la Sanidad han sufrido en ocasiones algún tipo de violencia.³ Sus consecuencias tienen un impacto más significativo en los países más ricos y suponen una grave amenaza tanto para la calidad y el desarrollo de la atención sanitaria como para la productividad y rentabilidad de los actuales sistemas de salud².

La OMS advierte que la violencia en el trabajo junto al estrés representa en torno al 30% de los casos totales de enfermedades y accidentes, que afectan a los trabajadores en el sector sanitario².

La violencia en el lugar de trabajo atenta contra la dignidad y los derechos del trabajador.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud advierte que los profesionales pueden sufrir graves consecuencias dependiendo del tipo de

agresión, desde la desmotivación profesional hasta el estrés y los daños físicos y psíquicos ^{4, 5, 6}.

La gravedad de las lesiones físicas debidas a una agresión son múltiples y de distinta consideración (contusión, heridas leves o superficiales, heridas que precisen intervención quirúrgica, heridas muy graves y mortales) ^{4, 5, 6}.

Respecto a las repercusiones psicológicas se ha de considerar la susceptibilidad individual del trabajador afectado, así como la intensidad, frecuencia o duración del suceso y la actuación del grupo de trabajo o de la organización; pudiendo manifestarse como ansiedad, depresión o estrés postraumático, además puede producirse abuso de medicamentos y sustancias tóxicas; con frecuencia también, se van a ver afectados el ámbito familiar y social, pudiendo, incluso, llevar al abandono de la profesión ^{4, 5, 6}.

En las empresas: la violencia conduce a un empeoramiento de los resultados, altera las relaciones interpersonales y el clima laboral, aumenta el absentismo, la rotación de los trabajadores, y disminuye la eficacia y la productividad. ^{6, 7, 8}

A nivel social se produce un aumento de la siniestralidad laboral, un empeoramiento de la calidad de los servicios prestados y la pérdida del prestigio de la entidad ^{7, 8}.

NORMATIVA LEGAL

Son las administraciones y sus autoridades competentes las encargadas de proporcionar el marco necesario para reducir y eliminar la violencia en el lugar de trabajo.

En la reunión de expertos de la OIT, celebrada en Ginebra del 8 al 15 de octubre de 2003 se determinó la creación de políticas para combatir la violencia en el lugar de trabajo, comprendiendo los siguientes puntos:

- Reducir/suprimir la violencia en el trabajo.
- Elaborar políticas y planes nacionales, autonómicos y locales sobre salud y seguridad laboral.
- Promover la participación de todas las partes implicadas.
- Revisar el derecho laboral e introducir legislación específica cuando sea necesario.
- Cumplir la legislación.
- Tratar de que, en los acuerdos nacionales, sectoriales, de trabajo y entre empresas, se incluyan disposiciones encaminadas a reducir y suprimir la violencia laboral.
- Fomentar la aplicación de políticas y planes en el lugar de trabajo, que vayan destinados a combatir la violencia laboral.
- Crear campañas de concienciación sobre los riesgos de la violencia en el trabajo.
- Registrar y hacer estudios estadísticos sobre el alcance, las causas y las consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo.
- Coordinar los esfuerzos de las distintas partes implicadas.

El marco normativo que sustenta el Plan de Prevención y Actuación frente a situaciones de violencia externa es el siguiente:

- El Convenio sobre discriminación y empleo 1958, (núm. 111) en el que se establece que toda política o medida encaminada a combatir la violencia en el lugar de trabajo debería promover el trabajo decente y el respeto mutuo y promocionar la igualdad de trato entre hombres y mujeres.
- El Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155), dice que un medio ambiente seguro y saludable facilita un estado de salud físico y mental óptimo en relación con el trabajo, y contribuye a prevenir la violencia en el lugar de trabajo.
- El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos el deber de velar por la seguridad e higiene en el trabajo.
- La Ley General de Sanidad 14/1986, en su artículo 21 establece la necesidad de “promover la salud integral del trabajador”.
- La DIRECTIVA 89/391/CEE, de 12 de junio, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, en su artículo 5 dice “El empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo”.
- La Ley 31/1995 de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en el artículo 14.2, afirma que “el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con su trabajo”.
- La Ley Orgánica 1/1992, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, en el artículo 13 señala que «el Ministerio de Justicia e Interior podrá ordenar, conforme a lo que se disponga reglamentariamente, la adopción de medidas de seguridad necesarias en establecimientos e instalaciones industriales, comerciales y de servicios, para prevenir la comisión de actos delictivos que puedan cometer contra ellos, cuando generen riesgos directos para terceros o sean especialmente vulnerables...» Tratando de dar respuesta a ello, están en vigor la Ley 23/1992 de Seguridad Privada, el Reglamento de Seguridad Privada (aprobado por Real Decreto 2364/1994) y la Orden de 23 de Abril de 1997 por la que se concretan determinados aspectos en materia de medidas de seguridad, en cumplimiento del Reglamento de Seguridad Privada.
- El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, aprobado mediante la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, en su artículo 17.h) dispone que el personal sanitario ostenta el “derecho a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones”.
- Referente a los Derechos y Deberes de los ciudadanos: La Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente menciona el derecho a la información y derecho a consentir. Deber de respeto hacia los profesionales y respeto a las instituciones. Difundir que la institución sanitaria demandará al usuario que no respete las normas establecidas en cada centro o al personal que presta servicio en el mismo.

Hay comunidades autónomas que regulan estas situaciones a través de distintos procedimientos como ocurre en las Comunidades Autónomas de Castilla La Mancha, Andalucía, Asturias, Castilla León y Murcia entre otras.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, reconociendo el progresivo incremento de agresiones a los profesionales sanitarios, publica la Orden 212/2004 por la que establece las directrices para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos ¹⁰.

Posteriormente ha sido modificada por la Orden 683/2006 por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de Planes de Prevención y Atención frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias y crea la Comisión Central de Seguimiento ¹¹.

En el año 2008, a través de la Orden 22/2008, de 21 de enero, se crea el fichero de datos de carácter personal denominado plan regional de

prevención de situaciones conflictivas dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ¹².

Recientemente a través de la Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos de 29 de enero de 2009, se dictan instrucciones para la puesta en marcha del registro centralizado de situaciones conflictivas ¹³.

TIPIFICACIÓN PENAL DE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS

Según el artículo 10 del Código Penal “Son delitos o faltas las acciones u omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley”.

Los Delitos y Faltas más frecuentes derivados de la violencia externa según la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre son:

- Faltas contra las personas.
- Faltas contra el orden público.
- Delitos: Lesiones, amenazas, calumnias e injurias y atentados contra la autoridad, sus agentes y los funcionarios públicos, y de la resistencia y desobediencia.

Según el artículo 147 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre se considera Delito de Lesiones. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

De todo delito o falta nace una acción penal para el castigo del culpable, y puede nacer también una acción civil para la restitución, la reparación del daño y la indemnización de perjuicios causados por el hecho punible. Excepto las lesiones y los malos tratos de obra, el resto de infracciones, cuando por su gravedad no son constitutivos de delito, sólo se pueden perseguir mediante denuncia de la persona afectada, es decir del trabajador víctima de la actuación violenta.

El asesoramiento al trabajador agredido es complejo y será el propio afectado quién decida entre las posibles acciones legales a adoptar; así como la entidad jurídica de la institución u organismo que quiere que lo represente (sindicatos, colegios profesionales, servicios jurídicos de la administración o de la entidad correspondiente).

Deberá reunirse la documentación y la información disponible respecto a la situación violenta, analizándola y completándola en caso necesario; tras la entrevista con el asesor jurídico y según la información y el material disponible se iniciará la acción jurídica elegida por el trabajador afectado.

Según el artículo 262 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, recoge la obligación de denunciar todo delito o falta y establece que la denuncia podrá ser verbal o escrita y que podrá hacerse personalmente o mediante mandatario con poder especial.

La denuncia es una declaración de conocimiento consistente en un acto de información a la autoridad competente de un hecho con apariencia de delito o falta.

La denuncia que se hiciera por escrito deberá estar firmada por el denunciante.

La denuncia se interpondrá ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Ministerio Fiscal, Tribunal competente, o Juez de Instrucción de la localidad donde ocurran los hechos denunciados.

La denuncia debe especificar los datos personales del agredido, recomendándose que como dirección a efectos de notificaciones se indique la del centro de trabajo.

Igualmente se ha de identificar al agresor indicando sus datos personales si se conocen. Si no es así, se hará una descripción del mismo y de todas las circunstancias que pudieran ayudar a identificarlo.

Se deberá recoger una relación detallada de los hechos, así como las circunstancias en que se desarrollaron los mismos (descripción del lugar, momento de la agresión, testigos, etc.).

El denunciante no tiene que probar los hechos.

Se recomienda que sea la víctima de la agresión quien presente la denuncia, a excepción de aquellos casos de lesiones dolosas en las que se prevea la posibilidad de que se repita la agresión, en cuyo caso se recomienda que sea el responsable del centro de trabajo quien la presente.

VIOLENCIA EN EL ÁMBITO LABORAL: ACCIDENTE DE TRABAJO

El impacto que un incidente violento tiene sobre la salud y la seguridad de los trabajadores varía, dependiendo de la naturaleza y gravedad del mismo, de las características del trabajador así como de la defensa que hace el individuo y la organización ante la situación.

Es importante dar una respuesta rápida y profesional que permita la recuperación del trabajador afectado por un suceso traumático. Este apoyo ha de realizarse lo antes posible, en ocasiones, es necesario que se prolongue en el tiempo, especialmente cuando las consecuencias físicas o emocionales son duraderas.

Los trabajadores afectados por la violencia en el lugar de trabajo tienen la posibilidad de someterse al tratamiento médico y psicológico necesario para recuperación de sus lesiones ^{6, 8, 9}.

Pueden producirse daños físicos, siendo la gravedad de las lesiones variables: ausencia de lesión traumática visible, contusiones únicas o múltiples (hematoma, erosión, excoiación), heridas leves o superficiales que precisen aproximación (**Steri-Strip**™ o sutura cutánea), heridas graves (que precisen sutura quirúrgica o intervención quirúrgica), heridas muy graves que conlleven riesgo vital, heridas mortales.

Las lesiones físicas suelen acompañarse de daños psíquicos, la gravedad de los mismos depende de las circunstancias de la agresión, del estado personal y del entorno de la víctima en el momento de la agresión.

— Puede producirse ansiedad que se manifiesta con miedo a seguir ejerciendo la propia profesión y, en ocasiones, verdadero pánico al lugar de trabajo, con palpitaciones, sofocos, disnea y diversas somatizaciones como gastralgias, migrañas y contracturas musculares.

— Depresión: caracterizada por una baja autoestima, que puede derivar en una sensación de incapacidad para continuar ejerciendo la profesión dado que falta la suficiente energía e ilusión para hacer frente a las situaciones cotidianas, mostrando tristeza, anafía y falta de interés.

protección, dado que toda la energía e intención para hacer frente a las situaciones conflictivas, mediante firmeza, apatía y falta de interés por el propio entorno.

— Estrés postraumático con episodios de insomnio y pesadillas nocturnas en las que se revive la agresión que se ha sufrido con interrupciones frecuentes del sueño que impiden la imprescindible reparación del cansancio. Suele curarse o remitir antes de un año después del incidente, pero un 30% de los casos tienden a sufrir un estrés postraumático crónico. En ocasiones puede derivar en situaciones de invalidez para el ejercicio de la profesión.

La intervención y asistencia frente a las lesiones producidas por violencia en el lugar de trabajo ha de tener las mismas características que las producidas ante cualquier accidente de trabajo ya que según el artículo 115 de la Ley General de Seguridad Social “el accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”.

Se efectuará el registro de la lesión como accidente de trabajo, la investigación del mismo siempre que fuere necesario, así como la planificación de las actividades preventivas resultantes.

El trabajador tiene derecho a una atención medico-sanitaria y rehabilitadora (no hay período de carencia, desde que entra a trabajar), el tratamiento se prolongará hasta la máxima rehabilitación y si es necesario se realizará una adaptación laboral y social.

PROCOLOS DE ACTUACIÓN

Mediante la instauración de un Protocolo específico de actuación ante situaciones de violencia en los centros de trabajo, se pretende mejorar las condiciones de salud y seguridad de los trabajadores, además de:^{4, 6, 8, 9, 14}

- Disminuir las posibilidades de conflicto entre los usuarios y trabajadores.
- Disminuir los riesgos de agresión y el efecto lesivo de las agresiones en caso de que se produzcan.
- Prevenir agresiones y actos de violencia contra los trabajadores.
- Proteger a los trabajadores, usuarios, bienes y servicios de los centros de trabajo, mediante los medios materiales y humanos disponibles.
- Generar seguridad y confianza en los trabajadores con apoyo administrativo y jurídico.
- Mejorar la calidad de la atención prestada y generar un clima de respeto mutuo y buena comunicación.

Según el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, los principios preventivos: “Evitar los riesgos, evaluar los riesgos que no se puedan evitar, combatir los riesgos en su origen, adaptar el trabajo a la persona, tener en cuenta la evolución de la técnica, sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro, planificar la actividad preventiva, aplicar protección colectiva e individual”, son la base para evitar situaciones de riesgo.

La aplicación de estos principios preventivos son prioritarios, con el fin de evitar el riesgo y si ello no fuera posible adoptar las medidas necesarias para minimizarlo, que irán dirigidas a la reducción o eliminación de la incidencia y gravedad de los mismos.

Para poder poner en marcha las medidas preventivas adecuadas, debemos conocer las causas que han originado las conductas violentas y agresivas¹⁵:

Existen muchas teorías sobre las causas de la violencia. Algunas destacan que los comportamientos agresivos son fruto del aprendizaje, bien por imitación de acontecimientos familiares similares, culturales, de los propios medios de comunicación (Bandura) o por la posible ausencia de consecuencias que sigue, en ciertos casos, a un cierto acto de violencia, lo que tiende a reforzar la conducta violenta (Berkowitz).

También puede explicarse el incremento de las tasas de violencia por la adopción de valores que soportan la violencia (Wolfgang y Ferracuti).

Como vemos las causas de la violencia pueden ser muy variadas, unas son fácilmente identificables; pero en ocasiones, la violencia sigue un curso gradual, se inicia por situaciones leves y se va pasando a niveles de mayor intensidad. La propia reacción de los trabajadores ante tal situación puede contribuir a determinar el curso de los acontecimientos en un sentido u otro.

Lo que resulta importante, como punto de partida, es proceder al análisis de las situaciones potencialmente agresivas que se producen en los centros de trabajo para identificar los riesgos^{1, 2, 4, 6, 8}.

Los factores de riesgo pueden estar relacionados con el lugar de trabajo, los trabajadores y el agresor.

Los factores de riesgo relacionados con el **lugar de trabajo** pueden ser debidos a:

- Falta de información institucional, por parte del personal, que satisfaga las preguntas y preocupaciones del usuario.
- Insuficiencia de recursos humanos y materiales (plantillas inadecuadas).
- Sobrecarga de trabajo de los profesionales.
- Descoordinación entre el personal y los servicios del centro, que puede originar información contradictoria al ciudadano.
- Trabajo en solitario o grupos reducidos.
- Interrupción en las consultas con la visita ya iniciada.
- Demora en la asistencia y largas esperas.
- Defectos en la información y atención prestada al usuario.
- Estilos de gestión rígidos y autoritarios.
- Trabajo nocturno y a turnos.
- Salas de espera y lugares comunes inadecuados.
- Zonas deprimidas o con alto índice de criminalidad.
- Trabajo con público (consumidores, clientes, pasajeros, pacientes).
- Trabajo que implica intercambio regular de dinero con clientes.

Los factores de riesgo relacionados con el **trabajador** pueden ser debidos a:

- Falta de habilidad de comunicación con los usuarios.
- Interferencia de los problemas personales en el trabajo.
- Insatisfacción profesional.

- Falta de empatía con el usuario o cliente.
- Desconocimiento de la organización en la que se trabaja o de los circuitos complementarios.
- Descoordinación con otros profesionales para orientar adecuadamente al usuario.
- Negativas no razonadas a las peticiones efectuadas por el usuario.
- Situaciones de *mobbing* o *burnout*.
- Temperamento o carácter difícil del trabajador.
- Demora, errores, incumplimientos en las peticiones del cliente.

Los factores de riesgo relacionados con **el usuario** pueden ser debidos a:

- Ciudadanos con rasgos de personalidad en los que destaca un control de impulsos deficitario, baja resistencia a la frustración o cierto perfil de agresividad (lenguaje con tono alto, insultos, palabras groseras).
- Ciudadanos que persiguen un beneficio personal fraudulento y para conseguir sus objetivos presionan, amenazan y agreden al profesional.
- Clientes poco receptivos a las explicaciones y que no atienden a los motivos que se les indica.
- Individuos que no admiten y que a menudo infringen las normas de conducta social establecida. Reaccionan agresivamente ante cualquier contrariedad.
- Ciudadanos cuyas expectativas en torno a la atención que demandan son superiores o incluso distintas a las recibidas.
- Experiencias previas negativas con la atención solicitada.
- Individuos con inestabilidad psicológica.

PLAN DE PREVENCIÓN FRENTE A VIOLENCIA EXTERNA

El plan de prevención ante violencia externa contempla:

- Prevención de potenciales situaciones de violencia externa.
- Actuación ante situaciones de violencia externa.
- Asesoramiento y apoyo al trabajador.

Prevención de potenciales situaciones de violencia externa

1. Reforzar las garantías en la prestación de los servicios realizados.
2. Reforzar la seguridad para la prevención secundaria de las agresiones.
3. Impulsar la formación de los trabajadores en el manejo de situaciones de violencia externa ^{4, 6}.

Reforzar las garantías en la prestación de los Servicios realizados

- Informar a los ciudadanos de las prestaciones de los servicios solicitados:
 - Conocerán sus derechos y deberes.
- Mejorar la accesibilidad y la atención solicitada:
 - Revisar la atención telefónica.
 - Adecuar plantillas de personal administrativo.
 - Disminuir los tiempos de espera.
- Asegurar los derechos de los usuarios:
- Establecer procedimientos de emergencia claros en caso de incidente.
- Rotar puestos o zonas de trabajo de alto riesgo de forma que la misma persona no esté siempre sujeta al mismo riesgo.
- Colocar los artículos de valor fuera del alcance de los clientes.
- Colocar mostradores anchos o elevar la altura de los mostradores.
- Asegurarse que los trabajadores tienen un acceso rápido a zonas seguras.
- Cambiar la disposición de las zonas de espera, haciendo de éstas zonas confortables.
- Asegurar una buena iluminación exterior e interior para evitar zonas de cobertura a los asaltantes.
- Instalar pantallas o sistemas de protección en áreas donde los trabajadores tengan más riesgo.
- Monitorizar las entradas, salidas y las zonas de mayor riesgo.

Reforzar la seguridad para la prevención secundaria de la violencia externa

- Seguridad Pasiva:
 - Dispositivos de alarma (teléfono, interfono, timbres).
 - Videocámaras: grabación espacios comunes.
- Seguridad Activa:
 - Comunicación con las Fuerzas de Seguridad del Estado.
 - Confidencialidad de los datos personales de los trabajadores.
 - Acompañamiento de otro profesional.
 - Protocolos con empresa de seguridad, en ruta o permanente.

Impulsar la formación de los trabajadores en el manejo de situaciones de violencia externa

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 19 bajo el título “Formación de los trabajadores” establece “la obligación del empresario de garantizar que los trabajadores recibirán una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada...” centrada específicamente en su puesto de trabajo. Por ello:

- Se fomentará la formación del personal en el manejo de violencia externa.
- Se facilitará y organizará la realización de dichos cursos.

En dicha formación se hará referencia a:

- Principios básicos de la comunicación en situaciones difíciles.
- Elementos que facilitan y dificultan la comunicación.
- La asertividad: diferentes técnicas para mejorar la asertividad.
- La escucha activa.
- La comunicación no verbal.
- Técnicas y habilidades de negociación.
- Autocontrol emocional y manejo del estrés.
- Ayudar a reconocer y entender los condicionantes personales, sociales, ambientales y psicológicos que generan agresividad.
- Analizar los diversos tipos y niveles de la agresividad.

Las Recomendaciones o Consejos generales de actuación que se darán al personal ante situaciones de violencia externa son las siguientes:

- Intentar mantener una escucha activa y relajada.
- No responder a las agresiones verbales, no insultar, no desafiar al agresor.
- Tomar precauciones, evitar tener objetos corto-punzantes o contundentes a mano del presunto agresor.
- Cuando fuese preciso, interrumpir la actividad hasta que la situación esté controlada, reanudándola cuando se garantice la atención al usuario.
- En usuarios con antecedentes de conflictividad con un determinado profesional, se procurará el cambio del mismo.

Recomendaciones para el manejo del ciudadano agresivo:

- Mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones.
- Conversar con corrección, en un tono afable y profesional.

Si aumenta la tensión del usuario reorientar la conversación:

- Hacer contrabalance emocional.
- Liberar la tensión emocional del usuario.
- Avisar a un compañero para que se integre.
- Reconocer las posibles deficiencias de la organización.
- Manifestar los propios sentimientos al usuario.

Durante la entrevista es aconsejable evitar las siguientes señales verbales y no verbales:

Verbales:

- Evitar comunicación que genere hostilidad.
- Evitar verbalizar amenazas, coacciones o insultos.
- Evitar minimizar la situación, las quejas y críticas.
- Evitar el rechazo de peticiones.
- Evitar transmitir información errónea o que no se ajuste a la realidad.

No verbales:

- Evitar lenguaje y posturas desafiantes.
- Evitar el contacto físico y el exceso de proximidad.
- No invadir su espacio personal.
- Evitar el contacto ocular prolongado.
- Evitar los movimientos rápidos y dar la espalda.

Si a pesar de todo, ha sido imposible reconducir la situación y esta persiste se preparará la salida del lugar y en caso necesario se solicitará la intervención de los cuerpos de seguridad.

Actuación ante situaciones de violencia externa

Cuando se ha generado el conflicto y en función del tamaño de la organización y de la actividad realizada, la dirección deberá establecer un sistema de gestión de la violencia en el lugar de trabajo, que incluya:

- Una política de seguridad y salud relativa a la violencia en el lugar de trabajo; que deberá acompañarse de iniciativas encaminadas a sensibilizar a empresarios, trabajadores, usuarios y público en general.
- Implicación de todos los estamentos y difusión a todos los trabajadores de la organización.
- Pautas de actuación de los actores implicados.
- Un sistema de registro preciso que recoja las características de la violencia en el lugar de trabajo, la categoría de los actos violentos y la repercusión que han tenido en el entorno laboral. Es importante documentar todos los actos de violencia para que cada organización aprenda de

sus propias experiencias.

- Disposiciones, procedimientos, instrucciones y otros documentos internos, redactados con claridad y presentados de manera comprensible para quienes deban utilizarlos.
- Medidas de intervención y control de los incidentes violentos.
- Acceso razonable a los registros sobre la violencia en el lugar de trabajo, respetando siempre la confidencialidad.
- Elaboración de mapas de riesgos.
- Apoyo médico y psicológico al trabajador afectado.

Seguindo las recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector servicios y las medidas para combatirla (OTT)^{1,4}, se creará un grupo de trabajo con el fin de identificar y evaluar los riesgos o amenazas potenciales y definir una serie de intervenciones para disminuirlas:

- Investigación y análisis de los datos disponibles sobre incidentes violentos.
- Evaluación y comprobación periódica del funcionamiento y resultados de los:
 - Sistemas de control y vigilancia de los programas y medidas de seguridad.
 - Sistemas de información y formación en materia de seguridad laboral a los trabajadores.
 - Sistemas de asesoramiento y soporte a la víctima de una agresión.
 - Sistemas de divulgación de los incidentes violentos.
 - Sistemas de participación de los trabajadores en la preparación de los criterios para evaluar, prevenir y gestionar los riesgos de violencia en el propio lugar de trabajo.
- Información, asesoramiento y soporte, para gestionar la situación inmediata.
- Tratamiento de las consecuencias urgentes o inmediatas de la agresión al trabajador.

Una vez que ha ocurrido el incidente se inicia un proceso de investigación y análisis de lo acontecido, dirigido a:

- Recopilar información y documentación del incidente.
- Declarar incidentes violentos por parte de los trabajadores afectados.
- Analizar e identificar la información en relación con los siguientes aspectos:
 - Los peligros más inminentes y graves.
 - Los defectos en el funcionamiento.
 - Las influencias ambientales negativas (diseño, iluminación, visibilidad, mobiliario, accesos, medidas de seguridad del lugar del trabajo, etc.).
 - Los déficit del personal y de la organización.
 - Analizar los factores del entorno de trabajo: localización geográfica del centro de trabajo, características socioeconómicas del entorno, etc.
 - Analizar los procedimientos de trabajo que puedan entrañar mayor riesgo: gestión de dinero con el público, gestión de caja, gestión de esperas y colas, gestión de quejas y reclamaciones, cantidad y ritmo de trabajo y asistencia sanitaria.

Identificado el riesgo, hay que evaluar la probabilidad de ocurrencia y la gravedad de los daños para efectuar una planificación de medidas preventivas, definir el orden de prioridades para abordar los riesgos de violencia en el lugar de trabajo y a continuación indicar las medidas de prevención y protección que es preciso adoptar frente al riesgo. Se debe recomendar un seguimiento de la situación hasta su resolución.

Apoyo al trabajador

- Asistencia sanitaria y tratamiento médico y psicológico, rápido o urgente, inmediatamente después de producirse la agresión.
- Documentación de las lesiones a través del parte de lesiones.
- Tramitación de baja laboral por incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo, si se precisa.
- Informar, asesorar y apoyar al trabajador agredido para gestionar la situación inmediata y en el futuro, sobre las ayudas a las que puede acceder y en relación con las diferentes acciones que es factible emprender ante un incidente violento y/o contra el autor de la agresión.
 - Dar información y apoyo a la familia de la víctima de la agresión, si es necesario.
 - Gestionar las compensaciones adecuadas al agredido en el seno de los instrumentos transaccionales (tribunales arbitrales, acuerdos particulares...).

ACTUACIÓN ANTE VIOLENCIA EXTERNA EN EL SECTOR SANITARIO

Según Nordin³, la violencia en el lugar de trabajo afecta especialmente a los trabajadores de la salud (el 25% de todos los incidentes violentos se registran en este sector).

En muchos países europeos se ha optado por la vía legislativa para afrontar estas situaciones, debido al número y gravedad de los casos^{1,9}.

Datos mundiales relacionados con la violencia externa en el sector sanitario:

Estados Unidos (EEUU), fueron los primeros en afrontar el fenómeno de la violencia en el lugar de trabajo, aquí la violencia laboral tiene una gravedad añadida por tratarse de una sociedad en la que está legalizada la tenencia de armas. Es importante destacar que el personal sanitario de EE UU afronta 16 veces más riesgo de sufrir violencia en su lugar de trabajo que cualquier trabajador de otro sector.

El National Occupational Health and Safety Administration (OSHA) es la responsable de la edición de una de las primeras guías específicas para abordar la violencia en el sector sanitario.

Canadá, Australia y Nueva Zelanda utilizaron la experiencia de EE UU para adoptar las medidas más adecuadas frente a la violencia externa en las organizaciones de trabajo, teniendo en cuenta su propia realidad.

Gran Bretaña ha visto como la violencia contra el personal del National Health Service (NHS) se convertía en una realidad alarmante, por este motivo el gobierno británico puso en marcha la campaña "Tolerancia Cero a la Violencia en el NHS".

Al margen de la experiencia británica, en **Europa** destaca la experiencia de **Suecia**, pionera en legislar en esta materia desde el año 1993. También tenemos las experiencias de **Bélgica, Holanda o Italia** pero hay que citar a **Francia** de forma especial, tanto por el número como por la gravedad de los incidentes violentos que han experimentado sus profesionales sanitarios.

Datos en España en relación con la violencia externa en el sector sanitario:

A principios del año 2003, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) ¹⁴ puso en marcha un programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo que preveía la creación del Observatorio de la Seguridad de los Médicos, se contrato una póliza de defensa jurídica para los médicos agredidos en el cumplimiento de su ejercicio profesional, se elaboro un programa de apoyo a las víctimas y se adquirió el compromiso institucional de difundir una nueva cultura de dignidad y seguridad de estos profesionales en la prestación de un acto médico.

Hay comunidades autónomas que regulan estas actuaciones a través de distintos procedimientos, es el caso de las Comunidades Autónomas de Castilla La Mancha, "Plan director de seguridad corporativa y de protección del patrimonio del SESCOAM "Plan PERSEO" ¹⁶, "Plan de prevención de agresiones a los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia" ¹⁷; "Plan integral de seguridad de la gerencia regional de salud de Castilla y León" ¹⁸ entre otras.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, reconociendo el progresivo incremento de agresiones a los profesionales sanitarios, publica la Orden 212/2004 ¹⁰ por la que establece las directrices para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos.

Analizando los factores de riesgo en este sector existen una serie de peculiaridades específicas que agravan la situación de conflicto generada por los usuarios, como pueden ser:

- Demora en la asistencia, pruebas e intervenciones.
- Defectos en la información y atención en situaciones de riesgo vital o emergencia (Unidad de cuidados intensivos, Urgencias).
- Elevada presión asistencial.
- Falta de empatía con el enfermo, familiares y acompañantes.
- Negativas no razonadas a peticiones de prestaciones sanitarias.
- Características especiales en pacientes difíciles: pasivo dependiente, emotivo seductor, masoquista, somatizador, exigente agresivo, incumplidor del tratamiento ¹⁵.
- Ciudadanos que persiguen un beneficio personal fraudulento a través de la asistencia sanitaria (recetas, bajas) y para conseguir sus objetivos presionan, amenazan y agreden al profesional.
- Tipo de patología que presenta (gravedad de la enfermedad o complicación de la misma).
- Experiencias previas negativas con el sistema sanitario.

Es importante tener en cuenta la consideración o el paradigma de la presunta peligrosidad del paciente psiquiátrico y el paciente drogodependiente; por lo que pueden surgir actitudes negativas hacia este tipo de paciente por parte del personal asistencial, siendo fundamental la formación de los trabajadores en el manejo de este tipo de pacientes ¹⁹.

Entre las Medidas Preventivas destacamos, dentro del sector sanitario, las siguientes:

Reforzar las garantías en la prestación de los Servicios Sanitarios

- Disminuir los tiempos de espera.
- Adecuar los espacios de los centros sanitarios.
- Facilitar el ingreso y la estancia de los pacientes en los centros sanitarios.
- Asegurar los derechos sanitarios y de información de los pacientes.
- Rediseño de las consultas: colocación de mobiliario de forma que, en la medida de lo posible, impida la acción agresora, así como facilitar la posible huida del agredido.

Reforzar la seguridad para la prevención secundaria de la violencia externa

Atención domiciliaria:

- Establecer acuerdos y procedimientos de actuación con las Fuerzas de Seguridad del Estado.
- Teléfono móvil institucional: telepresencia o buscapersonas.
- En caso de antecedentes de comportamiento inadecuado o enfermos conflictivos la asistencia se efectuará por dos profesionales sanitarios.
- Si el origen de la agresión es un paciente con enfermedad mental, hay que tener en cuenta que el médico puede ordenar el internamiento del paciente según el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000).

Los estudios realizados en nuestro país en relación con este tema son los siguientes:

El trabajo, becado por la Fundación Prevent durante el ejercicio 2006 ²⁰, expone el diseño y los resultados de la implementación en diversos centros sanitarios de Cataluña a través de la web "www.violenciaocupacional.net", de un sistema informatizado de notificación on-line de Incidentes Violentos.

La información sobre la violencia ocupacional en el sector de la salud se obtenía básicamente de encuestas de autoinforme, con bajos porcentajes de respuesta y notables problemas metodológicos de validez, por los diversos sesgos que conlleva. Este proyecto tiene como objetivo diseñar planes de mejora, tanto en la prevención primaria como en las actuaciones post incidente. Se describe la tipología y la prevalencia de esta violencia en el colectivo investigado, identificando los principales factores de riesgo de la misma y se propone medidas para su prevención.

Informe realizado por la Universidad de Zaragoza ²¹, publicado con el título "Aggression towards Health Care Workers in Spain: A Multifacility Study to Evaluate the Distribution of Growing Violence among Professionals, Health Facilities and Departments (Gascón, S; Martínez-Jarreta, B; Santed, M.A; González Andrade, J.F. y Casolod, Y) International Journal of Occupational and Environmental Health (Volumen 15, n.º 1 [2009])

El Consejo General de Enfermería de España ²² lleva a cabo periódicamente estudios de opinión entre los enfermeros colegiados para conocer la situación de la profesión y su opinión acerca de diferentes temas de actualidad. entre estos se ha realizado un estudio sobre situaciones conflictivas.

Para llevar a cabo este estudio se han consultado un total 600 profesionales de enfermería de toda España con un nivel de error +/- 4,07% y un nivel de confianza del 95,5%, y se ha observado que un 33% de estos profesionales ha sufrido una agresión física o verbal en los últimos 12 meses. De este 33%, un 3,7% han sido agredidos físicamente lo que supone un total de 2.928 profesionales de enfermería agredidos en el último año.

En un estudio realizado por el sindicato SATSE a través de su portal de Internet, se refleja que 8 de cada 10 profesionales de enfermería han sido agredidos física o verbalmente en sus centros de trabajo. De ellos, el 62,64% afirma haber sido agredido verbalmente, un 34,45% han sido agredidos tanto física como verbalmente y un 2,8% solo físicamente.

Hay un estudio realizado en los trabajadores del SERMAS (Servicio Madrileño de Salud) del área 6 de la Comunidad de Madrid, durante el año 2009 y el 2010 para determinar la incidencia de la comunicación de situaciones conflictivas con los ciudadanos, identificar el ámbito de actuación, la categoría profesional más afectada, conocer la prevalencia del tipo de agresión e identificar las consecuencias tras las situaciones conflictivas notificadas ²³.

MODELO DE PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE VIOLENCIA EXTERNA

Es un modelo esquemático que cada organización podrá adaptar a sus necesidades

Objetivo

Este procedimiento tiene por objeto definir las actuaciones que deben llevar a cabo el trabajador, su mando y el resto de instancias implicadas, ante un incidente de violencia externa en el que medie cualquier tipo de agresión física o psíquica.

Alcance

Todos los trabajadores de la organización en la que prestan sus servicios.

Normativa aplicable

- El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos el deber de velar por la seguridad e higiene en el trabajo.
- La Ley General de Sanidad 14/1986, en su artículo 21 “promover la salud integral de trabajador”.
- La Directiva 89/391/CEE, de 12 de junio.
- Ley General de la Seguridad Social.
- Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales.

Además de la normativa citada, justifica la realización del procedimiento el gran alcance de este tipo de incidentes en determinados centros de trabajo, y la necesidad de sistematizar la notificación y recogida de datos al respecto, para abordar adecuadamente la evaluación del fenómeno y el establecimiento de medidas preventivas eficaces, así como la información al trabajador de las actuaciones que se deben poner en marcha ante estos incidentes.

Responsabilidades

Empresario:

Establecer una política de seguridad y salud relativa a la violencia en el lugar de trabajo; que deberá acompañarse de iniciativas encaminadas a sensibilizar a directivos, trabajadores, usuarios y público en general.

Difusión de la política en todos los estamentos de la organización.

Mando intermedio:

El Mando del trabajador que ha sufrido una situación de violencia externa, será el responsable de poner en marcha las medidas pertinentes para proteger al trabajador y garantizar la atención a los usuarios, así como notificar al departamento designado por el empresario lo acontecido.

Servicio de Prevención:

Prestará al trabajador la atención médica necesaria, realizando además la investigación y el registro del incidente, a fin de confeccionar el mapa de riesgos y establecer las medidas preventivas adecuadas.

Delegados de Prevención:

Como miembros del Comité de Seguridad y Salud conocerán la información relacionada con las situaciones de violencia externa que afecten a los trabajadores.

Trabajadores:

Serán responsables de notificar todos los incidentes que consideren de violencia externa, según el modelo existente en la organización.

Grupo de Trabajo:

Supervisar el desarrollo y puesta en marcha de dicho procedimiento.

ACTUACIONES DE LOS TRABAJADORES IMPLICADOS

Trabajador afectado:

— Avisar al Servicio de Seguridad lo antes posible a través de la centralita telefónica o pulsando, en los casos en los que se disponga de ellos, los timbres antipánico.

— Avisar a su mando inmediato, que desde ese momento deberá tomar parte activa en el proceso.

— Notificar según modelo elaborado por la organización cualquier situación que el trabajador considere de violencia externa.

— Solicitar atención médica y parte de lesiones, si existe lesión física o psíquica.

— Coordinar atención médica y parte de lesiones, si existe lesión física o psíquica.

— Notificar al Servicio de Prevención, Recursos Humanos o departamento designado por el empresario, cuando de la situación de violencia derive un Accidente de Trabajo.

Servicio de Prevención:

- Recopilar información y documentación del incidente.
- Identificar el riesgo, investigación del incidente y efectuar una planificación de medidas preventivas a adoptar.
- Seguimiento de los incidentes, explotación de datos para la elaboración del mapa de riesgos y la adopción de medidas preventivas específicas.
- Registro en la base de datos de accidentes de trabajo, en caso de que el incidente se reconozca como accidente de trabajo.
- Atención médica y seguimiento en los casos en que esté indicado.
- Formación a los trabajadores en el manejo de situaciones de violencia externa.

Dirección:

- Ofrecer recursos organizativos (recursos humanos y materiales necesarios).
- Impulsar la prevención y llevar a cabo las medidas preventivas indicadas.
- Valorar apoyo legal a los trabajadores afectados.
- Valorar procedimientos disciplinarios y de reclamación.

INFORMACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL

El Comité de Seguridad y Salud será informado periódicamente por el Servicio de Prevención de los incidentes que se produzcan y, puntualmente, en caso de que el incidente sea calificado de grave, bien por los daños personales o materiales ocasionados, o por el número de trabajadores afectados.

Se establecerá la explotación periódica de los datos, sometiéndose a seguimiento por el grupo de trabajo a fin de analizar el mapa de riesgos y establecer las medidas preventivas pertinentes.

DIVULGACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El Procedimiento general de actuación ante violencia externa, deberá ser divulgado entre todos los trabajadores, fundamentalmente entre los mandos intermedios, que deben conocer el circuito e implicarse en el proceso.

REGISTRO Y ARCHIVO

El Servicio de Prevención registrará y archivará toda la documentación generada en la tramitación de las situaciones de violencia externa que hayan sido notificadas por los trabajadores.

MODELO DE REGISTRO DE SITUACIONES DE VIOLENCIA EXTERNA

Datos que deben ser recogidos en el modelo de notificación:

- Datos del trabajador afectado:
 - Datos personales.
 - Categoría laboral.
 - Departamento o servicio al que pertenece.
- Datos referentes al incidente:
 - Lugar, día y hora del incidente.
 - Tipo de incidente, descripción de los hechos.
 - Probable causa desencadenante.
 - Presencia o no de testigos.
- Consecuencias del incidente:
 - Lesión física.
 - Lesión psíquica.
 - Suspensión de la actividad.
 - Baja laboral.
 - Si ha precisado atención médica y/o atención psicológica.
- Actuaciones posteriores al incidente:
 - Si ha sido necesaria la intervención de otras personas (compañeros de trabajo, seguridad privada, fuerzas de seguridad del estado...).
- Ayuda por parte de la empresa:
 - Si ha necesitado ayuda jurídica, asesoramiento y /o apoyo organizativo, etc.
- Datos referentes al agresor:
 - Número de agresores.
 - Edad aproximada.

- Genero.
 - Tipo de agresor (cliente, acompañante).
 - Si es o no reincidente.
- Seguimiento del incidente.
 - Fecha de notificación del incidente.
 - Firma del trabajador que ha sufrido el incidente.

CONCLUSIONES

- Implicación por parte de todas las instituciones, dedicando los recursos humanos y materiales necesarios para eliminar o disminuir estas situaciones de violencia externa.
- Elaboración de un procedimiento de actuación en el que estén implicados todos los estamentos de la empresa.
- Difusión adecuada del procedimiento en cada uno de los centros de trabajo. Todos los trabajadores deben conocer el procedimiento de actuación ante violencia externa
- Sensibilizar a los trabajadores para la notificación de las situaciones de violencia externa que se produzcan en los centros de trabajo
- Establecer medidas preventivas dirigidas a disminuir los casos de violencia externa, entre otras, mejorar la información a los usuarios y aumentar la formación de los trabajadores para asegurar la correcta actuación de los mismos ante este tipo de situaciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OIT, OMS, CIE, ISP: Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra 2002.
2. OIT, OMS, CIE, ISP.Ops. Cit.
3. Nordin, H. Sistema de información sobre las lesiones en el trabajo. 1995.
4. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. F. 24, La violencia en el trabajo. 2002.
5. Kristensen TS. Job stress and cardiovascular disease: a theoretic critical review. J Occup Health Psycho 1996.
6. Luna, M. Riesgos Psicosociales en los empleados de la Administración Pública en la Comunidad de Madrid. USMR. CCOO 2006.
7. Yela, C. Relación de los profesionales sanitarios y los pacientes en la violencia en el sector sanitario.
8. Di Martino, V. Violence at work. Ginebra: Internacional Labour Organization. 1998.
9. NTP 489-1998. Violencia en el lugar de trabajo. INSHT.
10. Orden 212/2004, de 4 de marzo, del consejero de Sanidad y Consumo, por las que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas.
11. Orden 683/2006, de 24 de marzo de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se modifica la Orden 212/2004 de 4 de marzo de la Consejería de Sanidad.
12. Orden 22/2008, de 21 de enero, se crea el fichero de datos de carácter personal denominado plan regional de Prevención de situaciones conflictivas dependiente de la Dirección General de RRHH de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
13. Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos de 29 de enero de 2009, se dictan instrucciones para la puesta en marcha del Registro Centralizado de la Consejería de Sanidad para Situaciones conflictivas con los ciudadanos.
14. Quaderns de la bona praxi. Guia per preveni i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. 2004.
15. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo J. Ágreda, E. Yanguas Anales suplemento 2.
16. Plan director de seguridad corporativa y de protección del patrimonio del SESCAM. Plan Perseo
17. Plan de prevención de las agresiones de los profesionales de la sanidad de la Región de Murcia.
18. Plan integral de seguridad de la gerencia regional de Salud de la Junta de Castilla y León.
19. Conflictos y dilemas éticos en la atención psiquiátrica Santander F, Hernanz M, Cuadernos de psiquiatría comunitaria, vol 1, número 2 pp 122-139, 2001.
20. Violencia hacia el profesional de la salud: prevención, manejo y actuación post incidente. Creación de un registro de notificación por Internet en Cataluña. Genís Cervantes i Ortega.
21. Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multi-facility Study to Evaluate the Distribution of Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments (Gascón, S; Martínez-Jarreta, B; Santed, M.A; González Andrade, J.F. y Casolod, Y) International Journal of Occupational and Environmental Health (Volúmen 15, n.º 1 [2009]).
22. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera. Organización Colegial de Enfermería Consejo General.
23. Incidencia de notificación de situaciones conflictivas con los ciudadanos en el Área 6 de la Comunidad Autónoma de Madrid. Maestre Naranjo, M, Borda. J, Revista Medicina y Seguridad. Med. segur. trab. vol.58 nº.223 Madrid Junio 2011.

Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención

Stress and *burnout* at work: differences, updates and lines of intervention

Raquel Rodríguez Carvajal, Sara de Rivas Hermosilla

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. España.

Correspondencia:

Raquel Rodríguez Carvajal
Universidad Autónoma de Madrid
Facultad de Psicología, Despacho 35. Módulo I
c/ Ivan Paulov, 6
28049 Madrid. España.
Tfno.: +34 914975122
E-mail: raquel.rodriguez@uam.es

Resumen

El escenario laboral actual marcado por la globalidad y la inestabilidad genera unas condiciones que hace que muchos profesionales experimenten frustración y un alto nivel de tensión emocional, que conlleva un aumento de los niveles de estrés laboral y del desgaste profesional. La importancia del estudio del estrés laboral y el *burnout* ha incrementado en los últimos años la productividad científica en estos temas. Se ha realizado por ello una revisión de la literatura para ofrecer una visión global y actualizada de ambos procesos. Se muestran los principales modelos y las variables de estudio vigentes así como las principales líneas más actuales de intervención que se vienen desarrollando hasta la fecha.

Palabras clave: *Estrés Psicológico; Agotamiento Profesional; Estudios de Intervención.*

Abstract

Today's workplace is constantly changing. Organizations are confronted with multiple challenges, brought by globalization and instability. This situation causes many professionals to experience frustration and a high level of emotional tension, which may easily lead to increased levels of occupational stress and *burnout*. The importance of studying occupational stress and *burnout* has led to an increase in the scientific productivity in these areas during the last years. The present literature review provides an overview and update of both occupational stress and *burnout* processes. The main models are presented as well as the current variables in study. The main lines of intervention that have been developed to date are also reviewed.

Keywords: *Psychological Stress; Burnout; Intervention Studies.*

INTRODUCCIÓN

En el escenario laboral que nos encontramos, marcado por la globalidad y la inestabilidad, se observa un alto nivel de complejidad. Es un escenario dinámico, de fusiones empresariales, reingeniería de recursos humanos y desarrollo tecnológico exponencial, donde prima la necesidad de reducción de costes, la demanda en el aumento de la productividad y de la satisfacción del cliente ¹. Estas presiones laborales se ven además afectadas por otros aspectos sociales que también han cambiado y que suponen un añadido más a este entramado, como por ejemplo un menor nivel de autonomía, una mayor sobrecarga debido a la reducción de personal, el aumento de las demandas emocionales, o que los objetivos del trabajo no estén bien definidos, no sean muy claros o no se reciba *feedback* sobre ellos ².

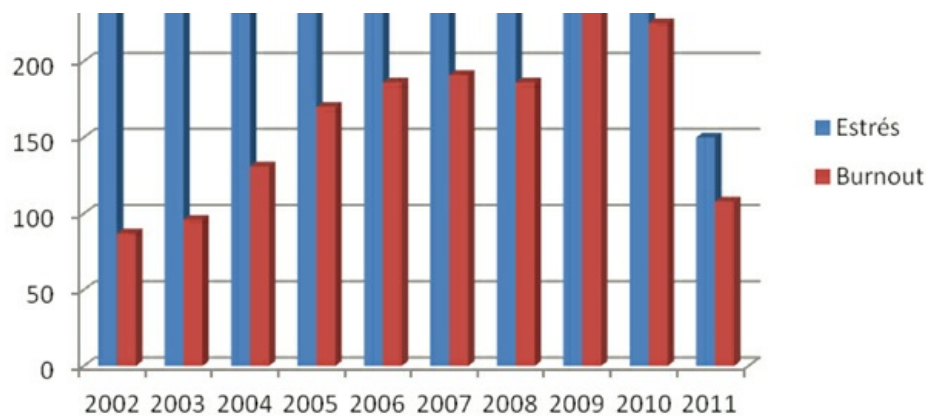
Todos estos cambios están llevando a una serie de consecuencias tanto personales, principalmente en materia de salud de la población trabajadora, como económicas. Según los datos de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el trabajo, en el año 2009 se estimaba una pérdida de 1.250 millones de días de trabajo anuales debidos a problemas de salud relacionados con el trabajo. Por su parte, el Consejo de Seguridad de Estados Unidos, cifra dicha pérdida en 183 billones de dólares anuales en 2010, lo que conlleva que cada trabajador debe incrementar su productividad una media de 1.300 dólares para que se pueda suplir dicho déficit. Esta pérdida de recursos debido al creciente aumento de los problemas de salud, pérdida de días de trabajo, bajas laborales, absentismo y abandono, conllevan un coste directo a todos los niveles.

Y es que en estas condiciones en las que el trabajo no facilita la integración y el desarrollo del individuo, o cuando se lleva a cabo en condiciones precarias, hace que muchos profesionales experimenten frustración y un alto nivel de tensión emocional, que conlleva un aumento de los niveles de estrés laboral y de desgaste profesional. En una reciente investigación llevada a cabo en más de 2.000 personas, trabajadores de diversos sectores tanto públicos como privados ³, se observó que el 41% informaba de altos niveles de estrés laboral. Dos de cada tres indicaban sentir un aumento significativo de sobrecarga de trabajo, y un 36% un menor apoyo por parte de compañeros y supervisores. Además, uno de cada cinco no informaba sobre su alto nivel de estrés y un 48% evitaba cogerse días de baja por enfermedad, ambos por miedo al despido.

Dada la situación actual, la necesidad del estudio de los procesos de estrés y de desgaste profesional se hace más patente, y la producción científica da muestra de ello. Atendiendo a la evolución del número de investigaciones llevadas a cabo desde el año 2002 según la base de datos PsycInfo, se puede observar una alta productividad ya en los inicios del siglo *xxi* del estrés laboral, junto con un aumento sistemático a lo largo de los últimos años en el estudio del *burnout* o desgaste profesional (ver figura 1). Es importante señalar que el descenso en el año 2011 es meramente artefactual en la medida en que aún no están recogidas en las bases de datos las publicaciones de los últimos 4 o 5 meses del presente año.

Figura 1. Evolución del número de publicaciones científicas sobre estrés laboral y *burnout* desde el 2002 al 2011 según la base de datos PsycInfo





A partir de la revisión de la literatura realizada, el presente artículo tratará de dar una visión global y actualizada del estudio de los procesos de estrés laboral y desgaste profesional, estableciendo los principales modelos y variables de estudio vigentes, junto con las principales líneas de evaluación e intervención que se vienen desarrollando hasta la fecha.

EL ESTRÉS LABORAL Y EL DESGASTE PROFESIONAL: DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROCESO.

No fue sino fruto del azar y de la observación sistemática, que Hans Selye en la década de los años 30 descubriera lo que en su momento definió como trastorno general de adaptación, hoy conocido como estrés. Selye definió el estrés como una respuesta del organismo ante la percepción de una amenaza caracterizada por una *fase de alarma*, —donde el organismo se prepara para dar una respuesta—, una *fase de resistencia*, —donde aparecen los cambios específicos que permitirá enfrentarnos a la situación—, y una *fase de agotamiento*, —donde se produce un progresivo desgaste de la energía utilizada para hacer frente a la amenaza. Cuando dicha percepción de amenaza se encuentra relacionada con la organización y la gestión del trabajo hablamos entonces de estrés laboral.

El estrés laboral, según la Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo se define como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador”. En general, y atendiendo al modelo de Karasek⁴ y de Karasek y Theorel⁵, el equilibrio entre la demanda y el nivel de control producirá el grado de estrés en un momento determinado. La ausencia de un proceso de recuperación tras un periodo de estrés continuado, así como la propia naturaleza acumulativa del mismo puede llevar a un estrés crónico. Lazarus y Folkman⁶ definieron el estrés crónico como “una relación particular que se establece entre el sujeto y el entorno que es evaluada por éste como amenazante y desbordante”. Y es esta segunda faceta, cuando la persona se percibe totalmente agotada, exhausta, desbordada, como consecuencia de un proceso de desgaste, la que describe el síndrome de *burnout* o desgaste profesional. Hoy por hoy se utiliza la palabra desgaste profesional como adaptación al español del significado de la palabra *burnout*, ya que el mismo término de desgaste lleva implícito la referencia a este proceso disfuncional de deterioro⁷. En este sentido, el desgaste profesional hace también referencia al proceso de pérdida lenta, pero considerable, del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza. La etiqueta anglosajona de *burnout* se debe a Herbert Freudenberger⁸, un psicólogo clínico neoyorkino que la empleó para describir a aquellos voluntarios que en un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, se encontraban desmotivados y faltos de todo interés por su trabajo. Con posterioridad Christina Maslach dio a conocer este concepto en 1977 en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicólogos). Aunque no exista una definición unánimemente aceptada, sí existe consenso al considerar que el síndrome de *burnout* aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico, que surge al trabajar bajo condiciones difíciles, que se caracteriza por un estado de desgaste físico, emocional y cognitivo, y que tiene consecuencias muy negativas para la persona y para la organización.

Si bien conceptualmente las diferencias son relativamente claras entre estrés crónico, *burnout* y otros trastornos con síntomas similares como puede ser la depresión, no ha sido hasta muy recientemente cuando se ha podido objetivar de manera clínica estas diferencias, mediante el estudio de la carga alostática. La carga alostática es el deterioro de los sistemas del organismo como consecuencia de la respuesta de estrés⁹. Entre los distintos indicadores clínicos de carga alostática se encuentra el aumento de la tensión arterial sistólica y diastólica, la disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, el aumento de los niveles de catecolaminas, cortisol y fibrinógeno, la disminución de los niveles séricos y plasmáticos, y el cociente cintura/cadera. En el estudio realizado por Juster y colaboradores¹⁰, mediante 15 biomarcadores neuroendocrinos, inmunes, metabólicos y cardiovasculares se observó un aumento de la carga alostática asociada al aumento de los síntomas de estrés crónico y *burnout* pero no de depresión.

Sin embargo, la intervención en estrés laboral y en el desgaste profesional no sólo conlleva la actuación sobre los síntomas, sino sobre los distintos antecedentes o agentes estresantes, moduladores y consecuentes que pueden variar tanto a nivel personal como interpersonal y organizacional. Las distintas dinámicas que se establecen entre cada uno de los componentes dentro del contexto socio-histórico en el que nos encontramos han hecho necesario el estudio del estrés laboral y el desgaste profesional desde un modelo procesual.

Dentro de los agentes estresantes, las condiciones laborales, las relaciones interpersonales, ciertas características de personalidad, el tipo de organización y liderazgo, el contexto social y económico, o ciertas características del diseño de la tarea son algunos de los factores más estudiados hasta el momento¹¹. A día de hoy, cada uno de estas facetas se ha estudiado por separado, permitiendo una mayor comprensión de cada una de ellas. En este sentido, la sobrecarga de trabajo, la ausencia de descansos, largas horas de trabajo, tareas rutinarias con escaso significado y la no utilización de las habilidades del trabajador son algunas de las características del diseño de la tarea que mayores niveles de estrés generan en el trabajador¹²⁻¹³. En cuanto a la supervisión, destacan la baja participación en la toma de decisiones, escasos niveles de comunicación y apoyo, junto con la ausencia de políticas de conciliación¹⁴. Asimismo, el conflicto y la ambigüedad de roles, el exceso de responsabilidad, la escasez de formación y reciclaje, la inseguridad laboral, la ausencia de oportunidades de promoción profesional y desarrollo, son algunas de las características organizacionales y del contexto socio-económico más relevantes^{15, 16}. Y por último, y no por ello menos importante, las condiciones físicas y ergonómicas del puesto como la contaminación acústica o una ventilación e iluminación inadecuadas¹¹.

Revisando los desarrollos más actuales que se desmarcan de estas líneas cabe destacar el estudio realizado en 63 países con una muestra de más de 420.000 participantes en los que se observa los niveles de autonomía y de libertad de elección como el factor más consistentemente relacionado con altos niveles de bienestar y menores niveles de estrés laboral y *burnout*¹⁷. Estos datos apoyarían la llamada paradoja Easterlin¹⁸ donde mayores niveles de ingresos y de estado del bienestar no predicen de manera lineal los niveles de bienestar, o inversamente proporcional los niveles de bienestar a los niveles de ingresos.

niveles de estrés, sino mas bien que la relacion seria curvilinea, por lo que existira un punto de saturacion donde un mayor poder adquisitivo no conllevaria un aumento de los niveles de bienestar. Sin embargo, según este estudio mayores niveles de autonomía y de libertad de elección sí estarían relacionados con un incremento en los niveles de bienestar, y menores niveles de desgaste profesional.

Entre las principales variables moduladoras que median el efecto de los distintos estresores en la respuesta de estrés laboral y de sintomatología de *burnout*, clásicamente se encuentra las estrategias de afrontamiento activo y de apoyo social^{19, 20}, el locus de control^{21, 22} la personalidad resistente^{23, 24}, la estabilidad emocional^{25, 22}, el sentido de la coherencia²⁶, la autoeficacia^{27, 28}, el patrón tipo A de conducta²⁹ y más recientemente el patrón tipo D²⁰, la inteligencia y competencia emocional^{30, 31, 24}, el trabajo emocional y la disonancia emocional³²⁻³⁴, o la motivación intrínseca³⁵.

La actualización de las metodologías de investigación ha permitido el estudio del impacto longitudinal de algunas de estas variables. En este sentido se ha podido observar como el aumento del uso de estrategias sociales optimistas en detrimento de estrategias de evitación se encontraba asociado con menores niveles de *burnout* y mayores niveles de *engagement* a lo largo de los primeros 18 años de experiencia profesional³⁶. Asimismo, el apoyo social sigue siendo uno de los factores de mayor peso en la prevención del estrés laboral y el desgaste profesional en los estudios tanto longitudinales³⁷ como de meta-análisis³⁸. Por otra parte, en los últimos años se ha detectado un posible efecto moderador de variables menos clásicamente estudiadas, entre las que destacarían los niveles de religiosidad, la práctica de la meditación, la relajación, el sentido del humor y la creatividad³⁹⁻⁴³, o a nivel social, la eficacia organizacional⁴⁴.

En cuanto a las consecuencias, los procesos de estrés y desgaste profesional se han caracterizado por su impacto global, en la medida en que se observan efectos directos no sólo a nivel individual, sino social y organizacional, siendo la gravedad de las consecuencias significativamente mayores en el caso del *burnout*. Los efectos encontrados clásicamente mediante metodología transversal sobre los niveles de satisfacción laboral, también han sido hallados en estudios longitudinales tanto como consecuencia del estrés laboral⁴⁵ como del desgaste profesional⁴⁶. También se han detectado consecuencias en cuanto al rendimiento laboral inmediato, muchas veces moderado por factores personales como la inteligencia emocional⁴⁷, o la autoeficacia⁴⁸. En cuanto a la relación entre estrés laboral y desgaste profesional, se ha observado tanto a nivel transversal, como longitudinal y en estudios de meta-análisis⁴⁹ que la propia respuesta de estrés actúa como mediador entre las demandas laborales y la experiencia de desgaste profesional. Por su parte, entre las principales consecuencias del *burnout* destacan los problemas de salud en general y específicamente problemas psicosomáticos a nivel personal¹³.

Sin embargo, no ha sido hasta los últimos diez años que se han empezado a estudiar factores de riesgo fisiológico e incluso marcadores físicos como medidas objetivas del deterioro por estrés laboral y *burnout*⁵⁰, tanto en estudios transversales⁵¹, como longitudinales⁵². En estos estudios se ha observado como mayores niveles de estrés laboral se encuentran asociados con mayores niveles de los principales metabolitos de la noradrenalina en plasma (BDNF y MHPG)⁵¹, junto con un mayor riesgo de apoplejía principalmente en hombres trabajadores en el sector industrial tras un estudio longitudinal de 11 años⁵³, y un aumento del riesgo de trastornos cardiovasculares en general⁵⁴. En el caso del desgaste profesional mayores niveles de *burnout* se asocian con una mayor carga alostática¹⁰. Sin embargo, un reciente estudio de meta-análisis realizado por Danhof-Pont⁵⁵ y colaboradores, indica que muy probablemente, debido a las grandes diferencias en los métodos utilizados hasta el momento para evaluar tanto los biomarcadores como los niveles de desgaste profesional, aun no se ha detectado de manera consistente un perfil específico de factores fisiológicos asociados al *burnout*. Por último, la inclusión de nuevas metodologías de estudio más acordes con un enfoque procesual están aportando una serie de datos que parecen en principio contradictorios con los obtenidos de manera consistente con metodología transversal. Tal es el caso de los dolores musculoesqueléticos. En un estudio realizado por Larsman y colaboradores⁵² con una muestra de 1.133 personas evaluadas entre 2004 y 2008 los datos indican que no existiría relación entre padecer altas demandas laborales, estrés laboral y el desarrollo de dolor musculoesquelético. A pesar del posible impacto de dichos datos, es importante ser cautos y esperar a que nuevos estudios de corte longitudinal lo confirmen.

Por otra parte, a nivel social, las principales consecuencias vienen asociadas a las actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por el sujeto, como consecuencias del estrés y el desgaste profesional, tales como la suspicacia, la agresividad, el aislamiento, o la irritabilidad. Estas actitudes pueden deteriorar ostensiblemente las relaciones interpersonales generando una serie de consecuencias en el estrés laboral y el desgaste profesional como son los conflictos interpersonales, la evitación de contactos sociales, o la pérdida de redes de apoyo^{56, 13}. Asimismo, a través de metodologías de diario y experimentales se ha podido comprobar los efectos *crossover* o de contagio tanto en estrés laboral⁵⁷ como en desgaste profesional⁵⁸. Los mecanismos del proceso se han explicado hasta la fecha mediante procesos de similitud con la persona afectada⁵⁹ o mediante procesos de disonancia emocional y falta de autenticidad en las relaciones interpersonales⁶⁰.

A nivel organizacional, entre las principales consecuencias tanto del estrés laboral como del desgaste profesional destacan el abandono o intenciones de abandono del puesto de trabajo, el absentismo laboral, y un mayor número de rotación y bajas laborales^{61, 62}. De manera relativamente reciente se han podido confirmar estos efectos también mediante metodología longitudinal y estudios de meta-análisis. Tal es el caso del absentismo laboral en una muestra de 844 trabajadores a lo largo de un año, donde se observó que el incremento en los niveles de *burnout* producía un aumento de la tasa de absentismo un año después⁴⁶. Asimismo, diversos estudios de meta-análisis han mostrado un tamaño del efecto significativo en la relación entre estrés laboral, desgaste profesional, intenciones de abandono y abandono del puesto⁴⁹. También se han estudiado los efectos del estrés laboral y el *burnout* en temas de seguridad laboral. Los datos recogidos hasta el momento en un reciente estudio de meta-análisis con más de 200 muestras independientes informan de una relación positiva y un tamaño del efecto significativo en la relación entre el desgaste profesional y las conductas de riesgo y el número de accidentes de trabajo⁶³. Por último, metodologías multinivel han permitido demostrar cómo un aumento del estrés laboral a nivel individual, con una muestra de 924 trabajadores, se relaciona significativamente con un decremento de producción a nivel organizacional⁴⁸.

Si bien estas son algunas de las características que de manera general se ha observado en distintos grupos profesionales, ya en 1993, Schaufeli, Maslach y Marek⁶⁴ afirmaban que el estudio de la etiología del estrés laboral y el desgaste profesional debe atender a la propia naturaleza del trabajo y de los estresores asociados, por lo que es conveniente la investigación específica de cada entorno laboral relativo a cada profesión. Y es esta perspectiva de especificidad la que ha ido marcando las distintas líneas de estudio y desarrollo en ambos campos de investigación hasta la fecha. A nivel general, cabe destacar que el sector servicios sigue siendo el más estudiado, y concretamente el profesorado con más de 2000 artículos, seguido de enfermería, cuerpo de policía, y médicos con un total de 506 artículos. El número de estudios realizados en el resto de profesiones ya se encontraría por debajo de los 200 artículos aproximadamente.

MODELOS DE ESTUDIO EN LOS PROCESOS DE ESTRÉS LABORAL Y DESGASTE PROFESIONAL

Todos estos datos nos indican, que si bien hemos avanzado notablemente en el estudio de cada uno de los componentes del proceso, aún no se conoce en profundidad la dinámica de relación de estos factores que degenera en la experiencia de estrés de manera diferencial en los profesionales. A continuación vamos a tratar de desarrollar por orden de relevancia –atendiendo al número de publicaciones donde se ha comprobado empíricamente el modelo– las distintas teorías explicativas del estrés laboral y del desgaste profesional.

Modelos de proceso de estrés laboral

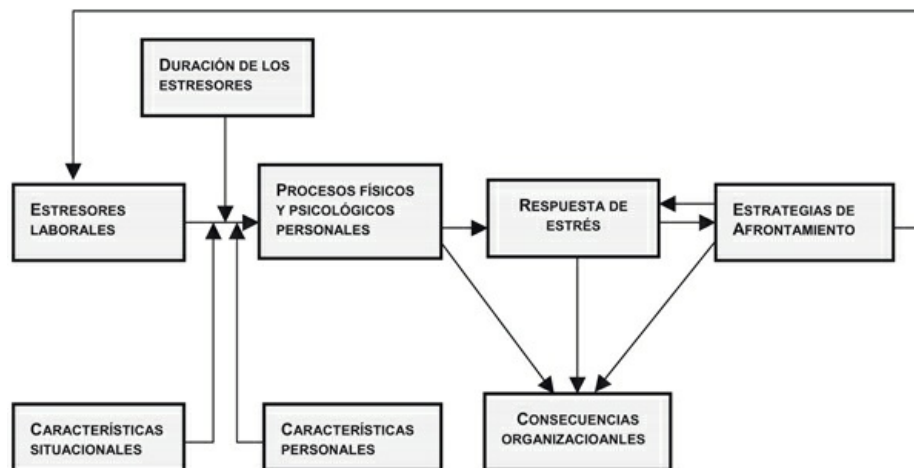
Modelo de Ajuste Persona-Ambiente de Harrinson ⁶⁵

La distinción entre persona y ambiente (P-A) es una de las características básicas en este modelo. Esta distinción se convierte por tanto en un requisito para la conceptualización de los niveles de ajuste P-A, siendo esta la base de causación recíproca entre el individuo y su entorno. La segunda característica del modelo es la distinción explícita entre dimensiones "objetivas" y perceptivas tanto de la persona como del ambiente. En este sentido, Harrinson considera importante analizar el efecto diferencial entre características objetivas tanto de la persona y el ambiente frente a percepciones del individuo tanto de sí mismo (i.e. autoconcepto) como del entorno. Por tanto, al establecer los niveles de ajuste, se analizan tanto los niveles de ajuste persona-ambiente, objetivo y perceptivo, así como los niveles de ajuste entre la percepción del ambiente y sus características objetivables, y el nivel de precisión en la autovaloración del sujeto. La aplicación de este modelo en las distintas investigaciones empíricas ha llevado a una modificación del mismo al observar que los niveles de ajuste objetivos persona-ambiente no mostraban un impacto apreciable en la salud mental, a menos que fuese percibido por el sujeto y por tanto llevado a la dimensión subjetiva de los niveles de ajuste ⁶.

Modelo de facetas ampliado de Beehr y Newman ⁶⁶

En este modelo (ver figura 2), el estrés laboral se localiza en la faceta medioambiental, siendo la respuesta de estrés parte de la faceta de consecuencias personales. Según el modelo la presencia de estresores y de respuesta de estrés serían las dos condiciones necesarias y suficientes para hablar de una situación de estrés ocupacional. La presencia de otras facetas, indicarían el posible efecto de otras variables en el proceso. La faceta personal se compone de características relativamente estables de la persona (por ejemplo, la personalidad, sus rasgos o características socio-demográficas). Estas podrían interactuar con distintos estresores para producir una variabilidad más amplia en la respuesta de estrés. La variable consecuencias organizativas contiene los comportamientos de los empleados, en situaciones de estrés, que tienen implicaciones directas en la eficacia de la organización (por ejemplo, el absentismo, la rotación o cambios en los niveles de rendimiento). Por último, la faceta duración reconoce la importancia del tiempo en el propio proceso de estrés laboral, que es probablemente un factor poco reconocido en el estudio del proceso ⁶⁷. Posteriormente, se desarrolló un modelo extendido en el que se rompe la faceta ambiental en dos partes, estresores laborales y otras características de la situación. Estas otras características de la situación podrían moderar la relación entre los estresores y el resto de las variables del proceso. Además, en esta nueva versión del modelo, cambiaría el papel de las características personales para mostrar de forma explícita su papel moderador en la relación estresores y respuesta de estrés. En este sentido, las características personales podrían también dar lugar directamente a distintos tipos de respuesta de estrés. Asimismo, "el afrontamiento y la adaptación" aparecen en este modelo para indicar las medidas adoptadas para corregir los problemas derivados de los estresores, en las respuestas de estrés y los efectos a nivel organizacional.

Figura 2. Modelo de facetas ampliado de Beehr y Newman ⁶⁶



Modelo Cibernético del estrés laboral de Edwards ⁶⁸

Este modelo trata de integrar aspectos de la literatura sobre auto-regulación y el estrés ocupacional. De acuerdo con este modelo, el estrés en las organizaciones podría ser conceptualizado no en términos de las distintas características de la persona o del ambiente sino en términos de la relación entre ambos dos. En este sentido, el estrés organizacional se define como los niveles de discrepancia entre la percepción del estado actual en el que se encuentra la persona y el estado deseado, en la medida en que el sujeto considera importante esta discrepancia ⁶⁸. Las concepciones del estado tanto actual como deseado se describirían de manera amplia, abarcando tanto la representación subjetiva de las condiciones laborales actuales como las metas, valores y objetivos específicos que la persona desea alcanzar. Por tanto, la formulación y operativización empírica del modelo requeriría el uso de una metodología de establecimiento de metas y objetivos específicos de cada persona evaluada, como la desarrollada por Emmons ⁶⁹, lo que da una validez ecológica amplia al uso de este paradigma. Sin embargo, el número de estudios empíricos desde esta perspectiva, si bien han mostrado un valor añadido significativo, son bastante reducidos ⁷⁰.

Teoría de la Activación Cognitiva del Estrés de Meurs ⁷¹

Nace recientemente como teoría explicativa del estrés laboral que pretende integrar los modelos existentes hasta la fecha recogiendo desarrollos realizados en el estudio del estrés ajenos al entorno organizacional ⁷². El modelo original establece que es necesario analizar cuatro niveles distintos de estrés. Por un lado, el estrés como estímulo, los estresores, que toman ese rol en la medida en que el sujeto percibe el estímulo y lo evalúa como amenaza. Dicha evaluación dependería de las experiencias previas y las expectativas de resultado que tenga el propio sujeto. En segundo lugar, la experiencia de estrés, es decir, la percepción subjetiva cognitiva y emocional de sentirse estresado. Posteriormente la respuesta de estrés, entendida desde este paradigma como el incremento de arousal cerebral o como proceso de activación por estrés. En este sentido, la evaluación de la respuesta de estrés se realiza mediante registros psicofisiológicos, neuroendocrinos, psicoinmunológicos, comportamentales y de bioquímica cerebral. Y por último el feedback de la respuesta de estrés, donde la persona percibe los cambios fisiológicos producidos por la respuesta de

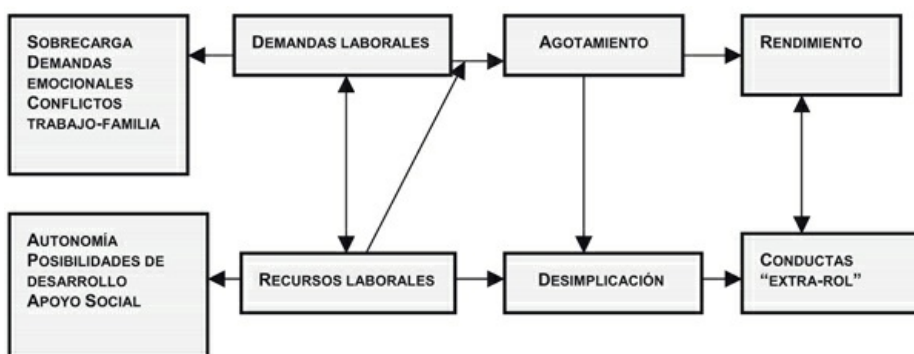
cerebral. Y por último, el *feedback* de la respuesta de estrés, donde la persona percibe los cambios perniciosos producidos por la respuesta de estrés, o lo que es lo mismo, la propia experiencia de la respuesta de estrés. Debido a la novedad de la inclusión de este paradigma en el estudio del estrés laboral, aún no constan estudios empíricos en las bases de datos.

Modelos de proceso de Desgaste Profesional

Modelo de Demandas y Recursos de Demerouti y colaboradores ⁷³

El modelo de Demandas y Recursos laborales (ver figura 3) enfatiza principalmente la existencia de dos líneas paralelas de desarrollo, por un lado las demandas laborales y el desgaste o agotamiento del profesional, y por otro los recursos laborales y la desimplicación. Este modelo asume que cuando las personas se encuentran en una situación donde las demandas laborales son altas y los recursos limitados, esto producirá una situación de desgaste energético y de desmotivación que favorecería el desarrollo de desgaste profesional, sea cual sea el tipo de profesión. Las demandas laborales se refieren a aquellos aspectos físicos, sociales y organizacionales que requieren un esfuerzo físico o mental mantenido y que por tanto conlleva un coste psicológico y fisiológico. Basado en el modelo de control de la demanda de gestión de Hockey ⁷⁴, las demandas laborales se perciben como estresores ambientales donde las personas tienen que desarrollar estrategias de protección frente a ellos. Por otro lado, los recursos laborales hacen referencia a aspectos tanto físicos, como psicológicos, sociales u organizacionales que facilitan la consecución de los objetivos laborales y reducen los costes físicos y psicológicos asociados a las demandas, estimulando el desarrollo y crecimiento personal. Por tanto el proceso de desgaste seguiría dos caminos. El primero, relacionado con el agotamiento y la extenuación producidos por la sobrecarga de las demandas laborales, y el segundo vinculado con la falta de recursos que exagera los efectos negativos de las demandas y que degenera en conductas de desimplicación y abandono. Las últimas conceptualizaciones de este modelo ⁷⁵ reducen significativamente el número de demandas laborales a factores de sobrecarga, y también en el número de recursos permaneciendo el apoyo social. Asimismo, aparecería una variable de recursos personales relacionada con aquellos aspectos de la persona que se encuentran generalmente relacionados con factores de resiliencia. Es decir, las percepciones de las personas en cuanto a su capacidad para controlar y actuar con éxito sobre su entorno. Estos recursos actuarían como moduladores del proceso.

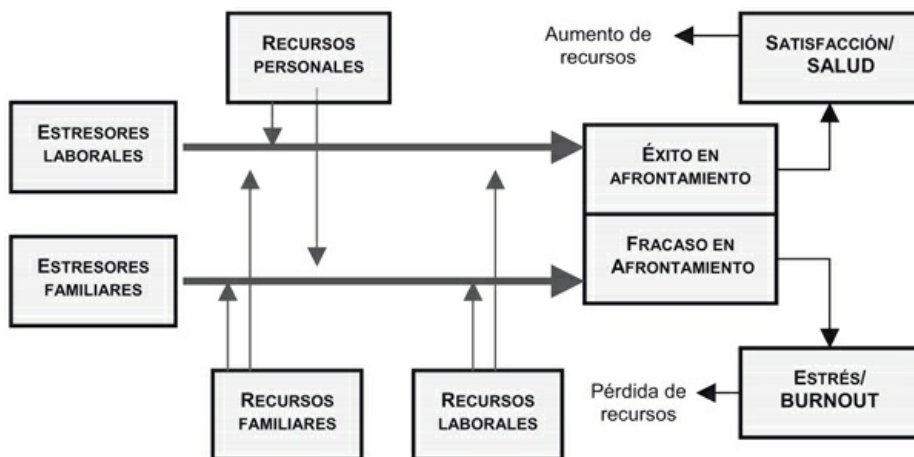
Figura 3. Modelo extendido sobre demandas y recursos laborales ⁷³



Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll ⁷⁶

Esta teoría explicativa del desgaste profesional se centra principalmente en aquellos factores cognitivos y del ambiente asociados con los recursos personales, concebidos como "objetos, características personales, condiciones o energías que son valiosos por sí mismos, o porque proveen o protegen recursos valiosos para la persona" ⁷⁷ (ver figura 4). Por tanto, los recursos se convierten en el factor central de este modelo. El principio básico de esta teoría afirma que las personas intentan adquirir, mantener y proteger los recursos que poseen, percibiendo la pérdida potencial o real de recursos, así como la pérdida de una ganancia esperada como estresante. Por tanto, la pérdida de estos recursos o la mera amenaza de dicha pérdida se convertiría en agente causante de la experiencia de estrés. En este sentido, el desgaste profesional o *burnout* se concibe como el resultado de esa pérdida global o amenaza de pérdida de recursos valiosos, y por tanto, como un síndrome fundamental de agotamiento de recursos. Además, Hobfoll ⁷⁶ sugiere que las características personales podrían actuar como moduladores frente a la experiencia de estrés. Asimismo, las relaciones sociales desde este modelo son vistas como recursos, en la medida en que son proveedores o facilitadores de la preservación de recursos valiosos para el sujeto.

Figura 4. Modelo teórico sobre la conservación de los recursos ⁷⁷



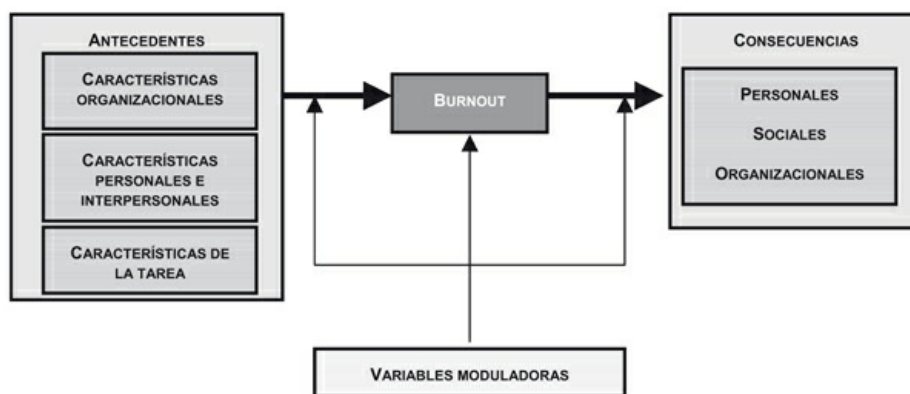
Modelo de Esfuerzo-Recompensa de Siegrist⁷⁸

El modelo de esfuerzo-recompensa enfatiza la importancia de los roles sociales en la medida en que pueden ofrecer a la persona oportunidades de contribuir o realizar tareas (generando sensaciones de auto-eficacia), oportunidades de sentirse recompensados y valorados (incrementando la autoestima) y oportunidades de pertenencia a un grupo significativo para la persona. A partir de estas consideraciones, esta teoría establece la falta de reciprocidad o equidad entre ganancias y costes como agente causante de un estado de distrés emocional que degeneraría en desgaste profesional y problemas de salud. Asimismo, el modelo asume que en muchos trabajos no existe una completa especificación del puesto que favorezca un balance equilibrado entre los esfuerzos requeridos y las recompensas que se otorgan. Estos sentimientos de ser tratado injustamente y de falta de reconocimiento como resultado de un sistema inapropiado de recompensas generan una serie de respuestas de estrés del sistema nervioso autónomo. Este hecho es debido a la experiencia recurrente de déficit de recompensa que impediría la capacidad de regulación y adaptación al entorno. A largo plazo, este nivel de desajuste entre altos niveles de esfuerzo y baja recompensa conduciría a un desgaste profesional y aumentaría el riesgo de enfermedad como consecuencia del estrés mantenido.

Modelo Transaccional de Moreno-Jiménez⁷⁹

Las investigaciones clásicas en estrés organizacional y desgaste profesional generalmente se han centrado en los efectos directos de las variables organizacionales, sociales, de la tarea o variables de personalidad como agentes causantes e independientes del proceso de estrés. Sin embargo, si seguimos el modelo teórico cognitivo-motivacional-relacional de Lazarus⁸⁰, esta asunción entra en conflicto con una concepción de las respuestas emocionales como dependientes de los significados relacionales construidos como fruto de la interacción entre la persona y el ambiente. De hecho, Lazarus⁸⁰ considera ineficaz como medida de reducción del estrés, intentar modificar las condiciones laborales sin tener en cuenta los objetivos, metas, recursos y creencias de los trabajadores. De hecho, muchos estudios han tratado de reflejar esta variabilidad interindividual en la percepción de las variables organizacionales, si bien en muchos casos se ha quedado reducido a un tratamiento estadístico de los datos sin tener un reflejo real por evaluar la manera en que las experiencias laborales son percibidas e interpretadas por la persona. Desde esta perspectiva, el equipo de Moreno-Jiménez viene desarrollando desde sus inicios una perspectiva transaccional en el estudio de distintos procesos socio-laborales, como son el desgaste profesional, el estrés traumático secundario, el acoso laboral o los procesos de conciliación familiar-laboral, donde las variables de personalidad interactúan a lo largo de la generación, desarrollo y consecuencia de los mismos (ver figura 5).

Figura 5. Modelo procesual y transaccional de Desgaste Profesional⁷⁹



Modelo de interacción entre Individuo y Organización de Leiter y Maslach¹²

A través de un conjunto de datos normativos, con más de 8.000 participantes, que cubren una amplia gama de ocupaciones a través de Canadá, Estados Unidos, Europa y Asia, Michael Leiter y Christina Maslach¹² han validado la escala de vida laboral, un cuestionario que trata de recoger algunas variables individuales y organizativas identificadas por los autores como las áreas más relevantes del entorno de trabajo. El modelo teórico que Leiter y Maslach¹² elaboraron para el desarrollo de esta considera que un desajuste entre las personas y su entorno de trabajo en estas áreas, reduce la capacidad de energía, implicación y sensación de eficacia, mientras que el ajuste produciría el efecto contrario, aumentando los niveles de compromiso. Una de las áreas más importantes considerada por los autores y la literatura científica es la carga de trabajo, que se define como la cantidad de trabajo que se realiza en un momento dado. Los autores afirman que un volumen de trabajo asequible ofrece la oportunidad de disfrutar con la tarea, para conseguir los objetivos laborales, y su desarrollo profesional. Sin embargo, el exceso de trabajo no se conceptualizaría simplemente como un desfase o exceso en los requisitos para conseguir un nuevo reto, sino ir más allá de los límites humanos. El control se considera en este modelo como el segundo factor más importante y se define como la oportunidad de hacer elecciones y tomar decisiones, resolver problemas, y contribuir al cumplimiento de las responsabilidades. Un buen ajuste se produce cuando hay una correspondencia entre el control y los niveles de responsabilidad, produciéndose una discrepancia cuando las personas carecen de control suficiente para cumplir con las tareas de las que se les hace responsables. La recompensa sería un tercer factor que recogería tanto el reconocimiento económico como social del trabajo, ofreciendo indicadores claros de lo que valora la organización, mientras que la falta de reconocimiento devalúa tanto el trabajo como a ellos mismos. El factor de comunidad se define como la calidad del entorno social de una organización relacionado con el apoyo social, la colaboración y los sentimientos positivos. Los desajustes se producen cuando no existe una conexión positiva con los demás en el trabajo. La equidad considerada como la medida en que la organización tiene normas coherentes y equitativas para todos. Un elemento importante en este factor es el grado en que los recursos se asignan de acuerdo a procedimientos comprensibles y consistentes. La equidad transmite respeto por los miembros de la comunidad. La falta de equidad indica confusión en los valores de una organización y en sus relaciones con las personas. Finalmente, los autores consideran los valores como lo que la organización y sus miembros consideran importante. En este sentido, cuando los valores organizacionales y personales son congruentes, los éxitos son compartidos, por su parte, cuando existen diferencias entre los valores de una organización y los valores de su personal, o si la organización no practica sus valores se producen desajustes que degeneran en estrés y desgaste.

Burnout como un proceso de desilusión en la profesión de ayuda de Edelwich y Brodsky⁸¹

La mayoría de las personas en el inicio de su profesión experimentan lo que podríamos llamar una fase de entusiasmo por el acceso a un nuevo puesto de trabajo, con nuevas expectativas e intereses. Durante algún tiempo todo contratiempo se contrarresta con las energías que proporciona la

motivación por hacer un “buen trabajo”. Si las dificultades y la realidad del día a día empiezan a romper expectativas pasamos a una fase de estancamiento donde empezamos a plantearnos si el nivel de esfuerzo del día a día compensa los beneficios. Una vez que empezamos a plantearnos la posible eficacia del esfuerzo personal realizado para superar los obstáculos laborales, sino disponemos del apoyo de recursos organizacionales, sociales e individuales, nos encontraríamos con una alta probabilidad de pasar a una fase de frustración y posteriormente de apatía y pérdida de referencias, que desencadenaría en el síndrome de desgaste profesional.

LÍNEAS ACTUALES DE INTERVENCIÓN

Los altos costes personales, sociales y organizacionales generados por el estrés laboral y el desgaste profesional, han dado lugar a que organizaciones internacionales como la Unión Europea y la OMS insistan cada vez más en la importancia que tiene la prevención e intervención en el ámbito laboral. Paradójicamente, la mayoría de programas se han realizado a nivel individual a pesar de que las condiciones de trabajo y en el desarrollo de ambos procesos. No obstante, las organizaciones comienzan a tomar conciencia de la necesidad de implementar programas tanto de prevención como de intervención. En este sentido, algunos servicios de prevención de riesgos laborales comienzan a desarrollar programas centrados en variables de la propia organización. Este tipo de programas suelen encuadrarse bajo la denominación de programas de control de estrés.

Entre los principales procedimientos incluidos a nivel organizacional destacan el rediseño de tareas, la clarificación en los procesos de toma de decisiones, mejora de la supervisión, establecimiento de objetivos y procedimientos específicos y delimitados para cada uno de los roles profesionales, líneas claras de autoridad, mejora de las vías de comunicación dentro de la organización, mejora de las condiciones físicas y ergonómicas de trabajo, mejora de los sistemas de incentivos y recompensas, ajuste de la promoción de los profesionales siguiendo criterios claros, objetivos y equitativos, mejoras en el ajuste de los niveles de autonomía y responsabilidad del empleado, flexibilidad laboral y políticas de conciliación, etc.

La percepción del apoyo social es crucial para el individuo. Tal y como comentábamos al principio de este artículo, si tenemos en cuenta que pasamos una gran parte de nuestro tiempo en el trabajo, las relaciones interpersonales con los compañeros y clientes o usuarios cobran una especial relevancia para nuestra identidad como personas y nuestro equilibrio físico y mental. A través de estas redes sociales de apoyo las personas obtienen información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social, apoyo emocional y *feedback* sobre el nivel de ejecución de la tarea. Aquellos programas, tanto de prevención como de intervención, que incluyan este tipo de estrategias permitirán mejorar de manera casi inmediata el clima de trabajo. Entre las estrategias para el aumento de la calidad de las relaciones entre los trabajadores destacan la creación de grupos de apoyo, creación de grupos de trabajo, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en manejo de situaciones conflictivas, habilidades comunicativas...

Asimismo, las estrategias individuales orientadas al manejo del estrés o el aprendizaje de técnicas de relajación puede ayudar a manejar el agotamiento y el desgaste psíquico que generan situaciones de estrés agudo y estrés crónico, si bien este tipo de programas son relativamente poco eficaces en el lugar de trabajo, ya que la persona tiene menos control sobre las fuentes de estrés. Asimismo, el ejercicio físico reduce los niveles de ansiedad de manera significativa pero no impide el desarrollo del desgaste profesional. En el ámbito de la prevención del desgaste profesional a nivel individual se recomiendan otros tipos de programas entre los que destacan el entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo, y la adopción de estilos de vida saludables que faciliten el distanciamiento del trabajo en horario extra-laboral, entre otros. Entre los programas comentados cabe destacar el entrenamiento en solución de problemas. Esta técnica pretende ayudar a las personas a resolver problemas y mejorar su toma de decisiones. Para ello se le entrena en la identificación y reconocimiento del problema, detección de las diferentes alternativas, elección de la respuesta más adecuada y verificación de su idoneidad.

Cabe destacar que las líneas de desarrollo más actuales en cuanto a los programas de control y manejo del estrés y el desgaste profesional se orientan principalmente al uso de nuevas tecnologías para elevar los índices de penetración en el mercado laboral y de adhesión por parte de los participantes. En este sentido, recientemente se han publicado algunos datos empíricos sobre los efectos de este tipo de intervención con soporte web⁸² o de apoyo mediante el uso de foros online⁸³.

Las terapias basadas en la aceptación y el contacto con el momento presente (por ejemplo: Terapia de Aceptación y Compromiso y Mindfulness o Conciencia Plena) están poco a poco acumulando evidencia a favor de la utilización de las mismas en el ámbito laboral con el objetivo de prevenir y/o reducir el estrés y otros efectos negativos del entorno laboral⁸⁴. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) busca aumentar la flexibilidad psicológica del individuo. La flexibilidad psicológica se define como estar en contacto con el momento presente, como un ser humano consciente y, en base a lo que la situación ofrece, de acuerdo con unos valores elegidos⁸⁵. Durante la intervención se trabajan seis componentes de la misma: la aceptación, la defusión cognitiva, el contacto con el momento presente, el yo como contexto, el esclarecimiento de los valores del individuo y la acción comprometida. Cada uno de estos procesos no son solamente una estrategia para prevenir y aliviar el estrés o el *burnout*, sino que son habilidades psicológicas positivas en sí mismas⁸⁴. Por otra parte las terapias basadas en *mindfulness* buscan que el individuo mejore sus capacidades de concentración en el momento presente, focalizando su energía y su atención, sin juzgar⁸⁶. Ambas comparten elementos comunes, es por ello que se suele hacer referencia a ellas de manera conjunta⁸⁷.

Diversos estudios de intervención en el ámbito laboral han demostrado que ACT resulta eficaz en el entorno laboral. En general la investigación en el área ha encontrado que mayores niveles de flexibilidad psicológica y/o el aumento de la misma a través de las intervenciones, se relaciona con resultados positivos para los empleados y por ende para las empresas⁸⁸. Por ejemplo, ACT se ha mostrado eficaz en la ayuda a los cuidadores profesionales (trabajadores sociales, policías, médicos) a la hora de enfrentarse con el peligro y el sufrimiento humano, así como para reducir la incidencia del trauma secundario o indirecto⁸⁹. Igualmente se ha encontrado que es eficaz tanto en la prevención del desgaste profesional⁹⁰, como en la reducción del mismo⁹¹ y del estrés laboral⁹¹⁻⁹³; y que a pesar de que las características del propio lugar de trabajo son importantes en los programas de intervención tanto del estrés laboral como del desgaste profesional, los procesos basados en la aceptación, los valores y el *mindfulness* parecen mostrar una relación más fuerte y consistente en la reducción de ambos⁸⁷.

Una última línea de intervención a destacar busca aumentar la resiliencia de los empleados a través de entrenamientos enfocados en hacer “más fuertes” a los individuos ante el estrés, de tal forma que éste no llegue a manifestarse como tal. Serían programas principalmente enfocados al desarrollo de estrategias de resistencia, resiliencia y recuperación⁹⁴. Sin embargo, a partir de la revisión realizada, no existen aún estudios empíricos que muestren su eficacia y su diferencia con otros programas de intervención. Sin embargo, sí existen datos empíricos en programas específicos centrados en el entrenamiento de estrategias de recuperación⁹⁵ que han demostrado ser eficaces en la reducción del estrés percibido y el afecto negativo, así como la mejora de la calidad del sueño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez E, Ullibarri M, Zabaleta I. Reduction of working hours as a policy of work sharing in the face of an economic crisis. *Applied Economics Letters*. 2011; 18(7): 683.
2. Turner, N., Chmiel, N., Sandy Hershcovis, M., Walls, M. Life on the line: Job demands, perceived co-worker support for safety, and hazardous work events. *J Occup Health Psychol* 2010;15 (4): 482-493.
3. Paton, N. Time to tackle stress at work. *Occup Health* 2011 Jun; 63 (6) : 17-19.
4. Karasek, R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285-309.
5. Karasek, R., Theorell, T. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
6. Lazarus, R.L. y Folkman, S. . *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer; 1984
7. Moreno-Jiménez, B., Oliver, C., Aragonese, A. . El «burnout», una forma específica de estrés laboral. In: Buela-Casal, G. y Caballo, V.E. *Manual de Psicología Clínica Aplicada* Madrid: Siglo XXI; 1996 p. 271-284.
8. Freudenberger, H.J. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30(1): 159-165.
9. McEwen B. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 2000; 22:108-124
10. Juster, RP, Sindi, S, Marin, MF, Perna, A, Hashemi, A, Pruessner, JC, Lupien, SJ, et al.. A clinical allostatic load index is associated with burnout symptoms and hypocortisolemic profiles in healthy workers. *Psychoneuroendocrinology* 2011 Jul; 36 (6): 797-805.
11. Cooper CL. *Theories of organizational stress*. New York: Oxford University Press, Inc; 1998.
12. Leiter, MP, Maslach, C. Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In Perrewe PL, Ganster DC, editors. *Research in occupational stress and well being: Vol. 3. Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. Oxford, UK: JAI Press/Elsevier.; 2004. p. 91-134.
13. Schaufeli WB, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor y Francis Ltd; 1998.
14. Taris, TW, Stoffelsen, JM, Bakker, AB, Schaufeli, WB, van Dierendonck D. . Differences in burnout risk between jobs and individuals: About the role of job autonomy. *Gedrag & Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid* 2002; 30(1): 17-29.
15. Collins, VA. A meta-analysis of burnout and occupational stress. *Information & Learning* 2000 Mar.
16. Lee RT, Ashforth BE.. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout, *J Appl Psychol* 1996; 75(6):743-747.
17. Fischer R, Boer D. What is more important for national well-being: Money or autonomy? A meta-analysis of well-being, burnout, and anxiety across 63 societies. *J Pers Soc Psychol* 2011 Jul; 101(1): 164-184.
18. Easterlin RA. . Diminishing marginal utility of income? Caveat emptor. *Soc Indic Res* 2005; 70: 243–255.
19. Shinn M, Rosario, M, Mørch, H, Chestnut, DE. Coping with job stress and burnout in the human services. *J Pers Soc Psychol* 1984 Apr; 46 (4): 864-876.
20. Polman, R, Borkoles, E, Nicholls, AR. Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *Br J Health Psychol* 2010 Sep; 15 (3): 681-696.
21. Glass, DC, McKnight, JD.. Perceived control, depressive symptomatology and professional burnout: a review of the evidence. *Psychology and health* 1996; 11: 23-48.
22. De Hoogh, AHB, Den Hartog DN. Neuroticism and locus of control as moderators of the relationships of charismatic and autocratic leadership with burnout. *J Appl Psychol* 2009 Jul; 94(4): 1058-1067.
23. Kobasa SC. . The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. In Sanders GS, Sals J. editors. *Social psychology of health and illness* . Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1982. p. 3-32.
24. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Rodríguez-Carvajal R. Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *Int J Nurs Stud* 2011 Apr; 48 (4): 479-489.
25. Hills H, Norvell N. An examination of hardiness and neuroticism as potential moderator of stress outcomes. *Behavioural Medicine* 1991; 17: 31-38.
26. Carmel S, Anson O, Levenson A, Bonneh DY, Mahoz B. Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Soc Sci Med* 1991; 32: 1089-1096.
27. Stetz TA, Stetz MC, Bliese PD. The importance of self-efficacy in the moderating effects of social support on stressor-strain relationships. *Work Stress* 2006; 20(1): 49-59.
28. VanYperen Nico W. Informational support, equity and burnout: The moderating effect of self-efficacy. *J Occup Organ Psychol* 1998 Mar; 71(1): 29-33.
29. Burke JM. The relationship between the type A behavior, role stress, job enrichment and burnout among college counselors. *Dissertation Abstracts International*; 1985.
30. Weisinger H. *Emotional intelligence at work*. New York: Jossey-Bass; 1997.
31. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology & Health* 2002; 17(5): 611-627.
32. Brotherridge CM, Grandey AA. Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *J Vocat Behav* 2002 Feb; 60 (1): 17-39.
33. Moreno-Jiménez B, Gálvez M, Rodríguez-Carvajal R, Garrosa E. Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo "trabajo emocional" y propuesta de evaluación. *Rev Latinoam Psicol* 2010; 42(1): 63-73.
34. Diestel S, Schmidt KH. The moderating role of cognitive control deficits in the link from emotional dissonance to burnout symptoms and absenteeism. *J Occup Health Psychol* 2011 Jul; 16 (3): 313-330.
35. Rubino C, Luksyte A, Perry SJ, Volpone SD. How do stressors lead to burnout? The mediating role of motivation. *J Occup Health Psychol* 2009 Jul; 14 (3): 289-304.
36. Salmela-Aro K, Tolvanen A, Nurmi JE. Social strategies during university studies predict early career work burnout and engagement: 18-year longitudinal study. *J Vocat Behav* 2011 Aug; 79 (1): 145-157.
37. Sundin L, Hochwälder J, Lisspers J. A longitudinal examination of generic and occupational specific job demands, and work-related social support associated with burnout among nurses in Sweden. *Work* 2011; 38(4): 389-400.
38. Halbesleben, JRB. Sources of Social Support and Burnout: A Meta-Analytic Test of the Conservation of Resources Model. *J Appl Psychol* 2006; 91 (5): 1134 –1145
39. Kovács B, Kézdy A. Religious belief and burnout. *EJMh* 2008 Dec; 3(2): 253-265.
40. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, ; Chapman NB, Mooney CJ, Quill TE, et al.. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 2009 Sep 23; 302 (12): 1284-1293.
41. Anderson VL, Levinson EM, Barker W, Kiewra KR. The effects of meditation on teacher perceived occupational stress, state and trait anxiety, and burnout. *Sch Psychol Q* 1999; 14 (1): 3-25.
42. Talbot LA, Lumden DB. On the association between humor and burnout. *Humor: International Journal of Humor Research* 2000; 13(4): 419-428.
43. Nargis A, Khan S. Relationship Between Job-Stress And Burnout: Organizational Support And Creativity As Predictor Variables. *Pakistan Journal of Psychological Research* 2003 Winter; 18 (3/4): 139-149.
44. Arnetz BB, Lucas T, Arnetz J. Organizational Climate, Occupational Stress, and Employee Mental Health: Mediating Effects of Organizational Efficiency. *J Occup Environ Med* 2011 Jan; 53 (1): 34.
45. Cheung F, Tang C. The influence of emotional dissonance on subjective health and job satisfaction: Testing the stress-strain-outcome model. *J Appl Soc Psychol* 2010 Dec; 40 (12): 3192-3217.
46. Ybema, Jan F; Smulders, Peter G W; Bongers, Paulien M. Antecedents and consequences of employee absenteeism: A longitudinal perspective on the role of job satisfaction and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2010 Feb; 19 (1): 102.
47. Wu YC. Job Stress and Job Performance Among Employees in the Taiwanese Finance Sector: The Role of Emotional Intelligence. *Soc Behav Pers* 2011; 39 (1): 21-32.
48. Rennesund AB, Saksvik PO. Work performance norms and organizational efficacy as cross-level effects on the relationship between individual perceptions of self-efficacy, overcommitment, and work-related stress. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2010 Dec; 19 (6): 629-653.
49. Podsakoff NP, LePine JA, LePine MA. Differential Challenge Stressor-Hindrance Stressor Relationships with Job Attitudes, Turnover Intentions, Turnover, and Withdrawal Behavior: A Meta-Analysis. *J Appl Psychol* 2007; 92(2): 438-454
50. Shirom A, Melamed S. Does burnout affect physical health? A review of the evidence. In: Antoniou ASG, Cooper CL. *Research companion to organizational health psychology*. New horizons in management. (pp.). Northampton, MA, US: Edward Elgar Publishing; 2005. p. 599-622.
51. Okuno K; Yoshimura R; Ueda N; Ikenouchi-Suaita A; Umene-Nakano W; Hori H. ; Havashi K; Katsuki A; Chen HI; Nakamura J et al. Relationships between stress, social adaptation,

personality traits, brain-derived neurotrophic factor and 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol plasma concentrations in employees at a publishing company in Japan. *Psychiatry Res* 2011 Apr 30; 186 (2-3): 326-332.

52. Larsman P, Lindegård A, Ahlberg G. Longitudinal relations between psychosocial work environment, stress and the development of musculoskeletal pain *Stress Med* 2011 Aug; 27 (3): 228.
53. Tsutsumi A, Kayaba K, Ishikawa S. Impact of occupational stress on stroke across occupational classes and genders. *Social Science & Medicine* 2011 May; 72 (10): 1652.
54. Belkic K., Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work & Environmental Health* 2004; 30(4): 85-128.
55. Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: A systematic review. *J Psychosom Res* 2011 Jun; 70 (6): 505-524.
56. Sillars A, Parry D. Stress, cognition, and communication in interpersonal conflicts. *Communic Res* 1982 Apr; 9 (2): 201-226.
57. Westman M. Stress and Strain Crossover. *Human Relations* 2001 Jun; 54 (6): 717-751.
58. Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. The crossover of burnout and work engagement among working couples. *Human Relations* 2005 May; 58 (5): 661-689.
59. Bakker AB, Westman M, Schaufeli WB. Crossover of burnout: An experimental design. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2007 Jun; 16 (2): 220-239.
60. Rodríguez-Carvajal R. Emotion regulation and social interaction process in resident physician burnout. Ediciones Universidad Autónoma, Madrid; 2007.
61. Quick JC, Quick JD, Nelson DL, Hurrell JJ. In: Quick JC, Quick JD, Nelson DL, Hurrell JJ, editors. Preventive stress management in organizations. American Psychological Association; 1997. p 89-110.
62. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, Rodríguez-Carvajal R, Martínez M, Ferrer R. El Burnout del Profesorado Universitario y las Intenciones de Abandono: Un Estudio Multi-Muestra. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones* 2009; 25(2): 149-163.
63. Nahrgang JD, Morgeson FP, Hofmann DA. Safety at work: A meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *J Appl Psychol* 2011 Jan; 96 (1): 71-94.
64. Schaufeli W, Maslach C, Marek T. Professional Burnout: Recent developments in theory and research. Washington, DC: Taylor & Francis Publishers; 1993.
65. Harrison RV. Person-environment fit and job stress. In C. L. Cooper and R. Payne (Eds.), *Stress at work* New York: Wiley; 1978. p. 175-205.
66. Beehr TA, Newman JE. Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model and literature. *Personnel Psychology*; 1978. 31:665-699.
67. McGrath JE, Beehr TA. Time and the Stress Process: Some Temporal Issues in the Conceptualization and Measurement of Stress. *Stress Med* 1990; 6: 93-104.
68. Edwards JR. A cybernetic theory of stress, coping, and well-being in organizations. *Acad Manage Rev* 1992; 17: 238-274.
69. Emmons RA. Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 1058-1068.
70. Doest LT, Maes S, Gebhardt WA, Koelewijn H. Personal Goal Facilitation through Work: Implications for Employee Satisfaction and Well-Being *Applied Psychology* 2006 Apr; 55 (2): 192-219.
71. Meurs JA, Perrewé PL. Cognitive activation theory of stress: An integrative theoretical approach to work stress. *J Manage* 2011 Jul; 37 (4): 1043-1068.
72. Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology* 2004 Jun; 29 (5): 567-592.
73. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001; 86: 499-512.
74. Hockey G, Robert J. Cognitive-energetical control mechanisms in the management of work demands and psychological health. In: Baddeley AD, Weiskrantz L. *Attention: Selection, awareness, and control*. New York, NY, US: Clarendon Press/Oxford University Press, 1993 p.328-345.
75. Xanthopoulou D, Bakker A, Demerouti E, Schaufeli W. The role of personal resources in the Job Demands-Resources Model. *Int J Stress Manag* 2007; 14 (2): 121-141.
76. Hobfoll SE. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol* 1989; 44(3): 513-524.
77. Hobfoll SE, Shirom A. Conservation of resources theory: application to stress and management in the workplace. In: Golembiewski RT. *Handbook of organizational behavior* (2nd. ed, rev. ed and, exp.ed.). New York, NY, US: Marcel Dekker; 2001.
78. Siegrist J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 27-43.
79. Moreno-Jiménez B, Alonso M, Álvarez E. Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 1997;9:115-138.
80. Lazarus RS. *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press; 1991.
81. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout States of Disillusionment in the Helping Profession*, New York, NY: Human Services Press; 1980.
82. Ridge M, Wells J, Denny M, Cunningham J, Chalder T. Developing a web-based stress management intervention for occupational support workers. *J Ment Health*, 2011;20: 185.
83. Leung SS, Chiang VCL, Chui Y, Lee, ACK, Mak, Y. Feasibility and potentials of online support for stress management among secondary school teachers. *Stress Health*, 2011;27: 282.
84. Bond FW, Flaxman PE, van Veldhoven MJPM, Biron M. The impact of Psychological Flexibility and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Health and Productivity at Work. In Houdmont J, Leka S, editors. *Contemporary Occupational Health Psychology. Global perspectives on research and practice Volume 1*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2010. p 296-313.
85. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY, US: Guilford Press; 1999.
86. Marianetti O, Passmore J. Mindfulness at work: Paying attention to enhance well-being and performance. In Linley PA, Harrington S, Garcea N, editors. *Oxford handbook of positive psychology and work*. New York, NY, US: Oxford University Press 2010. p. 189-200.
87. Vilardaga R, Luoma JB, Hayes SC, Pistorello J, Levin ME, Hildebrandt MJ, Kohlenberg B, Roget NA, Bond F, et al. Burnout among the addiction counseling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *J Subst Abuse Treat* 2011 Jun; 40 (4): 323-335.
88. Flaxman PE, Bond FW. Acceptance and commitment training: Promoting psychological flexibility in the workplace. In Baer RA, editor. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. Oakland, CA, US: Context Press/New Harbinger Publications; 2010. P 282-306.
89. Berceli D, Napoli MA proposal for a mindfulness-based trauma prevention program for social work professionals. *Complement Health Pract Rev* 2006; 11(3): 153-165.
90. Ruiz CO, Rios FL, Martin SG. Psychological intervention for professional burnout in the Palliative Care Unit at Gregorio Marañón University Hospital. *Medicina Preventiva* 2008; 15 (2): 93-97.
91. Brinkborg H, Michanek J, Hesser H, Berglund G. Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011 Jun; 49 (6-7): 389-398.
92. Flaxman PE, Bond FW. Worksite stress management training: Moderated effects and clinical significance. *J Occup Health Psychol* 2010 Aug; 15 (4) : 347-358.
93. Flaxman PE, Bond FW. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behav Res Ther* 2010 Aug; 48 (8): 816-820.
94. Atkinson W. Turning Stress into Strength. *HR Magazine* 2011 Jan; 56 (1): 49-52.
95. Hahn VC, Binnewies C, Sonnentag S, Mojza EJ. Learning how to recover from job stress: Effects of a recovery training program on recovery, recovery-related self-efficacy, and well-being. *J Occup Health Psychol* 2011 Apr; 16 (2): 202-216.

Salud laboral y género. Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales

Occupational health and gender. Notes to incorporate the gender mainstreaming in the occupational risks prevention field.

M^a Fernanda González Gómez

Servicio de Salud Laboral Dirección General de Ordenación e Inspección. Consejería de Sanidad Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia:

María Fernanda González Gómez
Servicio de Salud Laboral Consejería de Sanidad
Comunidad Autónoma de Madrid
P^o de Recoletos, 14-4^a planta
28001 Madrid. España
Tfno.: 914269350
E-mail: mfernanda.gonzalez@salud.madrid.org

Resumen

En el ámbito nacional e internacional existe un amplio marco normativo y programático que vincula las acciones de entidades públicas y privadas con la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres; sin embargo, las condiciones en que se desenvuelven unas y otros siguen siendo extremadamente diferentes y desiguales. En el contexto de la salud laboral, como en otros, se añade a esto la incapacidad de las instituciones para conocer la situación real de las y los trabajadores y por tanto, la imposibilidad de emprender acciones que promuevan adecuadamente la salud de hombres y mujeres en dicho medio. La incorporación de la perspectiva de género en el actuar de los servicios de prevención contribuye a detectar y corregir los sesgos de género en las actividades preventivas y de vigilancia de la salud. El presente documento pretende apuntar algunas acciones específicas que sirvan de herramientas prácticas para la incorporación de la perspectiva de género en las actividades que se realizan desde los servicios de Salud Laboral.

Palabras clave: salud laboral, género, riesgo laboral.

Abstract

At national and international level, there is a wide legal frame enlacing public and private entities' actions with the equal opportunities for men and women; nevertheless, the conditions in which they work are extremely different. In the occupational health context, like in others, the entities' incapacity to know the real situation of men and women and the impossibility, as a result, to develop actions to improve accurately men and women's health, are summed to the actual inequity. The gender mainstreaming in the occupational risks prevention world contribute to detect and correct the gender slant in the preventive activities and in the health surveillance. This paper aims to provide some simple tools to facilitate the incorporation of gender perspective in the activities developed by the Occupational Health Services.

Key Words: occupational health, gender, occupational risk.

INTRODUCCIÓN

Algunos apuntes previos

En primer lugar sentaremos algunos conceptos imprescindibles para entender adecuadamente la importancia de la introducción de la perspectiva de género en cualquier área de la vida pública y privada. Los términos *sexo* y *género* suelen ser utilizados indiscriminadamente, aunque ambos representan conceptos marcadamente diferentes. Cuando hablamos de **sexo** estamos hablando de la condición orgánica, biológica, que distingue al macho de la hembra. Cuando usamos el término **género**, hacemos "referencia a las diferencias sociales (por oposición a las biológicas) entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura" (definición asumida por la Comisión Europea en 1998).

La categoría "*género*" abarca el conjunto de características, de oportunidades y de expectativas que un grupo social asigna a las personas, y que éstas asumen como propio, basándose en sus características biológicas, en su *sexo*. Las relaciones de género son dinámicas y susceptibles de transformarse a través de la interacción humana.

Así, el género responde a tres aspectos: por un lado a las características histórica y culturalmente atribuidas a hombres y mujeres; por otro, a las relaciones entre hombres y mujeres; por último, al sistema que mantiene, reproduce y cambia dichas relaciones¹. En Beijing, en la Conferencia Mundial de Mujeres de Naciones Unidas de 1995, se acordó la siguiente definición: "*El género es la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen al hombre y a la mujer. Mientras el sexo hace referencia a los aspectos biológicos que se derivan de las diferencias sexuales, el género es una definición de las mujeres y de los hombres construidas socialmente, y con claras repercusiones políticas. El sexo de una persona es determinado por la naturaleza, pero su género lo elabora la sociedad*". Se acordó también en esta conferencia reconocer el género como elemento de análisis, como un concepto que permite profundizar en el conocimiento de la realidad sexuada.

El sexo y los roles de género tienen su impacto en: la vulnerabilidad biológica, en la exposición a riesgos, en la prevención de los mismos, en el acceso a recursos de promoción y prevención y en la incidencia de las enfermedades, en la clínica y en la evolución de las mismas, en las repercusiones sociales y culturales de la salud y la enfermedad, y en la propia respuesta de los servicios y sistemas de salud; y, en general, en todos los aspectos de la vida y de la salud de hombres y mujeres.

El género impregna, pues, toda la vida social y cultural de las personas. En todas las actividades existen sesgos de género, que, por supuesto, se reproducen también en el ámbito sanitario: podemos reconocer, entre otros, *sesgos en investigación, sesgos en el acceso a la atención, sesgos en el diagnóstico y sesgos en el tratamiento*. Hasta ahora la mayor parte de las investigaciones han servido a intereses masculinos firmemente arraigados en la sociedad como si fuesen intereses generales; además muchos de los estudios han sido realizados solo sobre hombres y después

sean conclusiones no sido aplicadas a la población general; por otro lado, se ha observado que nombres y mujeres no acuden para ser atendidos en los servicios sanitarios en los mismos tiempos; y diferentes estudios han encontrado que no se produce el mismo esfuerzo diagnóstico ni terapéutico ante la misma patología²⁻⁶.

Además, el género puede ser entendido también como perspectiva, con un significado más amplio. La **perspectiva de género**, según la Comisión Europea (1998), “toma en consideración y presta atención a las diferencias entre hombres y mujeres en cualquier actividad o ámbito dados de una política”. Es decir, se trata no solo de analizar los aspectos de género, sino de introducir de forma sistemática en la estructura, en las políticas y planes, y en las actuaciones, acciones que permitan reducir las inequidades entre hombres y mujeres, y promover la igualdad en el reconocimiento y en el ejercicio del derecho de unos y otras. Cualquier actuación con perspectiva de género se desenvolverá en un marco más real y por tanto se ajustará más a las verdaderas necesidades de la población.

No debemos confundir pues, “sexo” con “género” ni “género” con “mujer”: la perspectiva de género otorgará una doble mirada sobre la realidad que viven hombres y mujeres, y buscará el camino para reducir las inequidades y mejorar la situación de unos y otras.

CONTEXTO

El mercado laboral

Tres años después de que se iniciara la crisis financiera, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que se ha producido una pérdida de 29,4 millones de puestos de trabajo, de los que el 61,4% corresponden a los países llamados desarrollados⁷. Tras un aumento de las tasas de paro en cifras globales, en octubre de 2009 se inició un descenso de las mismas, mucho más intenso en los países llamados desarrollados que en aquellos en vías de desarrollo, en los que, desde enero de 2011 el paro está aumentando de nuevo⁸. Estos cambios no se están produciendo igual en hombres y mujeres, con diferencias intermensuales que muchas veces tienen que ver con las ocupaciones y actividades en las que trabajan unos y otras, y su predominio estacional (actividades relacionadas con servicios, con agricultura, etc.).

Europa. En la Europa de los 27, entre los años 1990 y 2010 se produjo un aumento de unos 150 millones de **personas activas** llegando a 235 millones, debido a la incorporación de 15 nuevos estados y al aumento de la participación femenina en el mercado laboral⁹. Se observó un aumento de 0,3 puntos en la población activa entre 2008 y 2009 (con un crecimiento negativo en los hombres de 0,1, y positivo en las mujeres de 0,9); a pesar de ello, la población activa masculina supera el 75% mientras que la femenina apenas llega al 63%). Por otro lado, entre los años 2008 y 2010 se produjo un descenso de la tasa de **empleo** de 2,7 puntos en los hombres (lo que supuso, en el segundo trimestre del 2010 el 70,2% de los hombres activos) y de 0,7 en mujeres (significó que el 58,4% de la población femenina activa tenía trabajo)¹⁰. El nuevo perfil de la población trabajadora europea también está marcado por un franco envejecimiento (49-56% de la población activa está formado por trabajadores/as entre 50 y 64 años).

Sin embargo, la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral en los últimos 25 años no es homogénea entre países, habiendo diferencias de más de 30 puntos entre el que tiene mejores tasas y el peor. La crisis ha afectado de forma diferente a unos miembros y otros, y además existen diferencias sociales entre los países del norte y los del sur (con repercusión, por ejemplo, en el ejercicio de la maternidad, que influye en la edad del grueso de mujeres ocupadas, siendo más jóvenes en los países del norte)¹¹.

En toda la región el porcentaje de población autónoma se ha mantenido en un 14% en los últimos 20 años, conservándose la proporción hombres/mujeres 2 a 1.

La remuneración que perciben las trabajadoras sigue siendo inferior a la que reciben sus compañeros, en porcentajes que podemos calificar como escandalosos: en el año 2008, a igual trabajo, las mujeres cobraban un 17,5% por debajo del salario de los hombres (los datos de 1994 y 95 hablaban de una mayor equidad: 10% y 13% respectivamente) (datos disponibles en <http://ec.europa.eu.social>).

La industria, la agricultura, la pesca y la construcción se han visto reducidos como **sectores** empleadores, frente al sector servicios, principal empleador de las mujeres⁹. A pesar de ello, las mujeres continúan sufriendo dificultad para la inserción laboral, y está creciendo el porcentaje de jornadas parciales (18,8% en conjunto, constituyendo este tipo el 32,0% de los contratos de mujeres, y el 8,3% de los de los hombres), así como la temporalidad de los contratos (según datos de la Encuesta Europea de activos laborales 2009). Permanece la segregación de género en el empleo: las mujeres trabajan mayoritariamente en el sector servicios (más del 60% de las mujeres trabajan en este sector), especialmente en educación (actividad en la que el 71% son mujeres) y sanidad y servicios sociales (en que el 78% son trabajadoras¹²). En estas actividades se dan en mayor proporción los contratos a tiempo parcial. Otras actividades como servicios personales y comercio, también ocupadas mayoritariamente por mujeres, constituyen subsectores en los que se da especialmente la temporalidad (estos contratos constituían, en 2009, el 12,5% del total). Por otro lado, la construcción también tiene unos altos índices de temporalidad (asume el 24% de los contratos temporales, y el 68% de los trabajadores de dicho sector están contratados temporalmente), aunque este sector es, en los últimos años, el sector en el que se ha producido mayor desempleo. Se definen, pues, perfiles bien diferenciados en lo que respecta a los contratos más precarios a los que acceden hombres y mujeres.

España. En el marco de la crisis financiera mundial se ha producido una gran recesión en el mercado laboral: según los datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración (MTIN), aunque el nº de **activos** ha aumentado entre las mujeres (en el 2010, se produjo un crecimiento del 1,7% sobre el 2009, que significa un total inferior a 10.300.000 activas), el de hombres se ha reducido (con un descenso de 0,9, quedando en menos de 12.820.000 los activos). Ambos grupos han disminuido en todos los sectores salvo en el agrario, donde ha habido un aumento del 3,3%. El peor descenso en las cifras de **ocupados** se dio en el año 2009, en que se perdieron 1.369.600 empleos (más de 1.074.000 eran hombres). En el 2010 los hombres ocupados disminuyeron a 10.289.900 y las mujeres, tras un pequeño repunte a principios de año, sufrieron de nuevo un importante descenso, contabilizándose un total de 8.166.600 mujeres ocupadas. Así, la tasa de empleo a principios de año 2011 en hombres no llegaba a 65%, y en mujeres apenas superó el 41%. El sector de la construcción ocupó a 237.500 personas menos que en el año 2009 (el 96,9% eran hombres), y el sector servicios, redujo sus ocupados en 36.400 (el 70,33% eran mujeres).

Independientemente de las variaciones anuales y de este periodo crítico, y en términos absolutos, es en el **sector** servicios donde se concentra la población trabajadora femenina, y en este sector es superior el nº de trabajadoras que el de trabajadores, llegando incluso a casi triplicarse las cifras en las actividades sanitarias.

En cuanto a la **jornada laboral**, en España, según la Encuesta de Población Activa, en el año 2010 y en relación al 2009, ha habido un aumento de los contratos a tiempo parcial de un 4,8% (6,5% en hombres y 4,2% en mujeres) -considerando contratos indefinidos y temporales-, y un descenso de aquellos de jornada completa, tanto en números absolutos como en porcentajes sobre el total de contratos. (Hay que apuntar que esta tendencia de mayor incremento porcentual de los contratos a tiempo parcial frente al de los de jornada completa venía ya observándose desde el año 2003).

Al analizar sobre la **temporalidad** de los contratos, observamos que en el año 2010, en relación al 2009, ha aumentado muy ligeramente la proporción de los contratos indefinidos sobre el total de contratos, aunque en números absolutos se ha producido un descenso considerable.

Los daños a la salud

Internacional. Según los datos publicados por la OIT, el nº de declaraciones de accidentes de trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP) como causa de fallecimiento en todo el mundo asciende a más de 2,3 millones, y se prevé que siga aumentando dada la rápida industrialización que se está produciendo en algunos países en vías de desarrollo. A esta cifra se suman los 334 millones de AT no mortales que en un año producen baja laboral de al menos 3 días, y 160 millones de nuevos casos de EP declarados al año. Existen diferencias regionales relacionadas con el nivel de desarrollo industrial: en los países más desarrollados se ha apreciado un descenso suave de los AT mortales (en parte debido a los cambios de ocupación de los trabajadores en los últimos años), aunque en ellos, actualmente, se están registrando más muertes por EP como asbestosis, responsable de alrededor de 100.000 declaraciones anuales.

Las enfermedades relacionadas con el trabajo más comunes son: cánceres por exposición a tóxicos, enfermedades músculo-esqueléticas, enfermedades respiratorias, hipoacusias, las producidas por exposición a agentes biológicos, enfermedades cardiovasculares y las relacionadas con estrés en el trabajo. Como problemas emergentes se aprecian los trastornos mentales y los problemas neurológicos.

España. En el análisis de las sucesivas Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (ENCT) se han observado diferencias en la localización y tipo de patologías y síntomas que hombres y mujeres relacionan con el trabajo^{13,14,15,16,17}. Así, las mujeres se quejan más de alguna molestia músculo esquelética que los hombres: las mayores diferencias registradas se dan en nuca/cuello (32,2% en mujeres y 24% en hombres). Globalmente se detecta mayor frecuencia de depresión, cefalea, dolor de cuello-nuca y dolor en miembro superior entre las mujeres que entre los hombres¹⁴. Por otro lado, una aparente igual exposición puede producir efectos bien diferenciados: en el sector industria, las mujeres sufren con mayor frecuencia que los hombres molestias osteomusculares en cuello, hombro y parte alta de la espalda (ellos sufren más dolor en zona baja de la espalda y rodillas); y, en servicios, las mujeres se quejan más de dolencias en cuello, hombro, mano-muñeca, espalda alta y piernas (los hombres sufren con mayor frecuencia dolor en brazos y rodillas)¹⁶.

Esta morbilidad percibida coincide con los datos proporcionados por los sistemas de registro, que señalan los problemas músculo-esqueléticos como uno de los principales.

Según los datos publicados por el MTIN, en todo el estado español, en el año 2010, se registraron un total de 569.523 **accidentes de trabajo** con baja, lo que significa una reducción del 7,8% respecto al año 2009. (Este descenso fue muy superior en el 2009 respecto al año 2008, llegando a ser de -36,6% en el sector de la construcción). Dicho descenso se produjo en todos los sectores, siguiendo patrones diferentes en hombres y mujeres: se redujeron los índices de incidencia por 100.000 trabajadores en la construcción, industrias manufactureras y suministro de agua en hombres, e industria extractivas, manufactureras y hostelería, en mujeres.

También se redujeron los AT mortales: un descenso del 18,8% en construcción, del 8,87% en industria, del 6,27% en servicios, y del 5,38 en el sector agrario. El índice de incidencia se ha visto reducido en 7 puntos porcentuales (caída muy superior al descenso de la población trabajadora afiliada, que sólo disminuyó en 1,87%). Aunque en términos generales también las cifras de AT graves se han visto reducidas, llama la atención cómo en actividades con gran peso de población femenina como la sanitaria éstos han aumentado.

Se declararon 16.928 **enfermedades profesionales** en el 2010 (13.102 menos que cinco años antes). Se halló incremento en enfermedades leves que produjeron baja en industria alimentaria, actividades anexas a transportes, comercio, actividades sanitarias y administraciones públicas.

Estas EP se distribuyeron de forma diferente en hombres y mujeres. El 60,65% de las Enfermedades Profesionales registradas se produjeron en hombres, y el 39,35% en mujeres. Los sectores y ramas de actividad en las que trabajaban estas mujeres fueron mayoritariamente: comercio, industria de la alimentación, hostelería, servicios a edificios y jardinería y actividades sanitarias. Los hombres con EP trabajaban sobre todo en fabricación de productos metálicos, fabricación de automóviles, construcción e industria alimentaria.

Las enfermedades más reconocidas como profesionales son algo diferentes en orden de frecuencia ([tabla 1](#)) en ambos sexos.

Tabla1. Enfermedades Profesionales reconocidas más frecuentemente en España. Hombres y mujeres. Año 2010

HOMBRES		MUJERES			
	N	%	N	%	
Enf. de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas	4.989	48,60	Enf. de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas	3.385	50,81
Hipoacusia o sordera provocada por el ruido	1.819	17,72	Arrancamiento por fatiga de la apófisis espinosa	1.745	26,19
Arrancamiento por fatiga de la apófisis espinosa	998	9,72	Dermatitis	371	5,57
Dermatitis	517	5,04	Enfermedades provocadas por la energía radiante	290	4,35
Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos	250	2,44	Enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección	183	2,75
Polvo de sílice libre	244	2,38	Inh. de sust. de alto y bajo peso molecular	142	2,13
Metales	167	1,63	Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos:	66	0,99

La hipoacusia queda en las mujeres en noveno lugar, y las infecciosas en actividades sanitarias, se relega al puesto décimo octavo en los hombres.
Fuente: estadísticas publicadas por el Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en: <http://www.mtin.es/>

En esta línea, diferentes estudios confirman que hombres y mujeres con la misma ocupación y aparentemente la misma exposición enferman y se accidentan de diferente manera, y cómo factores relacionados no sólo con el sexo, sino también con los roles sociales en el medio laboral y extralaboral, pueden influir en enfermedades relacionadas con el trabajo y en la propia percepción de la salud por parte de ambos grupos^{14,15,16,17,18,19}.

Estas diferencias han sido objetivadas en la aparición de enfermedades y en la asociación de síntomas psicósomáticos con la exposición a riesgos psicosociales. Como muestra, la [tabla 2](#) refleja lo observado en la Comunidad de Madrid en la VI ENCT, y cómo la exposición a los mismos riesgos tiene expresiones diferentes en hombres y mujeres.

Tabla 2. Asociación entre exposición a riesgos psicosociales y síntomas psicosomáticos ajustado por rama actividad. Resultados de la VI ENCT en la Comunidad de Madrid

	Le cuesta dormir o duerme mal	Tiene sensación continua de cansancio(*)	Sufre dolores de cabeza	Se nota tenso/a, irritable	Tiene la sensación de estar emocionalmente agotado/a, falto/a de energía
Mantener un nivel de atención alto o muy alto	OR=2,64 (1,43-4,87)			OR=2,17 (1,01-4,69)	OR=2,37 (1,002-5,61)
		OR= 2,04 (1,16-3,61)		OR=2,24 (1,08-4,62)	
Trabajar muy rápido			OR=1,88 (1,04-3,40)		OR=1,98 (1,08-3,71)
Realizar tareas muy repetitivas y de muy corta duración	OR=1,58 (1,02-2,45)				
	OR=1,72 (1,01-2,92)	OR= 2,49 (1,45-4,31)	OR= 2,02 (1,21-3,39)	OR=2,31 (1,22-4,39)	OR=2,35 (1,25-4,42)
Realizar tareas complejas, o difíciles					OR=1,81 (1,02-3,22)
Disponer de informaciones claras y suficientes para realizar correctamente su trabajo					OR=2,37 (1,39-5,35)

* Para tener sensación continua de cansancio, en mujeres, trabajar en la rama de actividad "industria química" tiene una OR= 4,22 (1,03-17,28) **Hombres Mujeres**
 Fuente: Análisis de la VI ENCT en la Comunidad de Madrid. Cuadernos de Salud Laboral, 2009. Consejería de Sanidad, CM¹⁵.

Por otro lado, cuando se estudian en profundidad actividades especialmente feminizadas, tratadas tradicionalmente como de poco riesgo y sin reconocimiento de las enfermedades relacionadas, las cifras nos permiten apreciar que las trabajadoras están expuestas a riesgos importantes con lesiones derivadas de los mismos, en ocasiones debidas a factores ergonómicos, de organización, higiene..., tales como alteraciones osteomusculares activas²⁰ y otros^{21, 22}.

Los riesgos

Diversas instancias a nivel internacional han llamado la atención sobre los diferentes riesgos a los que se encuentran sometidos trabajadores y trabajadoras, bien por la segregación de tareas, bien por condiciones laborales o bien por diferencias biológicas. Las cuestiones de sexo y de género se interrelacionan dentro y fuera del medio laboral e inciden directamente sobre la exposición diferencial a riesgos y la subsiguiente afectación -también diferente- de la salud de unos y otras.

En términos generales, según vuelcan las Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo, (disponibles en: http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1074_es.htm), se mantiene una importante relación entre género y las siguientes condiciones de trabajo: tipo de contrato, condiciones de trabajo ergonómicas y medioambiente físico, responsabilidades, autonomía y control sobre el trabajo, horas de trabajo y organización de los horarios, características de salud y seguridad de los trabajos, mecanismos de consulta en los lugares de trabajo, percepción de los efectos del empleo en la salud y los riesgos percibidos, y las actitudes hacia el trabajo, incluida la satisfacción con las condiciones de trabajo.

En esta línea, los análisis de las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (ENCT) reflejan estas diferencias entre ambos grupos desde la propia percepción de los riesgos: así, en el análisis de lo recogido en la VI ENCT en la Comunidad de Madrid¹⁵, se observaron -en lineamiento con el análisis a nivel nacional- diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la declaración de presencia de factores medioambientales de riesgo (con mayor frecuencia los hombres manifestaron estar expuestos a luz ultravioleta y a radiofrecuencias), y de requerimientos físicos (los hombres declararon más tener que realizar fuerzas importantes y mover cargas pesadas, y las mujeres tener que mover personas). En cuanto a las exigencias de la actividad laboral, los hombres manifestaron en mayor proporción tener que mantener un nivel de atención alto o muy alto, trabajar con plazos muy estrictos y muy cortos y realizar tareas complejas o difíciles, y las mujeres dijeron más tener que tratar con personas que no son de la empresa. Como aspectos molestos, se quejaron más los hombres del ritmo de trabajo, de la cantidad del mismo, de esfuerzos físicos, del ruido, de la mala iluminación, del riesgo de tener un accidente, del riesgo de sufrir una enfermedad laboral, o de la manipulación de sustancias tóxicas. También se vieron aspectos laborales diferentes en unos y otras como posible fuente de estrés: las mujeres se quejaron más de la posibilidad de perder su trabajo en seis meses, de no recibir un sueldo adecuado, de no tener posibilidades de ascenso, y de no tener probabilidades de aprender y prosperar. Sin embargo, también fueron ellas las que manifestaron más tener algunos factores que podrían considerarse como protectores frente al estrés, tales como el tener libertad para decidir los días libres, el tener la oportunidad de hacer aquello que sabe hacer mejor en el trabajo, el tener sentimiento de realizar un trabajo bien hecho, el poder poner en práctica sus propias ideas en el trabajo, y el tener la sensación de estar haciendo un trabajo útil. El 2,7% de las mujeres (frente al 0,7% de los hombres) manifestaron haber sufrido acoso sexual en los 12 últimos meses, y el 2,6% de aquellas (frente al 0,1% de sus compañeros) declaran haber sufrido en ese periodo discriminación por cuestión de sexo.

Y estas diferencias también se han encontrado en otros estudios al analizar las respuestas de unos y otras en las mismas actividades^{16,23}.

Existen, pues, diferencias en cuanto a los riesgos a que se exponen unos y otras, no solo debidas a diferentes ocupaciones y actividades que desarrollan en su trabajo, sino también a otros factores que podrían estar relacionados con la diferente vulnerabilidad, o con las propias condiciones laborales (condicionadas muchas veces por aspectos de género). Como ya se ha mencionado, es mayor la participación de las mujeres en los contratos a tiempo parcial, con todo lo que éstos conllevan: trabajos peor remunerados (sobre todo del sector servicios), generalmente más monótonos y con menores posibilidades de aprendizaje formal, y cuyos riesgos son siempre peor evaluados (por ser de menos horas, y por, en muchos casos, no encontrarse los trabajadores en el momento de la evaluación de riesgos).

A su vez, las diferencias salariales exponen a las trabajadoras a mayores riesgos: estrés en el trabajo por trato desigual y discriminatorio en las condiciones de empleo, estrés en su organización familiar, -pues dificulta el poder contratar ayuda para las tareas domésticas-, peores condiciones de vida que los hombres y/o exigencia de invertir mayor nº de horas remuneradas para sostenerse; todo ello repercute en una peor salud^[1]²⁴ lo que a su vez conlleva mayores dificultades para desarrollar su vida laboral, entrando así de lleno en la espiral de la feminización de la pobreza. En las ocupaciones de más alta remuneración, estas diferencias también se producen -con excepción de algunos países de la antigua Unión Soviética y Tailandia, donde los salarios de estas trabajadoras de alta cualificación son muy parecidos a los de sus compañeros- y se constata, a nivel mundial, que las mujeres continúan cobrando menos que los hombres por el mismo trabajo, y que la diferencia de salarios es mayor que la diferencia media

para toda la población²⁵. Una consideración aparte merece el riesgo al acoso laboral (mobbing) y sexual, al que están expuestos de forma bien diferenciada hombres y mujeres, y cuyas consecuencias son muy invalidantes para la persona que lo sufre.

Además de estos riesgos ocultos a los que están expuestas las mujeres que trabajan en actividades reconocidas, están aquellos que afrontan millones de mujeres que desarrollan su trabajo en actividades económicamente no reconocidas: son mujeres las que mayoritariamente mueven el sector informal y constituyen la fuerza de trabajo en el área doméstica y, en sectores como la agricultura –especialmente en las explotaciones familiares–, es demasiado frecuente encontrarse con que solo los varones son dados de alta como trabajadores y por tanto solo ellos son reconocidos como tales, siendo las mujeres, sin embargo, fuerza imprescindible de trabajo, y estando expuestas a importantes riesgos sobre los que no han sido alarmadas. Se trata de una masa “invisible” de trabajadoras en alto riesgo (en muchos casos, por ejemplo, son ellas las encargadas de preparar y aplicar los productos pesticidas en las plantaciones). Por otro lado, aunque la economía informal no involucra a nuestra población al mismo nivel que en otros países más pobres, actualmente, con el aumento de los índices de desempleo, se ha fortalecido este tipo de actividad económica en nuestro país, quedando expuesto un porcentaje no desdeñable de población trabajadora a la ausencia total o casi total de prevención de riesgos laborales. (Y no hay que olvidar el gran peso que en el empleo informal tienen las mujeres).

También las reformas laborales y del sistema de pensiones tendrá sus peores efectos sobre las mujeres, pues son ellas las que, aún hoy, en la mayor parte de los casos, han tenido que “aparcar” su actividad laboral para hacerse cargo de los hijos, con una reincorporación posterior (si se produce) al mercado laboral, en inferioridad de condiciones que sus compañeros coetáneos, y con menos años cotizados de cara a su jubilación. Una vez más, las mujeres están más cerca de vivir peor.

Los riesgos de la prevención. El ejercicio de una prevención sin perspectiva de género puede constituir, en sí mismo, un riesgo. En la valoración de riesgos laborales a los que mujeres y hombres están expuestos, suele establecerse la peligrosidad diferencial de las exposiciones basándose exclusivamente en el sistema reproductor y en las supuestas diferencias psicológicas, ignorando o fomentando la segregación horizontal y vertical, contribuyendo así a una mayor inequidad en la protección de la salud de los y las trabajadoras²⁴. Así, determinadas medidas tradicionales “de protección a las mujeres”, lo que han conseguido es excluir a las mujeres de ciertas actividades y desproteger a los hombres, a quienes, por el hecho de no gestar, se les ha expuesto a productos nocivos en lugar de evitar su uso o minimizar sus niveles²⁶. Por otro lado, los valores límites de seguridad de muchos compuestos utilizados en el sector agrario tienen su referente en los estándares masculinos: a las mujeres, productoras de la mitad de los alimentos que se consumen en el mundo, se les aplican dichos límites obtenidos en investigaciones realizadas en hombres.

Los aspectos ergonómicos se basan principalmente en las medidas masculinas, lo que produce en las mujeres, además de los problemas físicos derivados directamente de la inadecuación de los medios, serios problemas de estrés por falta de control de los propios equipos, y por una exigencia de mayor atención para poder realizar el trabajo correctamente a pesar de los medios.

En términos generales, se considera que las mujeres trabajan en áreas llamadas de “tareas ligeras”, y los hombres en “tareas pesadas”, etiquetadas así por estar expuestas a riesgos más visibles; dicha denominación provoca a su vez sólo buscar, –y por tanto sólo ver–, los riesgos de dichas tareas, olvidando los riesgos más ocultos de las mal llamadas tareas ligeras.

Añadido a todo esto, al analizar las ENCT se encuentra que la información recibida por las y los trabajadores sobre los riesgos a los que están expuestos no suele ser uniforme dependiendo de la actividad de la empresa, siendo los más informados (han recibido información en los dos años previos a los que se produce la encuesta) los trabajadores de la industria química, la industria del metal, y actividades sanitarias y veterinarias y, los peores, los trabajadores de otras actividades sociales y de servicios personales. Las primeras, actividades cuyos trabajadores son mayoritariamente hombres, opuestamente a lo que ocurre con el grupo menos informado. También sobresalieron por estar peor informados de los riesgos en el trabajo los empleados temporales¹⁴.

Analizando el ofrecimiento de reconocimiento médico preventivo (según lo observado en la VI ENCT en Madrid), éste fue ofrecido al 100% de la población que trabaja en la industria química, y sin embargo en otras como comercio, hostelería y actividades sociales y de servicios personales, no llega a la mitad. De nuevo se repite el patrón antes descrito, de diferente oferta preventiva entre actividades que ocupan predominantemente a hombres y a mujeres. Se halló, con una diferencia de 12 puntos porcentuales, que es más probable que no se le ofrezca reconocimiento médico laboral a las mujeres que a los hombres, y que también es más probable que, aunque se les haya ofrecido, éstas rehúsen (en un 10,2% frente al 6,4% de los varones). Este rechazo podría tener relación con aspectos laborales (tales como horario o tipo de contrato) o con otros aspectos de género extralaborales¹⁵.

En cuanto a la identificación de los riesgos (para su posterior valoración, eliminación, reducción, etc.), se puede concluir que se cometen dos errores básicos omnipresentes en todos los ámbitos de la salud, y, por supuesto, en el de la salud laboral: se considera a hombres y mujeres iguales cuando no lo son (factores fisiológicos, antropométricos, hormonales, sociales), y se considera que son diferentes en aspectos en los que en realidad son iguales (posibilidad de enfermar de patologías tradicionalmente “masculinas” –como las cardiovasculares–, exposición a riesgos, capacidad de trabajo, aptitudes técnicas, dotes de organización...) ²⁷. Como expresa Gita Sen, “es importante tener en cuenta que la biología reproductiva no da cuenta de todas o la mayor parte de las diferencias entre mujeres y hombres”²⁴.

Los estereotipos

A pesar del desarrollo modernizante de nuestro marco jurídico y de la difusión de la nueva cultura de la equidad “intersexos” e “intercultural”, permanecen arraigados sólidamente en el imaginario colectivo ciertos estereotipos que deben ser desterrados para progresar en la búsqueda de la equidad en la salud de los y las trabajadoras. Entre ellos, podemos enunciar:

- El lugar más seguro para las mujeres es su casa.
- La mujer tiene menos fuerza, por lo tanto no puede realizar los mismos trabajos.
- La mujer tiene menos capacidad de mando.
- Si hay menos mujeres en altos cargos, será porque no están cualificadas.
- Si hay menos mujeres en altos cargos, es porque hay menos mujeres trabajando.
- Es una habilidad propia de las mujeres el cuidado de las personas, razón por la que ellas son las que lo hacen mejor, y por tanto es lógico que sean ellas quienes lo hagan.
- Las tareas domésticas de limpieza son propias de las mujeres.
- En el ámbito laboral, esta idea se repite.
- Los riesgos a los que están expuestas las mujeres en sus trabajos, son menos y menos dañinos. a prevención de riesgos laborales debe priorizar lo más llamativo.

- Lo neutral es no buscar la diferencia por sexos, ya que todos somos iguales.
- Para que los datos sean más universales, es mejor agregarlos.
- El lenguaje en masculino abarca también lo femenino, y eso no tiene repercusiones sobre la diferenciación entre ambos.
- A un buen profesional sanitario no es preciso recordarle y mucho menos formarle en las diferencias que el género puede provocar sobre la salud de las personas y su exposición a diferentes riesgos.
- El trabajo no remunerado no es trabajo, y no tiene efectos económicos.
- Los roles de género en el ambiente extralaboral no tienen repercusión sobre la exposición a riesgos en el ambiente laboral.
- Los contratos precarios no constituyen en sí mismos un riesgo para la salud de los y las trabajadores/as.
- No existen factores de género que influyan negativamente en los riesgos a los que están expuestos los hombres.
- Y otros...

Marco normativo

La importancia de la protección de la salud de la población trabajadora ha ido consolidándose, y las diferentes instancias e instituciones relacionadas con la salud y con el ámbito de lo laboral, tanto a nivel nacional como internacional, asumen hoy con fuerza la necesidad de trabajar en este sentido, y lo están haciendo poniendo énfasis en la integración de la perspectiva de género en sus políticas, estrategias, planes y programas.

Contexto internacional

En el ámbito internacional, en el marco de las **Naciones Unidas**, existe una batería de reconocimientos y compromisos políticos que establecen la igualdad de hombres y mujeres: la Carta de las Naciones Unidas (1945), la Declaración Universal de los DDHH (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), la Convención sobre derechos políticos de la mujer (1952), el Pacto Internacional de 19 de diciembre de 1966 sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ratificado por España en 1977, en el que se reconoce el periodo de maternidad como de especial protección, antes y después del parto, con derecho remuneración), la Declaración sobre la eliminación de discriminación contra la mujer (1967), la Convención de 1979 sobre eliminación de todas las formas de discriminación (en la que se reconoce la protección de la salud y la seguridad en el trabajo, incluida la salvaguardia de la función de reproducción), y la Declaración de eliminación de la violencia contra la mujer (1993), que incluye la producida en el medio laboral, entre otros.

Consciente el organismo de las inequidades existentes en todo el mundo entre mujeres y hombres, ha organizado y amparado seis Conferencias Mundiales sobre las Mujeres, lo que supone el reconocimiento del papel de las mujeres en las distintas sociedades, y de la importancia de la lucha contra cualquier forma de discriminación contra las mismas: México, 1975, Copenhague, 1980, Nairobi 1985, Beijing 1995, New York 2000- Beijing + 5- y New York -Beijing +10, y la Cumbre Mundial sobre las Mujeres de New York -Beijing + 15-. Todas ellas han girado en torno a los ejes de equidad, desarrollo y paz.

Por otro lado, en el seno de Naciones Unidas se ha tejido un marco institucional que sirve de base a todas las políticas y acciones tendentes a conseguir la igualdad de mujeres y hombres: existen múltiples organismos específicos de igualdad: la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer -CSW- (1946), el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW), 1976, la División para el Progreso de la Mujer -DAW- (1988), y ONU Mujeres (entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres), y otros con diferentes objetivos (como FAO, UNESCO, PNUD...), tienen también incorporada en sus marcos estratégicos la transversalización de la perspectiva de género.

La **Organización Mundial de la Salud** es sensible a la estrecha relación de la salud de las personas con el medio laboral en el que se desenvuelven: desde la Declaración de Alma Ata (1978) ha aprobado diferentes resoluciones que han ido reconociendo la gravedad de los problemas de salud de la población trabajadora, y la importancia de trabajar por promover la salud en el medio laboral. Además, este organismo prioriza la política de igualdad de género, mediante la incorporación del análisis y las acciones de género en todas sus actuaciones.

La **Organización Internacional del Trabajo** (OIT), desde su constitución, viene impulsando la mejora de la salud en el medio laboral en diferentes convenios. Reconoce que la disponibilidad de los servicios de seguridad y salud laboral en el trabajo es un derecho individual de cada persona, y ha promovido numerosos acuerdos y recomendaciones que pretenden mejorar la situación de las mujeres en el mundo laboral, incluyendo entre otros los aspectos relacionados con la reproducción, la conciliación de la vida laboral y familiar, y la remuneración. Cuenta, además, con una Oficina de Igualdad de Género establecida en Ginebra, que aboga por la igualdad en toda la organización.

Por su parte, la **Unión Europea** (UE) ha desarrollado una profusa normativa relacionada con la protección de la seguridad y la salud de las personas en el medio laboral, tanto en los aspectos de protección y prevención individual y colectiva, como en lo relacionado con las condiciones de trabajo, el trato y el acceso a los servicios, la maternidad y la conciliación de la vida familiar y laboral, y las obligaciones relacionadas con los derechos de los y las trabajadoras. El Tratado de Roma -1957- obliga a igual retribución para un mismo trabajo, y la Carta social Europea -1961 (ratificada por España en 1980- reconoce el derecho a una protección especial de trabajadoras en maternidad (mediante retribución, permisos y prohibición de despido). Introduce un principio armonizador en todo el territorio a través del artículo 118 A del Acta Única, y se posiciona para promover la mejora de la seguridad y de la salud de las personas en el trabajo en su Directiva Marco 89/391/CEE. Esta voluntad política se concreta también en la creación de organismos específicos de condiciones de trabajo, tales como la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, y la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Asimismo, la UE tiene, como una de las misiones esenciales, la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, fijándose como objetivo la eliminación de las desigualdades y el fomento activo de la igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación, y en todas las políticas (artículos 3 y 141 del tratado constitutivo de la UE -Tratado de Ámsterdam, de 1997). También prohíbe, en su Carta de los Derechos Fundamentales de la UE (proclamada en el año 2000), cualquier discriminación por razones de sexo y consagra el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres en todos los ámbitos.

Con el fin de garantizar la incorporación de la perspectiva de género y promover la equidad se ha creado el Instituto Europeo de Igualdad de Género, cuyo objetivo principal es desarrollar el conocimiento, la puesta en común de los recursos y el intercambio de experiencias para fomentar la igualdad entre el hombre y la mujer.

Contexto nacional

En el marco de la **Constitución Española de 1978**, se ha desarrollado una amplia normativa relativa a la protección de la seguridad y salud en el trabajo, así como a la igualdad de derechos y oportunidades en hombres y mujeres en los distintos ámbitos de la vida civil, política y social (incluidos

por tanto los ámbitos laboral y sanitario).

Tanto la legislación generada sobre derechos laborales como aquella relacionada con la salud, conforman un escenario que pretende garantizar el ejercicio del derecho de los y las trabajadoras a desarrollar sus tareas en un medio saludable, tratando aspectos tendentes a reducir las desigualdades entre hombres y mujeres en el trabajo.

La carta magna, en su artículo 14 establece la igualdad de los españoles ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social; y en el artículo 35, reconoce el derecho al trabajo sin discriminación por razón de sexo. En su artículo 43, relativo a la Protección de la Salud, reconoce el derecho de los ciudadanos a dicha protección, aspecto desarrollado por La Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad y por la recientemente promulgada Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública, que incluye la salud laboral como actuación propia de salud pública, y que además, en su título preliminar, en el capítulo de principios generales, establece específicamente que las actuaciones en materia de salud pública deberán incorporar la perspectiva de género. Por otro lado la Constitución, en su artículo 40.2 encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo, lo que conlleva, tal y como expresa la **Ley 31/1995**, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (y posteriores modificaciones), la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo. Se ha promulgado una profusa normativa relacionada con los derechos laborales, la seguridad social y las condiciones de trabajo, promoviendo la conciliación de la vida familiar y laboral: la Ley de infracciones y sanciones de Orden Social (RD Legislativo 5/2000); la **Ley 39/99** (modificada por Ley 12/2001), que promueve la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras; la **Ley Orgánica de igualdad efectiva de mujeres y hombres** (Ley Orgánica 3/2007), que modifica toda una serie de leyes básicas de los ámbitos laborales y sanitarios; y otras relacionadas con el derecho a diferentes prestaciones de la población trabajadora.

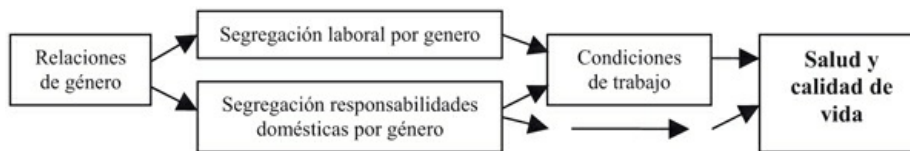
ENTONCES, ¿ES NECESARIO INTRODUCIR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO?

“... la equidad de género en materia de salud debe apoyarse en su propio fundamento, a saber: ausencia de sesgo”. “Los proveedores y sistemas de salud multiplican los sesgos al no reconocerlos ni observar la necesidad de medidas compensatorias”²⁴.

Existe, como hemos visto, un incremento sostenido de la participación de mujeres en el mercado laboral, con una tendencia clara sobre la distribución en éste, con predominio de empleo temporal y a tiempo parcial²⁸. Se mantienen, por otro lado, la segregación horizontal y vertical en la distribución de puestos de trabajo y tareas entre hombres y mujeres, y continúa existiendo un gran decalaje entre los salarios de unos y otras. En términos generales, las relaciones de género influyen invariablemente en las condiciones de trabajo.

La Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo explica así las interacciones entre los factores de género, las condiciones laborales, y la salud y la calidad de vida ([gráfico 1](#)):

Gráfico 1. Interacción de factores de género, factores laborales, salud y calidad de vida



Fuente: EUROFOUND. Gender, jobs and working conditions in the European Union.

No son solo los roles de género en el medio laboral los que determinan la salud de los y las trabajadoras, sino que también son determinantes las relaciones de género en el medio extralaboral, hecho que no se puede obviar a la hora de analizar los diferentes estados de salud de la población trabajadora.

Las cuestiones de género tienen su impacto en la exposición y en la prevención de los riesgos, en el acceso a recursos para promover y proteger la salud física y mental (incluidas la información, la educación, la tecnología y los servicios), en las manifestaciones, severidad y frecuencia de las enfermedades, en las diferentes repercusiones sociales y culturales de la salud y enfermedad, en la respuesta de los servicios y sistemas de salud, y, en fin, en todos los aspectos de la vida y la salud de hombres y mujeres.

Así pues, múltiples determinantes relacionados con el sexo y con el género provocan que unas y otros estén expuestos diferentes riesgos, y además que lo hagan de forma diferente. Sobre este punto existen datos pero, en general, la investigación relacionada con el tema aún no es tan abundante como sería deseable, y las acciones emprendidas en el campo de la promoción de la salud en el medio laboral, pocas veces tienen en cuenta estas diferencias.

La normativa vigente obliga a las administraciones a velar por una adecuada prevención de riesgos laborales, a promover la equidad en el ejercicio de los derechos de cada trabajador o trabajadora, y, en fin, a garantizar la seguridad y la salud en el medio laboral. Para cumplir esta responsabilidad, la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo recomienda –entre otros– que las políticas y programas de los Estados Miembros contengan una dimensión bien definida y transparente de género, que se desarrollen guías e instrumentos de inspección con sensibilidad de género, y se forme al personal en este aspecto. Por otro lado, la normativa exige a las empresas garantizar la salud y la seguridad de sus plantillas, y hacerlo según las características de la actividad y de las personas que desarrollan la misma. Son los Servicios de Prevención (SSPP) los encargados de materializar el cumplimiento de dicha obligación empresarial. Como hemos visto, la normativa les recuerda que deben colaborar con las autoridades sanitarias, y las leyes de igualdad proponen, como primer paso, el conocimiento y reconocimiento de las diferencias de salud y de acceso a la misma para lograr la equidad entre hombres y mujeres y la excelencia en la calidad de sus acciones.

Así pues, aunque la situación del mercado laboral no es la más halagüeña ni mucho menos, y la crisis y los ajustes que los diferentes países están llevando a cabo perjudicarán sobre todo a la situación de las mujeres²⁸, y a pesar de que la reducción privada de gastos se está haciendo muchas veces –desgraciadamente– a costa de la prevención, no podemos obviar la obligación que tenemos ni perder la oportunidad (dado que existe la necesidad, un marco jurídico adecuado, y condiciones técnicas para ello) de llevar a cabo la consecución de un nuevo e ineludible criterio de calidad: la equidad de hombres y mujeres en todos los ámbitos de su vida social y económica, y por tanto en el de la salud en el medio laboral.

MÉTODO

Con el fin de proponer algunas herramientas específicas para introducir la perspectiva de género en el actuar de las distintas instancias

Con el fin de proponer algunas intervenciones específicas para mejorar la perspectiva de género en el actual de las unidades médicas involucradas en la salud laboral, nos hemos inspirado en el método utilizado por la Fundación Mujeres para realizar las evaluaciones ex-ante²⁹. Lo hemos simplificado en tres fases: análisis de situaciones, propuestas a incorporar, y valoración del impacto de género. Y puesto que la salud laboral se asume desde dos frentes (el institucional y el de los SSPP), analizaremos a continuación las funciones de cada uno de ellos, y buscaremos medidas específicas para incorporar la perspectiva de género en las diferentes actividades desarrolladas.

Aunque es desigual la asignación de recursos humanos y materiales para los departamentos de salud laboral en las administraciones de las 17 CCAA y de las dos ciudades autónomas, en principio las competencias son similares, por lo que lo aquí propuesto podría ser válido para cada uno de ellos; y a nivel central, en el Servicio de Salud Laboral del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con su capacidad de cohesión y reguladora, también son asumibles varias de las propuestas (sobre todo en lo referente a sistemas de información, material de difusión, participación en la elaboración de protocolos...). En cuanto a los servicios médicos de los SSPP, sus actividades quedan definidas en el artículo 3 del RD 843/2011 de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los SSPP. Reflejamos en la [tabla 3](#) las líneas generales de trabajo de administraciones y SSPP.

Tabla 3. Actividades de Servicios de Salud Laboral (administración y SSPP)

ACTIVIDADES DE LAS ADMINISTRACIONES QUE VELAN POR LA SALUD LABORAL
• Desarrollo de sistemas de información de sobre riesgos laborales, vigilancia específica, y siniestralidad laboral.
• Elaboración de estudios epidemiológicos sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
• Elaboración de informes técnicos sanitarios sobre clústers o incidencias relacionadas con la prevención de riesgos y la salud.
• Formación en salud laboral de personal sanitario. Participación en la coordinación de la formación de futuros especialistas.
• Promoción de diferentes programas de prevención de riesgos laborales.
• Información a la autoridad laboral sobre los aspectos sanitarios de los SSPP.
• Participación en la elaboración de legislación relativa a la prevención de riesgos laborales y de la promoción de la salud laboral.
• Participación en la elaboración de protocolos para la vigilancia específica de la salud de los trabajadores/as.
• Seguimiento de la adecuación de los recursos y de las actuaciones de los SSPP.
• Coordinación con SSPP (propios y ajenos): en el ámbito de la información, difusión y formación continuada.
• Participación en el grupo de trabajo de Salud Laboral del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
ACTIVIDADES DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN
• Coordinación con las especialidades técnicas en la identificación y evaluación de riesgos, diseño de puestos, plan de prevención
• Investigación de daños, y comunicación de enfermedades relacionadas con el trabajo al organismo competente de cada comunidad autónoma (según RD 1299/2006).
• Estudios epidemiológicos. Realización de encuestas de salud. Investigación.
• Vigilancia de la salud individual (apdo 3 artlo. 37 del RD 39/97) (reconocimientos previos, periódicos, tras baja prolongada, post-ocupacionales..)
• Atención de urgencias
• Formación e información a empresarios/as y trabajadores/as. Formación continuada al personal del SP.
• Planificación e implementación de programas preventivos y de promoción de la salud en el medio laboral.
• Coordinación con las autoridades sanitarias y con el Sistema Nacional de Salud.

PROPUESTAS DE ACCIONES ESPECÍFICAS POR LÍNEAS DE TRABAJO

1. La generación de conocimiento: desarrollo de sistemas de información, gestión y análisis de la misma; realización de estudios epidemiológicos

Análisis: En la actualidad, y a nivel mundial, aún existe –aunque, como apunta Naciones Unidas, esta situación está mejorando- una carencia en la recogida y explotación de datos desagregados por sexo en todos los ámbitos, y muy especialmente en el laboral. Los sistemas que recogen la siniestralidad laboral sí suelen contemplar la variable sexo, aunque es casi anecdótico hallar explotaciones posteriores con enfoque de género. En el ámbito de la salud laboral y de la prevención y aplicación de protocolos específicos de vigilancia de la salud, queda todavía un largo camino por recorrer, y la dificultad de disponer de datos desagregados por sexo es todavía un *handicap* importante para la mejora del conocimiento científico.

Sin embargo, y a pesar de esta escasa información, se reconocen como ciertas cuestiones tales como “si hay menos mujeres en altos cargos, es porque no están cualificadas”, “si hay menos mujeres en altos cargos, es porque hay menos mujeres trabajando”, “los riesgos a los que están expuestas las mujeres en sus trabajos, son menos y menos dañinos”, “los roles de género en el ambiente extralaboral no tienen repercusión sobre la exposición a riesgos en el ambiente laboral”, “los contratos precarios no constituyen en sí mismos un riesgo para la salud de los y las trabajadores/as”, “no existen factores de género que influyan negativamente en los riesgos a los que están expuestos los hombres”, etc., etc. Todo ello sin base científica alguna, dada la escasez de datos desagregados; en todo caso, los disponibles, apuntan en sentido contrario.

Carece de rigor científico afirmar que lo neutral es agrupar por sexos, “ya que todas las personas son iguales”, y que para que los datos sean más universales, es mejor obtener información globalizada. Con ambas premisas se vacía de proyección a cualquier sistema de información, esto es: recoger, tratar y analizar información para la toma de decisiones efectivas. Si pretendiendo universalizar, unificar datos, ocultamos la realidad diversa, diferenciada por grupos, ¿cómo se podrá decidir la puesta en marcha de acciones efectivas y eficientes para mejorar la situación del conjunto, formado por cada uno de estos grupos?

Resumiendo: por un lado se pretende igualar lo diferente y por otro se diferencia lo que es igual, aceptando como verdad los estereotipos relacionados con la capacidad física, intelectual y psicológica de hombres y mujeres para el trabajo.

Propuestas:

1. En las investigaciones a emprender, identificar y definir los problemas a investigar teniendo en cuenta las diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres en salud, contexto social, accesibilidad a recursos preventivos, etc.
2. En los estudios. asegurar una adecuada representación de mujeres y hombres.

3. Todos los sistemas de información que se creen deberán contener necesariamente la variable sexo como dato de registro: sistemas de recogida de accidentes de trabajo, de enfermedades profesionales, de exposición a riesgos (para todos los tipos de riesgo), de aplicación de protocolos de vigilancia de la salud, encuestas de salud...

4. Como práctica de calidad científica, y para evitar la pérdida de información ya captada en los registros de base, realizar la explotación de los datos sistemáticamente de manera diferenciada para ambos sexos, salvo para las sumas globales.

5. Favorecer la cooperación entre grupos de investigación.

6. Realizar proyectos de investigación cualitativa, capaces de aportar información sensible a género, en muchos casos de mejor calidad que los estudios cuantitativos. Se recomienda el empleo de ambos tipos de estudios.

7. En todo caso, ante cualquier duda, se aconseja acudir a las guías que ya muchos organismos nacionales e internacionales han comenzado a editar, incluyendo recomendaciones sobre herramientas y acciones específicas para la introducción del enfoque de género en estos estudios^{1, 30}.

Impacto: Se podrá contar con información veraz sobre la exposición diferenciada a riesgos (si existe); sobre la puesta en marcha de medidas de prevención (si éstas se toman o no dependiendo del sexo de los y las trabajadoras, si se tienen en cuenta factores individuales, y en qué medida se vigila su cumplimiento); sobre la realización de vigilancia de la salud en trabajadores y trabajadoras (si acuden de manera uniforme, o si se aprecia menor afluencia de uno de los grupos, si se aplican igual en hombres y mujeres ante los mismos riesgos, y si la realización de pruebas específicas se realizan sin sesgos de género), etc.

Todo ello, unido a la disponibilidad de datos desagregados sobre accidentes de trabajo e incidencia de enfermedades, clarificarían el mapa de la exposición a riesgos, la prevención, la vigilancia y los daños en los y las trabajadoras, mejorando sustancialmente, así, la capacidad de las administraciones y entidades privadas de tomar medidas correctoras tendentes a mejorar realmente la salud en el medio laboral.

2. Formación

Análisis: Los profesionales sanitarios no reciben, en su época formativa, orientación alguna en cuanto a la importancia del enfoque de género en el ámbito de la salud, aprendiendo una medicina androgénica con datos basados mayoritariamente en estudios realizados sobre hombres o tomando a éstos como referencia, y no una medicina científica basada en la realidad anatómica, fisiológica y psicológica de hombres y mujeres. Exactamente lo mismo ocurre con el resto de las especialidades preventivas.

No se trata, pues, de una actitud negativa de los y las profesionales hacia la introducción de la perspectiva de género en sus actividades sanitarias o de otro tipo, sino de que ignoran el hecho de que hombres y mujeres son tratados muchas veces igual (siendo diferentes), y otras tantas de forma diferente teniendo el mismo problema, todo ello basándose en estereotipos reconocidos como verdad absoluta, o en información incompleta o sesgada.

Por otro lado, ni el personal de los SSPP ni los propios trabajadores son conscientes de estas diferencias, asumiéndolas, en la mayoría de los casos, como normales y justificadas, no valorando que estas formas diferentes de exponerse y reaccionar a los riesgos exigen un esfuerzo específico para prevenir cada uno de ellos.

Propuestas:

1. En la formación de profesionales: impartir escrupulosamente, en base a los conocimientos científicos, toda la información clínica de manera diferenciada en hombres y mujeres (si así ocurre). La información epidemiológica se dará sistemáticamente de forma desagregada por sexos.

2. En la formación e información en las empresas: diferenciar, igualmente, las exposiciones, los riesgos, la prevención y los posibles daños de ambos grupos, siempre que corresponda.

3. Aplicar lo anterior en los materiales didácticos, y revisar los esquemas gráficos (incluidos los dibujos del cuerpo humano), para asegurar que éstos no dan una visión sesgada o androgénica de los trabajadores, facilitando la doble versión del cuerpo humano, y no el masculino como el prototipo y el femenino como una variante del mismo. (No hay que olvidar que el que los y las profesionales trabajen continuamente con esquemas que representan únicamente el cuerpo masculino como prototipo del humano, crea una gimnasia mental de asimilación de dicha homologación como cierta).

Impacto: Los y las profesionales sanitarias adquirirán la capacidad de observar a su población trabajadora entendiendo que ser hombres o mujeres les coloca en unas situaciones de riesgo diferenciadas, y en muchos casos en unos perfiles patológicos específicos, al tiempo que podrán desechar estereotipos que naturalizan diferencias inducidas por el entorno social y minimizan los riesgos a los que están expuestas muchas trabajadoras. Los y las trabajadoras serán conscientes de sus propios riesgos, y de las medidas más adecuadas para prevenir los efectos de su exposición, pudiendo colaborar con la empresa para una mejor prevención.

3. Promoción de programas de prevención de riesgos laborales

Análisis: Los programas de prevención de riesgos laborales, salvo muy honrosas excepciones, continúan viendo a los trabajadores como una masa informe sin características individuales o, si las hay, están más relacionadas con discapacidades, trabajadores/as especialmente sensibles, gestación u otros aspectos que requieren protección especial en un momento dado.

Propuestas:

1. Tomar decisiones y planificar acciones en coherencia con los resultados del análisis con perspectiva de género realizado a partir de los nuevos sistemas de información y de los estudios epidemiológicos. Y hacerlo no solo en el proceso de identificación de problemas y necesidades específicas, sino también en la priorización de objetivos.

2. Establecer planes, programas y proyectos que actúen para evitar y/o reducir específicamente dichos riesgos, teniendo en cuenta si existen o no riesgos diferenciados, inequidades por cuestión de género, y las condiciones específicas de los y las trabajadoras.

3. Establecer mecanismos de participación e intercambio entre mujeres y hombres en todas las fases de programas y proyectos. Y tener en consideración lo que dicha participación pueda aportar.

4. Consultar guías disponibles para incorporar la perspectiva de género en programas³¹. (La página web de ministerio de sanidad da acceso a toda una serie de guías elaboradas por diferentes organismos, y que pueden servir de ayuda:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/revisionGuias.htm>).

Impacto: Al dirigir específicamente los esfuerzos preventivos según las condiciones y riesgos de cada trabajador/a, los resultados, con los

mismos recursos, son más y mejores: las acciones, pues, son más eficientes y efectivas.

Al propiciar mejoras en la prevención de toda la población trabajadora de determinada rama o empresa, se está cumpliendo un criterio de calidad básico en cualquier acción, tanto de las administraciones como de los SSPP: la equidad en el ejercicio de derechos de hombres y mujeres, entre los que se incluyen el derecho a la salud y el derecho a la prevención y protección de su salud en el medio laboral.

4. Relación Administración Sanitaria/Servicios de Prevención (propios y ajenos)

Análisis: Por un lado, la autoridad sanitaria tiene la competencia de informar a la autoridad laboral de cada comunidad autónoma sobre las condiciones sanitarias de los Servicios de Prevención Ajenos (SPA) para su acreditación. Dicho informe es preceptivo y vinculante. Para la elaboración del mismo se analiza el proyecto que presentan los futuros SPA, se observa que cumplan con la normativa vigente y que reúnan los criterios publicados el RD 843/2011. Estos criterios definen sobre todo los recursos humanos y materiales, y perfilan algunos criterios de calidad, quedando dispuesto que este aspecto será desarrollado posteriormente en guías específicas elaboradas al efecto. Asimismo, en dicho RD queda también especificada la función de seguimiento de la calidad de los SSPP.

Por otro lado los SSPP, propios y ajenos, son los principales instrumentos que reconoce la ley para la prevención de riesgos laborales y la vigilancia de la salud en el medio laboral. Por ello, es necesario fomentar la coordinación entre los SSPP y las diferentes administraciones sanitarias autonómicas para facilitar la formación, la información y la cooperación. El personal técnico y sanitario de estos servicios suele adolecer de la misma falta de capacitación para la aplicación de la perspectiva de género que el de otras especialidades, y está afectado por los mismos estereotipos ya mencionados. Es preciso, en la búsqueda de la excelencia en calidad, que los SSPP sean capaces de aplicar la perspectiva de género en sus acciones de identificación y eliminación o reducción de riesgos, de prevención y de promoción de la salud.

Propuestas:

1. Facilitar desde la administración sanitaria información sobre documentos y guías prácticas para una buena praxis, elaboradas por diferentes instancias nacionales e internacionales (comunidades autónomas, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, u otros organismos de Naciones Unidas o del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos).

2. Incluir, en el protocolo interno para seguimiento y aprobación de las condiciones sanitarias, epígrafes que ayuden a conocer si el SP tiene o pretende incorporar competencia o indicadores de género en sus acciones de identificación, de eliminación o reducción de riesgos en las empresas, y en sus actividades formativas y de vigilancia de la salud.

Una sugerencia sería analizar cada proyecto y comprobar que existe una línea semejante a la propuesta por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, con preguntas tales como: ¿El SPA propone identificar los riesgos por cada puesto y por cada persona?; ¿El SPA propone la búsqueda de información entrevistando a trabajadores y a trabajadoras?; ¿El SPA manifiesta conocer las diferencias en la exposición a riesgos y en las lesiones que éstos producen en hombres y mujeres?; ¿El SPA es sensible a la necesidad de participación de hombres y mujeres en las actividades preventivas?; ¿El SPA tiene presente la importancia de la identificación y prevención de factores que contribuyan al abuso sexual y psicológico en las empresas?...

3. Incluir los mismos aspectos en la información que se solicita a los SSPP para realizar el seguimiento de su actividad.

4. Facilitar, desde las AAPP, la asistencia técnica a los SSPP que precisen apoyo para la incorporación de la perspectiva de género, al igual que vienen haciendo con otros aspectos relacionados con la salud en el trabajo.

5. Las instancias públicas deberán contar con personal formado específicamente en el tema y, en general, asegurarse de que los equipos desarrollen su función con sensibilidad de género. Para ello, es importante facilitar la formación continuada del personal de los ámbitos público y privado de la salud laboral.

Impacto: Los SPA –y en concreto los técnicos que elaboran el proyecto para su aprobación–, serán conocedores de la importancia que desde las administraciones públicas (AAPP), en cumplimiento de la normativa vigente, se da a la equidad en todos los ámbitos, entre ellos en la prevención de riesgos laborales, y muy específicamente en la salud laboral. Asumiendo la necesidad de expresar específicamente estos aspectos, la perspectiva de género se irá incorporando en la dinámica de planificación y proyección de trabajo de estas empresas.

Además los profesionales de los SSPP dispondrán de nuevas herramientas y conocimientos que les permitirán realizar mejor sus funciones y alcanzar, con las medidas propuestas, una mejor prevención y promoción de la salud en el medio laboral. La Administración sanitaria será coherente con la normativa vigente y promoverá la equidad de hombres y mujeres en el medio laboral.

5. Participación en la elaboración de legislación relativa a la prevención de riesgos laborales y de la promoción de la salud laboral y otras recomendaciones

Análisis: Los servicios y departamentos de salud laboral de las administraciones autonómicas y central participan en la elaboración de normativas referentes a la prevención de riesgos laborales y a la salud laboral. Asimismo, los SSPP (mediante sus asociaciones, o las de sus especialistas en Medicina del Trabajo), suelen participar en la presentación de alegaciones proponiendo mejoras o cambios a los proyectos de dichas normativas. En la elaboración de éstas no se visualiza un análisis del impacto de género tras su aplicación (sólo existe obligatoriedad para las promulgadas a nivel estatal –Ley 30/2003–), y no suelen encontrarse recomendaciones u obligaciones específicas de cara a fomentar la equidad entre hombres y mujeres en este ámbito. Siendo la laboral-preventiva una normativa de gran repercusión en la vida de unas y otros, sigue siendo reflejo de la aceptación de los estereotipos que hablan de la bonanza de la universalidad de los datos frente a la *veracidad+adecuación* de la información desagregada por grupos.

Por otro lado, se sigue considerando como actividad no económica aquella que se realiza en el ámbito doméstico y que no es remunerada (a pesar de contribuir efectivamente en la economía familiar y nacional, y ser calculable)³², y sin embargo se considera prioritariamente ser estudiante o recibir alguna pensión.

Los estereotipos que naturalizan la división de roles en todos los aspectos de la vida de las personas, tienen gran repercusión no sólo en el ámbito del reconocimiento del aporte económico directo que produce su trabajo, sino también, y por lo mismo, en el reconocimiento de las condiciones y riesgos a los que se exponen al realizarlo.

Propuestas:

1. Tener como base, en la elaboración y propuestas de las nuevas normativas, la información resultante de los nuevos sistemas de información y su análisis con perspectiva de género.

2. Analizar sistemáticamente ex ante el impacto de género que tendrá dicha normativa, realizando su valoración de los grados de impacto (se

pueden aplicar, como ejemplo de buena práctica, los propuestos en por el Instituto de la Mujer –elaborados por la Fundación Mujeres–), y proponer mejoras y recomendaciones si corresponde.

3. Ser conscientes del vacío que existe en la protección y prevención de riesgos en las y los trabajadoras del ámbito familiar –no reconocido como medio laboral–, e incluirlos específicamente en aquellos aspectos que pudieran mejorar su situación.

Impacto: Cada nuevo ordenamiento estará enriquecido y mejorado sobre el borrador inicial, se publicará conociendo la repercusión que tendrá sobre hombres y mujeres, y, en fin, propiciará un marco normativo que promueva la equidad de los y las trabajadoras en el acceso a la prevención de riesgos laborales y en fin a la salud laboral.

Se contribuiría a reducir los riesgos y proteger a las personas que desarrollan sus funciones en el ámbito tradicionalmente reconocido como femenino: el familiar (atención a tareas del hogar, cuidado de familiares dependientes, etc.).

6. Participación en la evaluación de riesgos, diseño preventivo de puestos de trabajo

Análisis: como ya se ha comentado, la exposición y los efectos de los riesgos en el trabajo suelen ser diferentes en hombres y mujeres. Las condiciones laborales también pueden constituirse en una fuente de riesgo. Por otro lado, la presencia de mujeres en los órganos de representación en las empresas es minoritaria en muchos casos, a pesar de la amplia participación en el trabajo. Esto hace que las necesidades y objetivos de las mujeres en el medio laboral no suelen ser objeto de atención en la planificación de acciones de mejora en las empresas. Son las trabajadoras las grandes perjudicadas de las inequidades presentes en el medio laboral. Los servicios de salud laboral deben participar también en la coordinación interdisciplinaria, en la que el personal médico especializado aportará sus conocimientos específicos sobre las consecuencias de la exposición a riesgos, prevención, etc, de la plantilla evaluada.

Continúa siendo habitual el aceptar los estereotipos sobre la menor exposición a riesgos de las trabajadoras (por ser trabajos generalmente menos expuestos a riesgos de muerte o accidente muy grave, a pesar de que pueden mermar mucho el estado de salud de las mismas), sobre que la prevención de riesgos laborales debe priorizar lo más llamativo (esto va en contra de los derechos de cada persona) y que lo neutral es no buscar la diferencia por sexos, ya que todos somos iguales (el objeto de la prevención no es el ser “neutral”, sino reducir los riesgos a los que están expuestos los trabajadores). Hoy se sigue pensando que el ámbito doméstico es el más seguro, y sin embargo la mayor parte de accidentes y agresiones que sufren las mujeres se dan en él; su trabajo se sigue reconociendo como natural, razón por la que apenas se acepta que las empleadas domésticas y las cuidadoras (remuneradas o no) están expuestas a riesgos derivados de su trabajo.

Propuestas:

En la identificación, evaluación y eliminación/reducción de riesgos:

1. Acudir a fuentes de información sobre prevención que faciliten datos desagregados por sexo y, si es posible, que introduzcan variables sensibles a aspectos de género.
2. Poner especial atención en las actividades feminizadas (suelen ser consideradas “tareas ligeras”).
3. Considerar especialmente los aspectos ergonómicos, el riesgo químico y la organización del trabajo, pues los riesgos relacionados con estos aspectos afectan de manera especial a las mujeres y son aspectos generalmente poco valorados, dada la escasa visibilización de sus efectos.
4. Incorporar medidas preventivas específicas que contemplen la opinión de las mujeres sobre las mismas (idoneidad, comodidad, garantía de uso..)
5. Considerar sistemáticamente a la plantilla a tiempo parcial, temporal o de ETT y a aquellas personas que estén de baja médica en el momento de la evaluación.
6. Garantizar la participación de trabajadores y trabajadoras como fuentes de información en todo el proceso preventivo.
7. Analizar también la presencia de mujeres y hombres en los órganos de representación, en la estructura jerárquica de la empresa, y en los puestos específicos para una misma ocupación (con el fin de visualizar la participación, y la segregación de género vertical y horizontal).
8. Consultar las guías y documentos publicados al efecto por distintas entidades de calidad reconocida, que incorporan el enfoque de género en esta actividad ^{11, 33, 34, 35}.
9. En todo caso, no olvidar que no debe confundirse enfoque de género con la prevención y vigilancia de las trabajadoras embarazadas, en periodo de lactancia o sobre aspectos reproductivos, sin perjuicio de la atención que se debe prestar a estas trabajadoras y al ejercicio de sus derechos laborales y de protección de la salud.

Impacto: La identificación, evaluación, y eliminación o minimización de los riesgos estará más ajustada a la realidad diaria que viven los y las trabajadoras, y por lo tanto será de mayor calidad. La salud en el medio laboral estará más garantizada.

7. Vigilancia de la salud. Participación en la elaboración de protocolos para la vigilancia específica de la salud de los trabajadores/as

Análisis: La vigilancia de la salud a menudo se realiza de manera indiscriminada en mujeres y hombres, dado que la evaluación de riesgos no suele llevar incorporado el enfoque de género. Por otro lado, los protocolos para reconocimiento específicos, hoy por hoy, ponen su acento en una masa laboral predominantemente masculina. Muchos modelos gráficos responden al prototipo de cuerpo masculino, y plantean una clínica indiferenciada que no siempre es así. Es probable que haya síntomas que no se den igual en hombres y mujeres; este hecho se podrá comprobar con la introducción de la perspectiva de género en los sistemas de información.

El estereotipo de que el lenguaje y los símbolos masculinos abarcan también lo femenino está muy arraigado, y a pesar de que se cree que no tiene repercusiones sobre el ejercicio científico de la medicina, crea una dinámica mental que masculiniza las patologías.

Propuestas:

1. Al realizar la vigilancia de la salud individual, se tendrá en cuenta muy especialmente aspectos de género no siempre reflejados en la identificación de puesto y de riesgos que los servicios técnicos preventivos puedan hacer llegar al servicio médico (por ejemplo, en una cadena de montaje, el puesto concreto que ocupa el o la trabajadora).
2. En las nuevas ediciones de los protocolos existentes, así como en los nuevos protocolos que se publiquen –tanto desde las AAPP como desde el ámbito privado–, adjuntar gráficos de figuras de mujeres junto a las existentes de hombres, salvo que se pueda aplicar otra alternativa.
3. Buscar sistemáticamente en la literatura médica (incluida especialmente aquella con enfoque de género) si existen diferencias en los cuadros clínicos de hombres y mujeres para reflejarlos adecuadamente en los protocolos.

Impacto: La salud de cada trabajador(a) será seguido específicamente según su exposición real a riesgos y su susceptibilidad. Además, la calidad de la aplicación de los protocolos mejorará sustancialmente en la medida en que podrán reflejar mejor el estado de salud de las personas expuestas a determinados riesgos.

8. Para todas las actividades. El uso del lenguaje

Análisis: Como en casi todos los medios, el uso del lenguaje sexista y androcéntrico está extendido también en el campo de la medicina, y el mundo de la salud laboral no queda exento.

Están sólidamente arraigados los estereotipos que mantienen que lo “neutral” (quiere ser entendido como científicamente correcto) es no buscar la diferencia por sexos, obviando que lo que se propone y mantiene como modelo es únicamente lo masculino, como si lo femenino fuese una variable de ello, y no como si ambos fuesen dos posibilidades de igual peso para el ser humano. Y, como causa y consecuencia de esto, se sostiene que “el lenguaje en masculino abarca también lo femenino, y eso no tiene por qué tener repercusiones más allá de la forma”; sin embargo no puede obviarse el hecho de que el lenguaje es reflejo del imaginario, y a su vez ayuda a consolidarlo y perpetuarlo, creando un círculo vicioso: *“El lenguaje no es una creación arbitraria de la mente humana, sino un producto social e histórico que influye en nuestra percepción de la realidad. Al transmitir socialmente al ser humano las experiencias acumuladas de generaciones anteriores, el lenguaje condiciona nuestro pensamiento y determina nuestra visión del mundo”*. (UNESCO, 1991: Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje).

Propuestas:

Emplear lenguaje no sexista en cada documento elaborado desde los servicios de salud laboral, buscando visibilizar la participación de las mujeres en el mundo del trabajo, y evitando generar y reproducir en la conciencia colectiva e individual de los y las profesionales los estereotipos mencionados. Para un buen uso del lenguaje no es preciso repetir continuamente “trabajadores y trabajadoras”, ni poner barras (/) si se trata de un texto a leer en alto. Existen fórmulas igualmente correctas desde el punto de vista gramatical, como la especificación en el artículo y no en el nombre (pe: *las y los profesionales*), o el uso de palabras que incluyen a ambos sexos: la población trabajadora, el personal, la plantilla...

No se trata de ser repetitivo sin motivo, se trata de desarrollar un trabajo profesional en el que los grupos objeto del mismo estén claramente contemplados porque, no olvidemos: lo que no se nombra, lo que no se muestra, no se ve y, por lo tanto, no se reconoce y acaba –en la mayoría de los casos– por olvidarse, por no existir. Existen algunas guías de orientación y libros elaborados por especialistas de prestigio para un mejor uso del lenguaje no sexista (siguiendo, por supuesto las normas de desarrollo de nuestra propia lengua), que recomendamos consultar ^{36 - 39}.

Impacto: Se mejorará el uso del idioma, siendo éste más exacto e idóneo, dado que el castellano es una lengua rica, viva y cambiante, y con posibilidades de adecuarse al desarrollo de la sociedad y a los cambios históricos de roles de hombres y mujeres; ésta es la esencia de cualquier lengua viva: el ser capaz de transformarse de forma reglada al compás de la sociedad en la que vive.

Profesionales, actores sociales y público en general con acceso a cualquiera de los documentos emitidos desde estos servicios, tendrán acceso a una información más real y completa –es decir, de mayor calidad–, y gradualmente se irán apartando los estereotipos que dificultan la visibilidad de la realidad y del análisis de la misma.

9. Identificación de indicadores de la aplicación del enfoque de género en los servicios, para su seguimiento y evaluación

Análisis: En la actualidad, salvo en las instancias que llevan más años trabajando en la incorporación del enfoque de género, es anecdótico contar con indicadores reales y aplicables que permitan saber si dicho enfoque se está aplicando y en qué medida, y cómo repercute su uso en los resultados de las acciones emprendidas.

Propuesta: Tanto desde las administraciones como desde el ámbito de los SSPP, se deberían identificar indicadores que permitan hacer el seguimiento y evaluar si se está introduciendo el enfoque de género en su actuar, y en qué medida se está haciendo.

La elaboración de indicadores específicos es imprescindible: son necesarios para conocer el avance en la aplicación, constituyen una importante herramienta de alarma para detectar dificultades (externas o de los propios servicios), y permiten evaluar el impacto de la incorporación de la perspectiva de género en la calidad de las actuaciones de instancias públicas y de los SSPP. Se trata, pues, de definir indicadores de proceso, indicadores de resultados, e indicadores de impacto. Unos permitirán medir si lo propuesto se está llevando a cabo, y en qué medida, otros permitirán conocer si se tienen los resultados esperados, y el tercer grupo servirán para medir el impacto de género de las acciones emprendidas. Algunos de ellos tendrán carácter afirmativo/negativo, y otros hablarán de porcentajes de aplicación...

A continuación se hacen algunas propuestas genéricas. Son indicadores generales, que cada profesional puede adaptar a su situación concreta. Cada uno de ellos deberá definirse según el objetivo de género que se haya planteado. Algunos se muestran en la [tabla 4](#).

Tabla 4. Algunas sugerencias para la construcción de indicadores de la introducción de la perspectiva de género en las actividades de los servicios de prevención

Cuestiones para la construcción de Indicadores de proceso	Medida
¿Se ha tomado en cuenta aspectos de género en la evaluación de los puestos?	(Sí/No) (%)
¿Se ha evaluado en cada empresa la presencia de mujeres en los órganos de participación?	(Sí/No) (%)
¿Se ha evaluado en cada empresa la presencia de mujeres en los distintos puestos según responsabilidades?	(Sí/No) (%)
¿Se han valorado si existen tareas diferenciadas para mismos puestos?	(Sí/No) (%)
¿Se han valorado los EPI existentes para hombres y mujeres, y su adecuación a su físico?	(Sí/No) (%)
¿Se han propuesto medidas correctoras y/o preventivas según los riesgos evaluados para unos y otras?	(Sí/No) (%)
¿Se ha tenido en cuenta la perspectiva de género en la planificación de la formación (contenidos, horarios, etc.)	(Sí/No) (%)
¿Se ha tenido en cuenta la perspectiva de género en la planificación de la información (contenidos, material, horarios, etc.)	(Sí/No) (%)
¿Se ha analizado la organización del trabajo con perspectiva de género? –capacidad de decisión, dependencia de compañeros, etc.	(Sí/No) (%)
Cuestiones para la construcción de indicadores de resultados	Medida
¿Se conocen, en el SP, los daños derivados de exposición a los riesgos, de forma diferenciada?	(Sí/No) (%)

¿Se aplica en los reconocimientos médicos?	(Sí/No) (%)
¿Se ha formado con perspectiva de género en las empresas?	(Sí/No) (%)
¿Se ha informado con perspectiva de género en las empresas?	(Sí/No) (%)
¿Los materiales informativos y de difusión, han sido elaborados con un lenguaje no sexista?	(Sí/No) (%)
¿Los materiales informativos y de difusión, cuentan con dibujos y esquemas no sexistas?	(Sí/No) (%)
¿Los y las trabajadores son conocedores de los riesgos específicos a que están expuestos por ser hombre o mujer?	(Sí/No) (%)
¿Se han tomado medidas preventivas adecuadas a cada trabajador/a teniendo en cuenta los condicionantes de género?	(Sí/No) (%)
¿El SP ha propuesto alguna actividad para mejorar algún aspecto que las trabajadoras entienden como de riesgo?	(Sí/No) (%)
Cuestiones para la construcción de indicadores de impacto	
Medida	
¿Se conocen los daños derivados de exposición a los riesgos, de forma diferenciada?	(Sí/No) (%)
¿Se han visto reducidos los AT de hombres y de mujeres?	(Sí/No) (%)
¿Se han visto reducidas las enfermedades relacionadas con trabajo de hombres y de mujeres?	(Sí/No) (%)
¿Hombres y mujeres participan activamente en la toma de medidas para su propia prevención?	(Sí/No) (%)
¿Ha aumentado la presencia de mujeres en los órganos de participación?	(Sí/No) (%)
... Y otros...	(Sí/No) (%)

Fuente: EUROFOUND. *Gender, jobs and working conditions in the European Union.*

Se incorporarán también otras cuestiones de carácter cualitativo, cuya respuesta sea más explicativa para entender mejor el alcance del cumplimiento o no de determinados indicadores (preguntas tales como ¿cómo? ¿cuáles? ¿con qué?, etc, pueden volcar una información importante para conocer cómo se está llevando las acciones).

Impacto: Se podrá valorar objetivamente el grado de incorporación de la perspectiva de género en las actividades de los servicios relacionados con la salud laboral (facilitando el seguimiento y la evaluación posterior), así como el impacto de género de cada una de las acciones y de la actividad global del servicio de prevención. Esto ayudará a detectar defectos o dificultades, lo que a su vez permitirá introducir correcciones y adecuarse a circunstancias o hechos no previstos con anterioridad mejorando, en fin, el resultado global de la actividad preventiva.

CONCLUSIONES

El mercado laboral en España, en Europa, y en el mundo en general, está sufriendo cambios importantes relacionados con tendencias de fondo, y con la crisis financiera mundial (con diferente afectación en unos países y otros). Actualmente, junto con un envejecimiento de la población activa, se observa un incremento sostenido de la participación femenina, que incide sobre todo en el aumento del porcentaje de contratos temporales y a tiempo parcial.

El tipo de contrato, las condiciones específicas de los puestos y otros factores relacionados con el sexo y con los roles de género, promueven y consolidan desigualdades e inequidades en la exposición a riesgos en el trabajo, en la prevención, y por tanto también en la salud de los y las trabajadoras. Esto contraviene toda la normativa nacional e internacional que reconoce, como derecho básico la igualdad de las personas independientemente de su sexo, raza, religión...

Es obligación de las AAPP velar para que todos y todas las ciudadanas puedan disfrutar del ejercicio de sus derechos. En concreto en el ámbito de la salud laboral, es responsabilidad de las instancias competentes la lucha contra las inequidades, aplicando el enfoque de género en sus actividades cotidianas, y poniendo en marcha acciones específicas que impulsen y favorezcan la eliminación de cualquier forma de discriminación en el ejercicio de los derechos laborales de hombres y mujeres (incluido, por supuesto, el de trabajar en un medio saludable).

Es responsabilidad de las empresas garantizar la seguridad y la salud de los y las trabajadoras. Es criterio de calidad en el quehacer de AAPP y de los propios SSPP, el cumplir con la normativa y proteger los derechos de cada trabajador (independientemente del sector de ocupación o actividad, de su sexo, edad, nacionalidad u otros). El no cumplir este criterio de calidad, además de incidir negativamente sobre los derechos esenciales de las personas, reduce la eficacia y eficiencia de cualquier acción emprendida, dado que entonces los recursos son empleados principalmente para atender las necesidades de un grupo beneficiado, en detrimento de otro.

Aunque queda un largo camino por recorrer, se han dado ya los primeros pasos. La oportunidad de mejorar la calidad de las actuaciones de los servicios responsables de la salud laboral en las AAPP y en los servicios a cargo de la prevención de los riesgos laborales de las empresas, está ahora en el amplio marco normativo en el que nos encontramos, en la toma creciente de conciencia por parte del personal de dichos servicios, en la mejora progresiva de la información disponible, y en las voluntades políticas de quienes deciden impulsar y facilitar estos cambios.

Este documento pretende únicamente ser un ejercicio de reflexión que proporcione instrumentos para la aplicación del enfoque de género en estos servicios, o en todo caso que invite a otros profesionales de instancias homólogas a realizar su propio análisis, que –sin duda– contribuirá al enriquecimiento y a la mejora de la calidad en el ejercicio de las funciones que, desde las administraciones y desde las empresas, se llevan a cabo en el ámbito de la prevención y de la salud laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Cantero MT, Papí Gálvez N. Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de Internet y recomendaciones. Alicante: Universidad de Alicante; 2007. 145 p.
2. Ruiz Cantero MT, Verdú Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit.* 2004;18(Supl 1):118-25.
3. Rohlfs I, García MM, Gavalda L et als. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit.* 2004; 18(Supl 2):55-64.
4. Aldasoro E, Calvo M, Esnaola S and others; Grupo IBERICA País Vasco (Spain). Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. *Med Clin (Barc).* 2007;128(3):81-5.
5. Calvo Embuena, González Monte C, Latour Perez J and others. Desigualdad de esfuerzo terapéutico en mujeres con infarto agudo de miocardio: 10 años después. *Med Intensiva.* 2008;32(7):329-36.
6. Chieffo a, Hoyer A, Mauri F and others. Cuestiones relativas al sexo en cardiología intervencionista: declaración de consenso de la iniciativa Women Innovations (WIN). *Rev Esp Cardiol.* 2010;63(2):200-8.
7. International Labour Office; International Institute for labour Studies. World of work report: from one crisis to the next?. Geneva: ILO; 2010. 124p.
8. International Labour Office. Global employment trends 2011: the Challenger of a Jobs recovery. Geneva: ILO; 2011. 99p.

9. European foundation for the improvement of living and working conditions. Changes over time- first findings from the fifth European working conditions Survey: resumé. Luxemburgo: EUROFOUND; 2010.

10. European Commission, Directorate General for employment, social affairs and equal opportunities, Employment analysis unit (Europe). Employment in Europe 2010. Brussels: Publications Office of the European Union; 2010. 197 p.

11. Kaisa Kauppinen, Riitta Kumpulainen, Irene Houtman, Sara Kopsey and others. *Gender Issues in safety and health at work*. Office for official publications of the European Communities: Luxemburgo, 2003. 222 p. Prepared for the European Agency for Safety and Health at work.

12. Sandor E. European Company Survey 2009. Part-time work in Europe. Luxemburgo: Publications Office for the European Union; 2011. 59 p. Prepared for the European Foundation for the improvement of living and working conditions.

13. Almodobar Molina A, coordinator (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) and others. V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2003). Madrid: INSHT (SP); 2004. 86 p.

14. Almodobar Molina A, Pinilla Garcia FJ, coordinators (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) and others. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (SP). Madrid: INSHT; 2007. 165 p.

15. Martínez Vidal M, Álvarez Castillo MC, González Gómez MF, Sagües Cifuentes MJ (Servicio de Salud Laboral. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid). Cuadernos de Salud Laboral 2009. Madrid: Comunidad de Madrid (SP); 2010. Chapter 2, Análisis de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en la Comunidad de Madrid; p. 153-35.

16. Zimmermann Verdejo M. Las condiciones de trabajo según la perspectiva de género. Implicaciones y repercusiones sobre la morbilidad. La Mutua nº 14 – Segunda Época-Año 2006. Madrid: Ed. Fraternidad Muprespa; 2006. p.91-103.

17. Zimmermann Verdejo M. Mujer y Trabajo: aproximación al análisis de indicadores de desigualdad a través de metodología de encuesta. Madrid: INSHT (SP); 2009. 40p.

18. De Vicente Abad MA, Zimmermann Verdejo M, De la Orden Rivera MV, Díaz Aramburu CI. Acercamiento a la siniestralidad laboral desde una perspectiva de género. Madrid: INSHT, MTAS (SP); Jan 2010. 48 p.

19. Lars Gerhardsson MD, Alex Ahlmark MD. Silicosis in women. Experience from the Swedish pneumoconiosis register. *Journal of occupational medicine*. 1985 May;27(5):347-50.

20. Cortazar López M, Kareaga Uriarte G and others. Evaluación del riesgo músculo-esquelético en el colectivo de auxiliares de educación especial de la enseñanza pública de Bikaia. Bilbao: Delegación de Educación de Bizkaia del Gobierno Vasco(SP); 2002. 45p.

21. Gómez López F, Ruiz Figueroa MJ and others. Análisis epidemiológico de los problemas de voz que presenta el profesorado no universitario de la provincia de Sevilla 2000. Ponencia. En: XII Congreso Nacional de Seguridad Laboral en la Administración Pública. Zaragoza: SESLAP; 2001.

22. Bowler RM, Mergler D, Rauch SS, Bowler RP. Stability of psychologicla impairment: two year follow-up of former Microelectronics workers´ affective and personality disturbance. *Women and Health*. 1992;18(3):27-48.

23. Zimmermann Verdejo M, González Gómez MF, Galán Labaca I. Perfiles de exposición de riesgo cardiovascular según la ocupación laboral en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2010;84(3): 293-308.

24. Gita S, Asha G u Östin P. Engendering health equity: a review of research and policy. Harvard: Harvard center for population and development Studies; OPS; 2002-2005.

25. United Nations, Departament of Economic and social Affairs. The world´s women 2010. Trends and statistic. New York: United Nations; 2010. 255 p.

26. Valentina Foriasteri. *Women workers and gender issues on occupational safety and health*. Geneva: International Labour Office; 2004. 15 p.

27. Valls Llobet C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. *Quarck: Ciencia, medicina, comunicación y cultura* 2003;27.

28. Gálvez Muñoz L, Torres López J. La crisis económica y sus alternativas: una perspectiva de género. En: *Feminismo ante la crisis. XIX Taller de política feminista*. Madrid, Granada, Valladolid. Abril-Mayo 2009). Madrid: Forum de política feminista; 2009. p. 15-30.

29. Delgado Gody F, García Comas C, Sotelo Avila M (Fundación Mujeres). Guía de aplicación práctica para la elaboración de informes de impacto de género de las disposiciones normativas que elabore el gobierno, de acuerdo a la ley 30/2003. Madrid: Instituto de la Mujer; 2005. 97 p.

30. García Calvente MM (Editor), Jiménez Rodrigo ML, Martínez Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009. 171 p. Serie Monografías EASP, 48.

31. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica de enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo (SP); 2008. 60 p.

32. Carrasco C, Mayordomo M, Dominguez M, Alabart A. Trabajo con mirada de mujer. Madrid: Consejo Económico y Social; 2004.

33. González Malmierca E, Neyra Suárez I, Seguí González G. Guía para la prevención de riesgos laborales con enfoque de género. IBERMUTUAMUR; (date unknown).

34. Elarre Belzunegui, A. Mujeres y salud laboral. Prevención de riesgos laborales con enfoque de género. Propuestas de intervención. Pamplona: Instituto Navarro de Salud Laboral, Gobierno de Navarra (SP); 2011. 4 p. Ficha técnica de prevención nº 35.

35. European Agency for safety and health at work. Including gender issues in risk assessment. FACTS nº 43. Belgium: European Agency for safety and health at work; 2003.

36. Lledo Cunill E. Las profesiones de la A a la Z. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (SP); 2006. 92p. Serie Lenguaje, no4.

37. Careaga P. El libro del buen hablar. Madrid: Fundación Mujeres; 2002. 257p.

38. Méndez Miras A, Sasiain Villanueva I and others. *Nombra.en.red*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (SP); 2006. 64 p. Serie Lenguaje, no3.

39. Gari Pérez A. *Hablamos de Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (SP); 2006. 49 p. Serie Lenguaje, no 5.

[1] Por ejemplo, un exceso de horario laboral produce en los hombres una menor incidencia de infartos, y sin embargo, en las mujeres, aumenta el riesgo de sufrírlas (observado en un estudio realizado por Alfredsson et als. en Suecia, según cita Östin Pirooska en *Incorporación de la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas*. OPS).

Conciliación y salud laboral: ¿una relación posible? Actualidad en el estudio del conflicto trabajo-familia y la recuperación del estrés

Work-family balance and occupational health: Is this relationship possible? Current situation in the study of work-family conflict and recovery from stress

Ana Isabel Sanz Vergel

IE University, Segovia

Correspondencia:

Ana Isabel Sanz Vergel
IE University
Campus de Santa Cruz la Real
Cardenal Zúñiga, 12
40003 Segovia (España)
Tfno.: +34 921412410
E-mail: aisanz@faculty.ie.edu

Resumen

Los cambios económicos y sociales de los últimos años han generado nuevas estructuras organizacionales y familiares que afectan a los trabajadores. Aparecen así nuevos riesgos psicosociales, como el conflicto entre la vida laboral y familiar. Para poder enfrentarse a las demandas del trabajo y de la familia, es necesario tener un tiempo para recuperarnos del esfuerzo realizado. Así pues, para mejorar la calidad de vida del empleado, es necesario atender al bienestar de la persona en su conjunto.

El objetivo del presente artículo es revisar las principales líneas de investigación surgidas en las últimas décadas en torno a estos temas. En primer lugar, se analizan los factores antecedentes del conflicto trabajo-familia así como sus consecuencias y diversas variables que intervienen en este proceso. Posteriormente, se examina la literatura reciente sobre “recuperación del estrés”, atendiendo a las estrategias que pueden ayudar a los trabajadores a superar los esfuerzos llevados a cabo en la rutina diaria. Por último, se presentan las principales líneas de prevención e intervención a nivel organizacional e individual, dirigidas a reducir los estresores laborales, promover políticas de conciliación y desarrollar estrategias de recuperación.

Palabras clave: *Conflicto trabajo-familia, recuperación del estrés, políticas de conciliación, estrategias de recuperación.*

Abstract

The economic and social changes of the last years have created new organizational and family structures that affect workers. As a result, new psychosocial risks appear, as the conflict between work and family life. To meet work and family demands, people need time to recover from the expended effort. Thus, to improve the quality of life of the employee, it is necessary to attend to the well-being of the person in general.

The aim of this paper is to review the main lines of research emerged during the last decades on these topics. First, we analyze the background and consequences of work-family conflict as well as the main variables affecting this process. Second, we examine recent literature on “recovery from stress”, focusing on the strategies that may help workers to overcome the efforts made during the daily routine. Finally, we present the main lines of prevention and intervention in the organizational and individual levels, aimed at reducing job stressors, promoting family-friendly policies and developing recovery strategies.

Key words: *Work-family conflict, recovery from stress, family-friendly policies, recovery strategies.*

INTRODUCCIÓN

Las relaciones entre el trabajo y la familia articulan el día a día de los trabajadores, de modo que su estudio dentro del campo de la Salud Laboral es fundamental. De hecho, Moreno-Jiménez y Báez¹ señalan que uno de los riesgos psicosociales que más atención está recibiendo en los últimos años es precisamente el conflicto trabajo-familia. La aparición de estos nuevos riesgos es resultado de una serie de cambios tanto a nivel económico como social. Los largos horarios de trabajo en respuesta a la competitividad empresarial, o la incorporación de la mujer al mercado laboral, generan nuevas estructuras organizacionales y también familiares, que afectan al trabajador. Un estudio realizado en 2005 por el Instituto de la Mujer, refleja que el 51% de las mujeres y el 40% de los hombres consideran que el equilibrio entre la esfera laboral y familiar resulta complicado².

A nivel social, la preocupación por el problema de la conciliación ha quedado patente en la Ley Orgánica de Igualdad entre mujeres y hombres (BOE n. 71 de 23/3/2007), que en su artículo 44.1 refleja que “*los derechos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral se reconocerán a los trabajadores y trabajadoras en forma que fomenten la asunción equilibrada de las responsabilidades familiares, evitando toda discriminación basada en su ejercicio*”³.

Lo cierto es que cuando queremos mejorar la calidad de vida de los trabajadores, no podemos olvidar que estas personas son también padres, esposos, amigos, o hijos. Tienen una vida personal más allá de las exigencias laborales, y por ello hay que atender al bienestar de la persona en su conjunto. Por lo tanto, poder conciliar el trabajo y la familia es un indicador de salud laboral. La cuestión es: ¿es esto posible? ¿Cómo puede ayudar la organización a compaginar estos dos ámbitos? ¿Qué estrategias puede utilizar la persona para recuperarse de las demandas diarias?

El objetivo de este artículo es revisar las principales líneas de investigación surgidas en las últimas décadas en torno a estos temas, analizando los principales factores antecedentes del conflicto trabajo-familia y sus consecuencias. Así mismo, se examinará la literatura reciente sobre “recuperación del estrés”, atendiendo a las principales estrategias que pueden ayudar a los trabajadores a superar los esfuerzos llevados a cabo en la rutina diaria.

LA CONCILIACIÓN ENTRE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR: LA APARICIÓN DEL CONFLICTO

El origen de este campo de investigación se remonta a finales de los años 70 con el trabajo de Block⁴ en el que se reconoce que el trabajo y la

El origen de este campo de investigación se remonta a finales de los años 70 con el trabajo de Fleck⁴, en el que se reconoce que el trabajo y la familia se influyen mutuamente a partir de las ideas, emociones, y actitudes surgidas en cada uno de estos dominios. Aunque se han empleado diversos términos para referirse a las relaciones existentes entre el trabajo y la familia (p.e. interferencia trabajo-familia, interacción trabajo-familia), el más ampliamente propuesto ha sido el concepto de “conflicto trabajo-familia”, definido por Greenhaus y Beutell⁵ como “una forma de conflicto de rol, en el que las presiones que resultan del trabajo y las presiones familiares son mutuamente incompatibles en algún aspecto” (p.77).

Esta definición, continúa siendo un punto de referencia en las investigaciones sobre conciliación vida laboral y familiar, ya que enfatiza un aspecto fundamental para la comprensión de estos dominios: la bidireccionalidad existente entre el trabajo y la familia. A partir de esta idea, se han identificado dos tipos de conflicto: uno en el que el trabajo interfiere en la familia, y otro en el que la familia interfiere en el trabajo⁶. En concreto, el conflicto trabajo-familia ocurre cuando las tareas laborales interfieren con las familiares, como el hecho de tener que llevar trabajo a casa alterando la dinámica y la interacción familiar. Por otra parte, el conflicto familia-trabajo tiene lugar cuando el desempeño de responsabilidades familiares obstaculiza las tareas laborales, como el tener que cancelar una reunión porque un hijo se ha puesto enfermo. Se trata de dos procesos diferentes, cada uno de ellos con sus propios mecanismos específicos.

Los investigadores están interesados en examinar ambos dominios y cómo las experiencias en un dominio afectan al otro. Sin embargo, la mayoría de estudios se han centrado en la dirección trabajo-familia, principalmente porque suele ser el tipo de conflicto que se produce con mayor frecuencia. Los muros entre la vida laboral y familiar parecen ser asimétricamente permeables, es decir, con frecuencia dejamos que los problemas en el trabajo afecten a nuestra vida familiar, sin embargo, cuando tenemos un problema relacionado con nuestra vida privada, hacemos todo lo posible por dejarlo a un lado y que éste no interfiera en nuestras responsabilidades laborales⁷.

Para entender mejor el fenómeno del conflicto trabajo-familia, es necesario atender a los factores que dan origen al problema, así como a los efectos que produce. Además, este análisis se debe realizar desde una perspectiva transaccional, considerando la experiencia de conflicto como un proceso en el que intervienen diversas variables que afectan la fuerza de las relaciones entre los antecedentes, el conflicto, y las consecuencias. Este proceso es el que se analiza en los siguientes apartados.

Factores antecedentes del conflicto trabajo-familia

Numerosos estudios se han centrado en analizar las relaciones entre distintas demandas y ambos tipos de conflicto. Puesto que las relaciones entre el trabajo y la familia son bidireccionales, es necesario identificar también dos tipos de demandas con el objetivo de esclarecer las conexiones entre estos dos ámbitos: las demandas laborales y las demandas familiares. El interés por examinar los antecedentes de ambos tipos de conflicto, se ha apoyado generalmente en la teoría del rol, desarrollada por Kahn y colaboradores⁸, convirtiéndose en una de las más extendidas en este campo de investigación.

El argumento central de esta teoría es que las personas desempeñan diferentes roles que se corresponden con determinadas expectativas. Sin embargo, cuando las personas se enfrentan a diversas demandas, teniendo que desempeñar múltiples roles a la vez, resulta muy complicado cumplir las expectativas de todos esos roles, por lo que es probable que se experimente conflicto. Por ejemplo, cuando tienen que desempeñar el rol de padres y de trabajadores, pueden surgir conflictos, ya que éstos pueden ser incompatibles en muchos momentos.

Se ha demostrado que los mejores predictores del conflicto trabajo-familia son las demandas laborales, mientras que los mejores predictores del conflicto familia-trabajo son las demandas familiares⁹. De hecho, en un reciente meta-análisis basado en 1080 correlaciones procedentes de 178 muestras, se vuelve a reflejar este patrón¹⁰.

En cuanto a las demandas laborales, la más ampliamente estudiada ha sido el número de horas de trabajo. Diversas investigaciones han demostrado que cuantas más horas trabaja una persona, mayores niveles de conflicto trabajo-familia experimenta¹¹. El trabajo a turnos y en horario nocturno también dificulta la conciliación entre la vida laboral y familiar. Este tipo de jornadas afecta las relaciones personales de los trabajadores e interfieren en el desempeño de sus actividades domésticas¹².

Con respecto a otros estresores, los resultados del estudio de Boyar, Maertz Jr., Pearson y Keough¹³ muestran que la sobrecarga y el conflicto de rol se asocian de forma positiva con el conflicto trabajo-familia. En España, Marín, Infante y Rivero¹⁴ encontraron que el principal predictor del conflicto trabajo-familia era la sobrecarga, seguida de la ambigüedad y el conflicto de rol.

Pero tal como se ha comentado previamente, las demandas laborales no son las únicas que pueden conducir a un conflicto, puesto que éste es bidireccional, las demandas familiares también pueden obstaculizar el desempeño de las tareas laborales. En general, las demandas familiares más estudiadas se relacionan con la estructura familiar, es decir, si la persona convive con su pareja, si tienen hijos, o si hay personas mayores a su cargo¹⁵. De estas demandas, parece que la carga que supone el cuidado de los hijos, es la que conduce a mayores niveles de conflicto familia-trabajo¹⁶.

Las consecuencias del conflicto trabajo-familia

El conflicto trabajo-familia ha sido considerado en sí mismo como una fuente de estrés que tiene una serie de consecuencias a nivel organizacional y familiar. En un meta-análisis realizado en 2007 por Ford, Heinen y Langkamer¹⁷, se ha encontrado que cada tipo de conflicto conduce a efectos negativos en el otro dominio (por ejemplo, el conflicto trabajo-familia conduce a insatisfacción familiar, mientras que el conflicto familia-trabajo conduce a insatisfacción laboral). Sin embargo, algunos autores han encontrado que también pueden existir efectos dentro del mismo dominio.

Por ejemplo, el conflicto trabajo-familia también puede conducir a menores niveles de satisfacción laboral¹⁸, así como a mayor intención de abandonar la empresa¹⁵. Un punto clave dentro del estudio de las consecuencias del conflicto, es analizar su efecto sobre la salud y el bienestar del trabajador. En este caso, las investigaciones realizadas parecen coincidir en que ambos tipos de conflicto se asocian con mayores niveles de tensión psicológica¹⁹.

Por su parte, Lapierre y Allen²⁰ han distinguido entre bienestar afectivo y bienestar físico. El bienestar físico hace referencia exclusivamente a síntomas somáticos (p.e. fatiga, dolor de cabeza, náuseas), mientras que el bienestar afectivo se relaciona con emociones negativas como ansiedad, depresión o irritabilidad. Estos autores encontraron una relación negativa entre estos dos tipos de bienestar y el conflicto trabajo-familia.

Por lo tanto, cuando las energías empleadas en el trabajo te impiden dedicarte a tus responsabilidades familiares, es más probable que se experimenten síntomas físicos y emociones negativas. Por su parte, Mauno, Kinnunen y Pyykkö²¹ distinguieron tres dimensiones del bienestar: síntomas físicos, agotamiento (para referirse a síntomas de carácter emocional) y estado de ánimo negativo en el trabajo. Los resultados demuestran que el conflicto trabajo-familia se relaciona positivamente con estas tres dimensiones.

Por último, otra variable ampliamente estudiada ha sido el bienestar subjetivo de la persona. Este término, hace referencia al grado de satisfacción que las personas tienen con su vida. La mayoría de estudios que han analizado esta variable, han encontrado que aquellas personas que experimentan altos niveles de conflicto suelen estar menos satisfechas con su vida en general²².

VARIABLES MODERADORAS DEL PROCESO DE CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA: DE LA ORGANIZACIÓN A LA PERSONA

El estudio de este proceso quedaría incompleto si no se analizara qué variables pueden estar modificando las relaciones entre las demandas y el conflicto, así como entre el conflicto y sus consecuencias. En este sentido, las investigaciones han tratado de analizar qué puede hacer la organización, qué puede hacer el entorno familiar del trabajador, así como qué variables de la persona pueden influir en el proceso. Estas tres perspectivas son interesantes y tienen implicaciones prácticas para la prevención y la intervención.

A nivel organizacional

A nivel organizacional, las políticas de conciliación que ofrece una empresa (p.e. flexibilidad de horarios o teletrabajo), se han estudiado como variables moderadoras especialmente entre los estresores laborales y el conflicto trabajo-familia. Por ejemplo, Luk y Shaffer^{1 6} encontraron que aquellas personas que trabajaban muchas horas pero contaban con políticas de conciliación en su empresa, mostraban niveles más bajos de conflicto trabajo-familia.

Además, el apoyo recibido por parte del supervisor ha sido otro objetivo central de estudio. Por ejemplo, un supervisor con el que se puede comentar problemas relacionados con la familia y es flexible cuando surgen problemas relacionados con la vida privada de los empleados, conseguirá hacer que el entorno laboral resulte menos estresante. De hecho, se ha demostrado que dadas las mismas condiciones laborales, existe un nivel más bajo de conflicto trabajo-familia entre aquellas personas que cuentan con el apoyo del supervisor^{2 3}.

Las percepciones del trabajador con respecto al apoyo recibido son también una variable que está atrayendo una gran atención en los últimos años^{2 4}. Así pues, no son suficientes las políticas de conciliación formales, escritas en un papel, sino que la persona tiene que sentir que está recibiendo el apoyo de su supervisor en los asuntos de conciliación trabajo-familia^{2 5}.

A nivel familiar

Determinadas variables relacionadas con la familia también pueden moderar las relaciones existentes en el proceso de conflicto. En concreto, las variables más estudiadas han sido el apoyo social y el nivel de implicación psicológica en la familia.

Aryee y colaboradores^{2 6} analizaron el papel del apoyo de la pareja en una muestra de empleados de Hong Kong. Los resultados demostraron que aquellas personas con un gran número de responsabilidades familiares, tenían un menor nivel de conflicto familia-trabajo cuando contaban con el apoyo de sus parejas. En un estudio realizado con mujeres en Malasia se encontró que aquellas mujeres que trabajaban un elevado número de horas, experimentaban menos conflicto trabajo-familia si contaban con el apoyo de sus maridos^{2 7}.

La implicación psicológica en la familia también puede atenuar o exacerbar el nivel de conflicto. Esta variable hace referencia a la importancia que tiene para la persona el dedicarse a sus roles familiares, lo cual puede tener efectos positivos o negativos sobre el conflicto. Por ejemplo, Frone y Rice^{2 8} encontraron que el nivel de implicación en casa actuaba como una variable moderadora entre el nivel de implicación en el trabajo y el nivel de conflicto trabajo-familia. Lo que estos resultados sugieren es que aquellas personas que están muy implicadas en sus trabajos tienen más dificultades para equilibrar su vida laboral y familiar si además están muy implicadas en sus roles familiares.

Variables personales

Las características de personalidad han recibido atención en el campo del conflicto trabajo-familia. Este tipo de variables se examinan para demostrar por qué ante los mismos estresores, no todas las personas experimentan el mismo nivel de conflicto. Diversos estudios han encontrado un efecto moderador de ciertas características de personalidad, bien entre los antecedentes y el conflicto, o entre el conflicto y las consecuencias. Por ejemplo, la estabilidad emocional amortigua los efectos negativos del conflicto trabajo-familia sobre el agotamiento y la depresión^{2 9}.

Por último, las estrategias de afrontamiento son sin duda un área importante a explorar. Cuando la persona se enfrenta a una situación de conflicto, trata de poner en marcha una serie de acciones para superar los obstáculos. Pero ¿son esas acciones adecuadas? ¿Ayudan realmente a enfrentarse a la situación? En un estudio llevado a cabo con trabajadores finlandeses, se ha encontrado que la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción amortiguaba los efectos de un alto nivel de conflicto familia-trabajo sobre la insatisfacción laboral. Sin embargo, esta misma estrategia, afectaba los niveles de satisfacción familiar^{3 0}.

En general, los estudios llevados a cabo con variables de la persona, muestran resultados a veces incluso contradictorios, que nos deben hacer reflexionar sobre la complejidad de este proceso. Como vemos, el número de variables intervinientes es amplio, y están emergiendo nuevos trabajos cuyo objetivo es alcanzar una mayor comprensión de este fenómeno. Entre las líneas más actuales sobre conflicto trabajo-familia y en general sobre la dinámica del estrés laboral, se encuentra un concepto que parece clave para amortiguar los efectos de los estresores. Se trata del concepto de "recuperación del estrés", que trataremos en el siguiente apartado.

ÚLTIMAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: EL CONCEPTO DE RECUPERACIÓN

El concepto de recuperación es definido por Geurts y Sonnentag^{3 1} como "*un proceso de relajación psicofisiológica tras la exposición a una situación que requiere un esfuerzo*" (p.485). Desde este punto de vista, la recuperación puede considerarse como un proceso opuesto al proceso de estrés^{3 2}.

En el campo del conflicto trabajo-familia, se han empleado varios de estos términos, sin embargo, ninguno de estos estudios han recogido exactamente la experiencia de recuperación como una variable que interviene en el proceso de conflicto. Por ejemplo, el conflicto trabajo-familia tiene importantes implicaciones para la salud, como el desarrollo de una elevada necesidad de recuperación y un mayor nivel de fatiga^{3 3}. Por su parte, Taris y colaboradores^{3 4} utilizaron el término de "oportunidades de recuperación", para hacer referencia al hecho de que las personas con altos niveles de conflicto trabajo-familia, tienen menos oportunidades para recuperarse, ya que el esfuerzo invertido en conseguir conciliar estos ámbitos, dificulta o incluso impide esta recuperación. Por tanto, aunque hacen referencia a que el conflicto reduce las oportunidades para recuperarse, no utilizan ninguna medida específica de recuperación. De hecho, en el campo del conflicto-trabajo familia, la recuperación aún no se ha considerado como una variable central que puede tener un papel importante en el proceso.

Cuando hablamos de recuperación, en realidad podemos hablar de varios tipos en función de cuándo y cómo ésta tenga lugar. Así pues, podemos realizar una distinción en función de si la recuperación tiene lugar en un contexto laboral, lo cual se conoce como recuperación interna, o en un

contexto no laboral, conocido como recuperación externa³¹.

La recuperación interna se refiere a aquellos descansos que se realizan durante la jornada laboral, como una parada para tomar un café o para comer. Estos descansos son importantes para contrarrestar la fatiga y poder mantener un rendimiento adecuado. De hecho, se ha encontrado que la ausencia de estos descansos breves explica al menos parcialmente las altas tasas de estrés entre las personas que trabajan en una oficina³⁵. Por otra parte, la recuperación externa es aquella que tiene lugar una vez finalizada la jornada laboral. Este tipo de recuperación es importante porque con frecuencia, la recuperación interna no es suficiente, y es necesario que las personas tengan además la oportunidad de recuperarse tras el esfuerzo realizado en el trabajo, ya sea durante las horas restantes del día, durante los fines de semana, o durante períodos más largos como las vacaciones.

Diversos estudios han demostrado cómo la recuperación externa se relaciona positivamente con el bienestar de los empleados así como con su compromiso laboral y su rendimiento. Por ejemplo, cuando se realizan actividades positivas durante las vacaciones como tomarse tiempo para relajarse o aprender cosas nuevas, posteriormente aumentan los niveles de bienestar y de rendimiento. Sin embargo, si durante este período la persona tiene que enfrentarse a otra serie de situaciones estresantes aunque sea fuera del entorno laboral, aumenta el cansancio, y la persona tiene que realizar un esfuerzo mayor al incorporarse de nuevo a la rutina³⁶.

Los efectos negativos de la falta de recuperación también se han encontrado en períodos más cortos de tiempo. De hecho, las experiencias vividas durante el fin de semana o incluso en las horas posteriores a la jornada laboral, pueden ser de gran importancia para mantener el bienestar y un nivel óptimo de rendimiento.

Por ejemplo, se ha demostrado que aquellas personas que realizan actividades de ocio tras su jornada laboral, al día siguiente muestran mayores niveles de compromiso y son más proactivos en su trabajo³⁷.

¿Cómo podemos sentirnos recuperados? La importancia de las experiencias psicológicas subyacentes

Un punto clave para estudiar la experiencia de la recuperación es comprender por qué determinadas actividades ayudan a la persona a sentirse recuperada. Hasta el momento, los estudios analizan distintos tipos de actividades, pero no las experiencias psicológicas subyacentes. Tal y como Sonnentag y Fritz³² proponen, no es una actividad en sí misma la que ayuda a la persona a recuperarse de una situación de estrés, sino que es el proceso psicológico que subyace, como la sensación de relajación o de desconexión, lo que hace que la persona se sienta recuperada. Por tanto, aunque una persona opte por actividades pasivas de ocio, mientras que otra prefiere realizar ejercicio físico, ambas pueden sentirse recuperadas si a través de dicha actividad han conseguido relajarse y renovar sus recursos. Lo importante entonces no es tanto la actividad concreta que se realiza, si no el tener la capacidad de desconectar del trabajo, relajarse, expresar las emociones, en definitiva, “desahogarse” y “renovarse” ya sea a nivel cognitivo, conductual o emocional, para sentirse mejor. Estas autoras proponen cuatro “experiencias” de recuperación que se relacionan con mayores niveles de bienestar psicológico: (a) distanciamiento psicológico del trabajo, (b) relajación, (c) actividades enriquecedoras y (d) control sobre el tiempo libre (ver [Tabla I](#)).

Tabla I. Experiencias de Recuperación

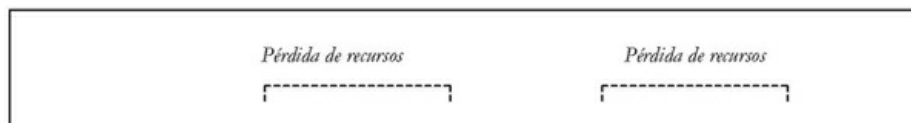
Distanciamiento psicológico del trabajo	Alejamiento de la rutina laboral, desde un punto de vista no sólo físico sino también psicológico. Implica centrarse en otro tipo de actividades distintas de las desarrolladas en el trabajo, de modo que los sistemas que están activos mientras la persona se enfrenta a una demanda laboral, puedan permanecer inactivos por un tiempo
Relajación	Se refiere al estado producido por la persona para disminuir de forma voluntaria su estado de tensión y estrés. Este estado de relajación, se caracteriza por una baja activación y un elevado afecto positivo
Búsqueda de retos	Hace referencia a la realización de actividades que suponen un reto para la persona y son por tanto un medio para sentirse motivado y buscar la superación personal. Por ejemplo, aprender un idioma o practicar un nuevo deporte puede considerarse una forma de recuperación de este tipo ya que ayuda a adquirir nuevas competencias
Control sobre el tiempo libre	El control se describe como la habilidad de la persona para elegir entre dos o más opciones. En este caso particular, se refiere al grado en el que una persona puede decidir qué actividad llevar a cabo durante su tiempo libre, así como cuándo y cómo llevarla a cabo.

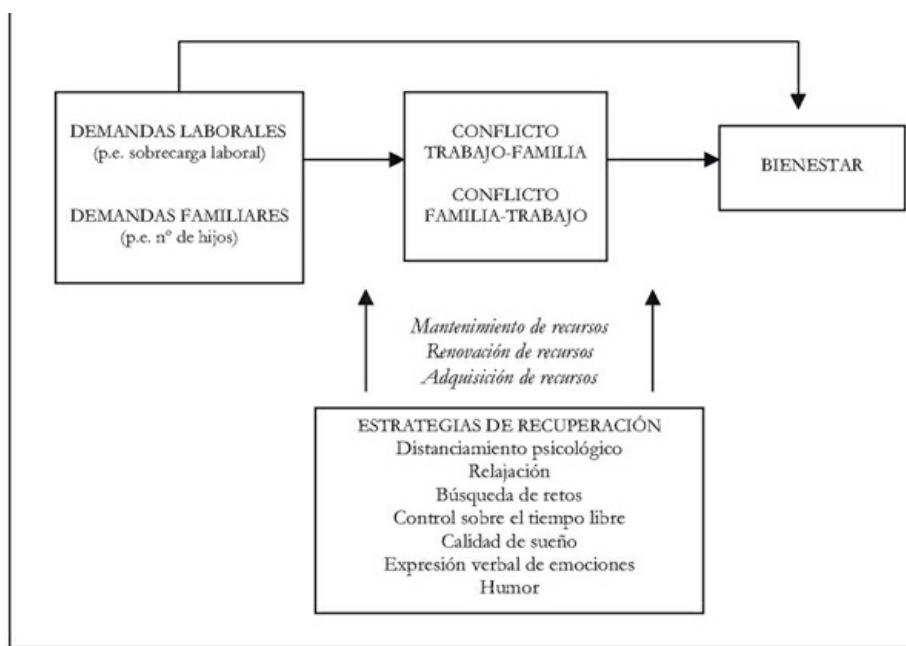
De las variables que facilitan la recuperación, la más analizada ha sido el distanciamiento psicológico del trabajo. Por ejemplo, los estudios de diario realizados por el equipo de la Dra. Sonnentag muestran que las personas que se distancian psicológicamente del trabajo tienen mejor humor y experimentan menos fatiga al final del día que aquellos que continúan pensando en asuntos laborales^{38, 39}.

La investigación reciente está demostrando que la recuperación tiene una conexión importante con el conflicto trabajo-familia. Por ejemplo, se ha encontrado que el distanciamiento psicológico atenúa los efectos negativos del conflicto trabajo-familia sobre la salud⁴⁰. La calidad de sueño, también ejerce un papel amortiguador, reduciendo los efectos negativos del conflicto familia-trabajo sobre la sintomatología psicológica⁴¹.

Por lo tanto, cabe plantearse un modelo en el que se analicen diversas actividades y estrategias de recuperación, como variables moderadoras en el proceso de conflicto trabajo-familia. En la [Figura 1](#), se proponen una serie de efectos directos de las demandas sobre el conflicto trabajo-familia, que a su vez tiene una serie de consecuencias. Aparte de estos efectos directos, lo que interesa especialmente es el análisis de qué puede hacer la persona para recuperarse de la pérdida de recursos que supone el enfrentarse a las demandas laborales y familiares y evitar su impacto negativo en el bienestar.

Figura 1. Modelo del Proceso de Recuperación en el Ámbito del Conflicto Trabajo-Familia.





Al ser una línea de investigación incipiente, es importante que las nuevas investigaciones traten de ir más allá, examinando posibles actividades y estrategias que también se puedan considerar dentro del estudio de la recuperación. Así pues, proponemos ampliar el rango de variables que pueden facilitar la recuperación, incluyendo por ejemplo la calidad de sueño, la expresión verbal de emociones, o el humor, entre otras.

Se trata de darle un papel agente y activo a la persona y analizar qué capacidades se pueden desarrollar para que consiga una relación positiva entre su vida laboral y familiar, o al menos para que viva la experiencia de conflicto de la mejor manera posible. Este modelo se enmarca dentro de dos teorías relacionadas con la conciliación trabajo-familia y la recuperación: la Teoría de la Conservación de Recursos de Hobfoll ⁴² y el Modelo de Esfuerzo-Recuperación de Meijman y Mulder ⁴³. La idea central es que, la variedad de actividades y estrategias de recuperación existentes, a través del mantenimiento, la adquisición, y/o la renovación de recursos, podrían amortiguar (1) los efectos negativos de las demandas sobre ambas direcciones del conflicto así como (2) los efectos negativos del conflicto sobre el bienestar.

Por una parte, la Teoría de la Conservación de Recursos argumenta que el conflicto trabajo-familia conduce a problemas de salud debido a los recursos que se pierden tratando de conseguir un equilibrio entre ambos dominios. Además, tiene en cuenta las variables personales como variables importantes que ayudan a reducir los efectos del conflicto. En este caso, el distanciamiento psicológico del trabajo, la expresión verbal de las emociones, o la calidad de sueño, serían formas de recuperar los recursos invertidos e incluso de adquirir otros nuevos.

Por otra parte, el Modelo de Esfuerzo-Recuperación es útil ya que nos da la base para comprender la importancia de los procesos de recuperación en el contexto de la conciliación trabajo-familia. El estar expuesto a una situación demandante en la que tienes dificultades para atender a todas tus responsabilidades, supone un esfuerzo para la persona. Si no existe un modo de recuperarse de ese esfuerzo para volver a una línea base, la persona entrará en un círculo vicioso en el que cada vez le resultará más complicado enfrentarse a ese conflicto, por lo que finalmente, tendrá mayores problemas de salud y un menor bienestar. Se espera que en el futuro, puedan aparecer diseños más completos que permitan analizar el proceso de conflicto trabajo-familia desde una perspectiva novedosa como es la que ofrece el campo de la recuperación del estrés.

PRINCIPALES LÍNEAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Los resultados de los estudios aquí presentados subrayan la importancia de reducir las demandas e incrementar la recuperación del estrés. Para conseguirlo, es necesario desarrollar intervenciones específicas dirigidas a reducir los estresores, así como ayudar a las personas a desarrollar habilidades y estrategias para enfrentarse a ellos. Así pues, las intervenciones sobre el estrés laboral deben producirse a dos niveles: organizacional e individual. A continuación exponemos las principales líneas de prevención e intervención considerando que la combinación entre ambos niveles es la mejor vía para enfrentarnos a las demandas diarias y mejorar el bienestar.

A nivel organizacional

Las organizaciones tienen una función capital en el fomento de la conciliación trabajo-familia y de los procesos de recuperación. Se ha reconocido ampliamente que uno de los primeros pasos que las organizaciones deben dar para reducir el nivel de estrés de los trabajadores es un correcto diseño del puesto de trabajo, definiendo claramente las tareas a realizar, ajustando las tareas laborales al tiempo disponible así como a las capacidades del trabajador.

En este sentido, son pilares básicos el desarrollo de políticas de conciliación como los horarios flexibles, o el teletrabajo. Es importante que exista una limitación de los tiempos reales de trabajo, dotando al trabajador con autonomía y apoyándole en las necesidades familiares. Tengamos en cuenta además la importancia de ofrecer la oportunidad de tomarse un descanso durante la jornada laboral, ya que como vimos anteriormente es de vital importancia para reducir el agotamiento. Pero además de las oportunidades de recuperación interna, las organizaciones deberían fomentar la recuperación externa. Por ejemplo, ofertar actividades de ocio o bien organizar actividades sociales o deportivas son algunas de las estrategias que diversas organizaciones ya han empezado a implementar.

Por último, informar y formar a los trabajadores sobre el proceso de estrés y recuperación, dotándoles de herramientas para gestionarlos, es otra práctica que repercutirá positivamente tanto en la empresa como en el trabajador. Algunos de los talleres que se pueden implementar, irían en línea con intervenciones que también se pueden llevar a nivel individual y que comentaremos en la sección siguiente, como el manejo del estrés, la gestión del tiempo de trabajo, o la identificación y planificación de estrategias de recuperación. Por ejemplo, conocer qué están haciendo hasta el momento las personas para intentar recuperarse, e identificar si esto les está resultando realmente útil, es un modo de analizar sus estrategias y poner en práctica aquellas que puedan resultarles más adecuadas en función de su situación.

Para llevar a cabo todas estas medidas, la cultura de la organización debe ser flexible y basada en una comunicación abierta. Esa apertura implica mirar no sólo a la productividad directa sino a los recursos humanos a medio y largo plazo. La capacitación para la organización del tiempo laboral y la extensión y desarrollo de un tiempo personal son dos de los grandes medios de que disponen para ello.

A nivel individual

A pesar de la importancia de tomar medidas a nivel organizacional, centrarse sólo en esta área no siempre es suficiente. De hecho, hay todavía un número elevado de empresas que no atienden a todas estas medidas de forma conjunta, dentro de un plan estratégico más amplio. En los últimos años, debido a la crisis económica, aspectos como las políticas de conciliación, están quedando relegadas a un segundo plano. En otros casos, simplemente no se implementan prácticas de flexibilidad de horarios o reducción de carga de trabajo porque la cultura establecida no reconoce la importancia de dichas medidas. Otro último aspecto a resaltar, es que en otras ocasiones, a esto se une la dificultad de la persona para desarrollar determinadas estrategias de manejo del estrés, o incluso tiene demandas por parte de otras fuentes, como la familia, que hacen aún más difícil atender a todos los estresores. Por eso, es necesario también realizar una prevención e intervención a nivel individual. Dentro de esta planificación, se establecerían objetivos en función de las áreas más problemáticas.

Por ejemplo, para una persona una línea de prevención podría ser la gestión del tiempo, de modo que consiga un control sobre su tiempo libre. Covey, Merrill y Merrill ^{4 4} propusieron focalizarse en la idea de que no hay que centrarse en cómo hacer más en menos tiempo, sino que lo que te ayuda a organizarte realmente bien, tanto en el trabajo como en tu vida, es identificar lo que realmente te importa. Esto implica una revisión de tus prioridades, y de tus valores, que debe trabajarse como una intervención a nivel individual y no sólo organizacional como podrían ser las tres primeras categorías. Además de la gestión del tiempo, autores como Sonnentag y Bayer ^{3 8} han sugerido diversas técnicas para desconectar psicológicamente, como ejercicios de relajación, o entrenamiento para desarrollar “flow” durante el tiempo libre, es decir, para conseguir que la persona esté inmersa y con la atención focalizada en lo que hace en ese momento.

El objetivo es ayudar a la persona a que desarrolle de modo eficaz estas estrategias. En España, ya se ha enfatizado previamente la necesidad de realizar entrenamiento del manejo del estrés en el ámbito laboral, tanto a nivel individual como a nivel grupal, incluyendo cuatro estrategias: relajación, reestructuración cognitiva, ensayo de habilidades y solución de problemas ^{4 5}. La prevención e intervención por tanto, deben realizarse en un marco más amplio en el que la propia sociedad sea consciente de que el bienestar de las personas no es algo que deba solucionarse de forma exclusivamente privada. En el ámbito laboral, las empresas tienen una parte importante de responsabilidad, y desde la Salud Laboral, se intenta fomentar el desarrollo de organizaciones saludables, que en realidad se traduce en la existencia de personas saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno-Jiménez B, Báez C. Factores y riesgos psicosociales: Formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: <http://www.insht.es>.
2. GPI Consultores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Estudio sobre la conciliación de la vida familiar y la vida laboral: Situación actual, necesidades y demandas. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer>.
3. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de hombres y mujeres (B.O.E. núm. 071 de 23/03/2007).
4. Pleck JH. The work-family role system. *Soc Probl.* 1977; 24(4): 417-427.
5. Greenhaus J, Beutell N. Sources of conflict between work and family roles. *Acad Manage Rev.* 1985; 10(1): 76-88.
6. Frone MR, Russell M, Cooper ML. Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *J Appl Psychol.* 1992; 77(1): 65-78.
7. Frone MR, Russell M, Cooper ML. Prevalence of work-family conflict: Are work and family boundaries asymmetrically permeable? *J Organ Behav.* 1992; 13(7):723-729.
8. Kahn RL, Wolfe DM, Quinn RP, Snoek JD, Rosenthal RA. *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity.* New York: Wiley, 1964.
9. Aryee S, Field D, Luk V. A cross-cultural test of a model of the work-family interface. *J Manage.* 1999. 25(4): 491-511.
10. Michel JS, Kotrba LM, Mitchelson JK, Clark MA, Baltes BB. Antecedents of work-family conflict: A meta-analytic review. *J Organ Behav.* 2011; 32(5): 689-725.
11. Kinnunen U, Feldt T, Geurts S, Pulkkinen L. Types of work-family interface: Well-being correlates of negative and positive spillover between work and family. *Scand J Psychol.* 2006; 47: 49-162.
12. Van Hooft M, Geurts S, Kompier M, Taris T, Houtman I, Van den Heuvel F. Disentangling the causal relationships between work-home interference and employee health. *Scand J Work Environ Health.* 2005; 31(1): 15-29.
13. Boyar SL, Maertz Jr CP, Pearson AW, Keough S. Work-family conflict: A model of linkages between work and family domain variables and turnover intentions. *Journal of Managerial Issues.* 2003; 15(2): 175-190.
14. Marín M, Infante E, Rivero M. Presiones internas del ámbito laboral y/o familiar como antecedentes del conflicto trabajo-familia. *Revista de Psicología Social.* 2002; 17(1): 103-112.
15. Anderson SE, Coffey BS, Byerly RT. Formal organizational initiatives and informal workplace practices: Links to work-family conflict and job-related outcomes. *J Manage.* 2002; 28(6): 787-810.
16. Luk DM, Shaffer MA. Work and family domain stressors and support: Within-and cross-domain influences on work-family conflict. *J Occup Organ Psychol.* 2005; 78(4): 489-508.
17. Ford MT, Heinen BA, Langkamer KL. Work and family satisfaction and conflict: A meta-analysis of cross-domain relations. *J Appl Psychol.* 2007; 92(1): 57-80.
18. Boyar SL, Mosley Jr. DC. The relationship between core self-evaluations and work and family satisfaction: The mediating role of work-family conflict and facilitation. *J Vocat Behav.* 2007; 71(2): 265-281.
19. Graves LM, Ohlott PJ, Ruderman MN. Commitment to Family Roles: Effects on Managers' Attitudes and Performance. *J Appl Psychol.* 2007; 92(1): 44-56.
20. Lapiere LM, Allen TD. Work-supportive family, family-supportive supervision, use of organizational benefits, and problem-focused coping: Implications for work-family conflict and employee well-being. *J Occup Health Psychol.* 2006; 11(2): 169-181.
21. Mauno S, Kinnunen U, Pykkö M. Does work-family conflict mediate the relationship between work-family cultura and self-reported distress? Evidence from five Finnish organizations. *J Occup Organ Psychol.* 2005; 78(4): 509-530.
22. Hill EJ. Work-family facilitation and conflict, working fathers and mothers, work-family stressors and support. *J Fam Issues.* 2005; 26(6): 793-819.
23. Goff SJ, Mount MK, Jamison RL. Employer supported child care, work-family conflict and absenteeism: a field study. *Pers Psychol.* 1990; 43(4):7 93-809.
24. Kossek EE, Pichler S, Bodner T, Hammer LB. Workplace social support and work-family conflict: A meta-analysis clarifying the influence of general and work-family-specific supervisor and organizational support. *Pers Psychol.* 2011; 64(2): 289-313.
25. Hammer L, Kossek E, Yragui N, Bodner T, Hanson G. Development and validation of a multidimensional measure of family-supportive supervisor behaviors. *J Manage.* 2009; 35(4): 837-856.
26. Aryee S, Luk V, Leung A, Lo S. Role stressors, interrole conflict, and well-being: The moderating influence of spousal support and coping behaviors among employed parents in Hong Kong. *J Vocat Behav.* 1999; 54(2): 259-278.
27. Noor NM. The moderating effect of spouse support of the relationship between work variables and women's work-family conflict. *Psychologia.* 2002; 45(1):12-23.
28. Frone MR, Rice RW. Work-family conflict: The effect of job and family involvement. *J Occup Behav.* 1987; 8: 45-53.
29. Kinnunen U, Vermulst A, Mäkikangas A. Work-family conflict and its relations to well-being: The role of personality as a moderating factor. *Pers Individ Dif.* 2003; 35(7): 1669-1683.
30. Rantanen M, Mauno S, Kinnunen U, Rantanen J. Do individual coping strategies help or harm in the work-family conflict situation? Examining coping as a moderator between work-family conflict and well-being. *Int J Stress Manag.* 2011; 18(1): 24-48.

31. Geurts S, Sonnentag S. Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32(6): 482-492.
32. Sonnentag S, Fritz C. The Recovery Experience Questionnaire: Development and Validation of a Measure for Assessing Recuperation and Unwinding from Work. *J Occup Health Psychol*. 2007; 12(3): 204-221.
33. Jansen NW, Kant I, Kristensen TS, Nijhuis FJ. Antecedents and consequences of work-family conflict: A prospective cohort study. *J Occup Environ Med*. 2003; 45(5): 479-491.
34. Taris T, Beckers D, Verhoeven L, Geurts S, Kompier M, Van der Linden D. Recovery opportunities, work-home interference, and well-being among managers. *Eur J Work Organ Psychol*. 2006; 15(2): 139-157.
35. Dembe AE. The changing nature of office work: Effects on repetitive strain injuries. *Occup Med*. 1999; 14(1): 61-72.
36. Fritz C, Sonnentag S. Recovery, well-being, and performance-related outcomes: The role of workload and vacation experiences. *J Appl Psychol*. 2006; 91(4): 936-945.
37. Sonnentag S. Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between nonwork and work. *J Appl Psychol*. 2003; 88(3): 518-528.
38. Sonnentag S, Bayer U. Switching off mentally: Predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time. *J Occup Health Psychol*. 2005; 10(4): 393-414.
39. Sonnentag S, Binnewies C, Mojza EJ. Did you have a nice evening? A day-level study on recovery experiences, sleep, and affect. *J Appl Psychol*. 2008; 93(3): 674-684.
40. Moreno-Jiménez B, Mayo M, Sanz-Vergel AI, Geurts S, Rodríguez-Muñoz A, Garrosa E. Effects of work-family conflict on employee's well-being: The moderating role of recovery strategies. *J Occup Health Psychol*. 2009; 14(4): 427-440.
41. Sanz-Vergel AI, Demerouti E, Mayo M, Moreno-Jiménez B. Work-home interaction and psychological strain: The moderating role of sleep quality. *Appl Psychol-Int Rev*. 2011; 60(2): 210-230.
42. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol*. 1989; 44(3): 513-524.
43. Meijman TF, Mulder G. Psychological aspects of workload. En Drenth PJD, Thierry H. (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology* (Vol. 2: Work psychology, pp. 5-33). Hove, Inglaterra: Psychology Press; 1998.
44. Covey S, Merrill R, Merrill R. *First things first*. Nueva York: Simon & Schuster; 1994.
45. Kareaga, A. Afrontamiento del estrés en las organizaciones: Un programa de manejo a nivel individual/grupal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2004; 20(1):77-93.

Salud laboral y salud mental en población trabajadora inmigrante

Occupational health and mental health in migrant worker population

Macarena Gálvez Herrero ¹, María Dolores Gutiérrez García ¹, Nuria Zapico Martínez ²

1. Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE-PAIPSE). Comunidad Autónoma de Madrid. España.

2. Experta en Derecho Penal y Extranjería. Madrid. España.

Correspondencia:

Macarena Gálvez Herrero
UVOPSE-PAIPSE
Pabellón 8, Ciudad Universitaria
28040 Madrid. España.
Tfno.: +34 913303926
E-mail: mgalvez.hcsc@salud.madrid.org

Resumen

La motivación laboral es la principal razón del fenómeno migratorio. Supone romper barreras culturales, idiomáticas, tradiciones y vínculos afectivos, planteando a su vez retos personales, familiares, sociales y culturales, tanto en la sociedad de origen como en la receptora. Los procesos migratorios no suponen por sí mismos problemas de salud mental, pero sí plantean situaciones de alta vulnerabilidad y retos de integración.

Partiendo de una conceptualización de la salud mental como un bienestar físico, psicológico y social, en el presente artículo revisaremos la situación de esa fuerza trabajadora atendiendo a la complejidad de su situación legal, social y laboral y cómo todo ello se relaciona con su salud mental y salud laboral.

Palabras Clave: Trabajador inmigrante; salud mental; salud laboral.

Abstract

Working motivation is the main reason of the migratory phenomenon. It means breaking with cultural, social and language barriers, both in the society of origin as in the receiving. Migration processes do not themselves involve mental health problems, but they raise situations of high vulnerability and challenges of integration.

Based on a conceptualization of mental health as the physical, psychological and social well-being, in the present article we will review the legal status, social and labour, and how this relates to their mental and occupational health.

Key Words: Migrant worker; mental health; occupational health.

*“Queríamos mano de obra,
y llegaron personas”
(Max Frisch, 1965).*

INTRODUCCIÓN

Según la Declaración Universal de Derechos Humanos ¹ “*Toda persona tiene derecho a circular libremente y elegir su residencia en el territorio de un Estado (Art. 13); posee además “...derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo” (Art. 23).* Los procesos migratorios son una cuestión de derecho, de economía de mercados, de globalización... pero sobretodo, son una cuestión que implica a personas.

Salir del país de origen para establecerse en otro lugar puede responder a múltiples motivaciones: académicas, económicas, políticas, religiosas o medioambientales (catástrofes naturales por ejemplo), pero la motivación laboral es la principal razón del fenómeno migratorio. Supone romper barreras culturales e idiomáticas, tradiciones y vínculos afectivos; planteando a su vez retos personales, familiares, sociales y culturales, tanto en la sociedad de origen como en la receptora. Los procesos migratorios no suponen por sí mismos problemas de salud mental, pero sí plantean situaciones de alta vulnerabilidad y retos de integración.

En el ámbito laboral, España ha sido un país principalmente emigrante. Hasta la década de los 60, América fue el principal receptor de trabajadores españoles, a partir de esas fechas, el desarrollo industrial de países europeos como Alemania, Francia o Suiza, les convirtió en el destino principal de parte de nuestra fuerza trabajadora, que comenzó a regresar progresivamente en flujos de retornados a partir de 1975. Finalmente, en la última década del siglo xx, se produce un importante cambio migratorio, convirtiéndose en un país de acogida. Recientemente, durante el año 2010, se ha producido el primer descenso de población extranjera en España. La crisis económica global afecta a todos los grupos laborales, y de forma especialmente significativa a los inmigrantes no comunitarios, que han reducido en gran medida su búsqueda de empleo en nuestro país, donde de los casi cinco millones de parados, más de un millón son de origen extranjero, siendo la construcción el sector más afectado en este sentido.

Según datos del presente año, del Instituto Nacional de Estadística ², la proporción de ciudadanos extranjeros sobre el total de la población residente en España se sitúa en el 12,2%. Las comunidades con mayor proporción de extranjeros son Illes Balears (21,8%), Comunitat Valenciana (17,2%) y Comunidad de Madrid y Región de Murcia (ambas con 16,4%). Por el contrario, las que tienen menor proporción de extranjeros son Extremadura (3,7%), Galicia (3,9%) y Principado de Asturias (4,7%).

Respecto a la nacionalidad, los extranjeros residentes en España pertenecientes a la Unión Europea suman 2.392.491. Dentro de éstos, los más numerosos son los rumanos (864.278), seguidos por los del Reino Unido (390.880) y los alemanes (195.842). Entre los extranjeros no comunitarios, destacan los ciudadanos marroquíes (769.920), los ecuatorianos (359.076) y los colombianos (271.773).

Existe una progresiva feminización de los flujos migratorios, concretamente en España este aspecto es especialmente claro en entre el colectivo de nacionalidades iberoamericanas. Por el contrario, hay más varones en la mayoría de las nacionalidades africanas y asiáticas.

En relación con el sector de ocupación, en términos generales, se observan variaciones en función de la nacionalidad:

- Inmigrantes de la [Unión Europea](#): ocupan frecuentemente el sector servicios (financiero, comercial o en el desempeño de [profesiones liberales](#)), ocupación en gran medida determinada por el nivel formativo medio y las facilidades de acreditación profesional.
- Población del [Este de Europa](#): es la que, en proporción, más se emplea en la construcción (el doble que los españoles y casi tres veces más que los procedentes de la Unión Europea).
- Procedentes de América Latina: integrados prioritariamente en el sector de la [hostelería](#) y [servicio doméstico](#).
- [Marroquíes](#): conforman una parte importante del [sector primario](#).

Todos estos grupos poblacionales están sometidos a la legislación española, forman parte de nuestro mercado de trabajo y comparten con la población trabajadora de nuestro país, los mismos problemas relativos a la salud laboral. Sin embargo, el proceso de integración en una nueva sociedad puede suponer además, factores de influencia específicos en su salud. El deterioro psicológico es un fenómeno en el que operan múltiples determinantes, algunos de ellos de carácter individual, pero otros de carácter social, como la integración comunitaria y laboral y las experiencias sociales en la sociedad receptora ³.

En la relación del proceso migratorio podemos diferenciar diferentes fases y en cada una de ellas son diversos los posibles estresores personales y socio-laborales a los que se enfrenta el inmigrante:

1. *Decisión de emigrar*. Los mecanismos de adaptación se inician incluso antes de iniciar el viaje migratorio. En el momento de la toma de decisión de emigrar ya se ponen en marcha situaciones de estrés y ansiedad que pueden ser elaboradas por la persona con mayor o menor éxito y dificultad. Se producen los primeros contactos con familiares y redes informales de apoyo en el lugar de destino y se toman decisiones clave sobre aspectos como la estructura de la nueva configuración familiar (dejando hijos al cuidado de abuelos por ejemplo). Las propias vivencias y la repercusión de éstas sobre su salud, pueden incidir en el grado de bienestar posterior una vez se encuentre en la sociedad de acogida. Allí se enfrentará a situaciones de ganancia y pérdida de forma simultánea: para integrarse en “lo ajeno” necesitará reconocer “lo propio” (y por tanto lo que pierde de ello).

2. *Llegada y adaptación*. Tras un periodo que algunos autores denominan de “luna de miel”, se confronta con una realidad que, en ocasiones, puede desencadenar sintomatología depresiva reactiva. A veces, en los primeros momentos, la incorporación laboral sólo es posible dentro de la economía sumergida, con acceso a trabajos precarios, sin contrato laboral, etc. La ansiedad se relaciona con el choque cultural, los procedimientos administrativos de regularización y permiso de trabajo, con el desconocimiento, la vulnerabilidad a engaños y la constante incertidumbre. La ausencia del grupo familiar de referencia se compensa con una estrecha vinculación a redes de apoyo de familiares, amigos y compatriotas.

3. *Regularización*. Si se produce incorporación al mercado de trabajo, predomina el acceso a puestos no deseados por la población autóctona y en ocasiones, la ausencia de correspondencia entre la formación-cualificación profesional y la ocupación obtenida. La necesidad de mantenerse de alta en la Seguridad Social no solo se debe a las prestaciones económicas y sociales que eso supone, está ligada también a poder renovar los permisos obtenidos. Es el momento personal en el que se suelen iniciar los procesos de reagrupación familiar.

4. *Estabilización*. Se obtiene una mejora social, mayor estabilidad laboral y en muchas ocasiones, la oportunidad de trabajar por cuenta propia, pero se mantienen problemas de homologación de títulos, necesidad de formarse para mejorar o adaptar la cualificación, y la discriminación en el acceso a puestos más cualificados.

Superar este proceso supone afrontar una elevada ambivalencia emocional y numerosas pérdidas emocionales. A la motivación generada por la necesidad económica, las expectativas iniciales y el deseo de prosperar, se unen una elevada incertidumbre, la presión por no volver al país de origen sin conseguir el éxito, las dificultades de adaptación en la nueva sociedad, las dificultades en la regulación legal de su situación y los largos periodos de separación del grupo de referencia. El coste psicológico que suponen las dificultades laborales y personales puede ser muy alto.

Partiendo de una conceptualización de la salud mental como un bienestar físico, psicológico y social, en el presente artículo revisaremos la situación de esa fuerza trabajadora atendiendo a la complejidad de su situación legal, social y profesional y cómo todo ello se relaciona con su salud mental y salud laboral.

INMIGRACIÓN Y TRABAJO: MARCO LEGAL

Cuando el inmigrante llega a la sociedad de destino, una de sus principales metas consiste en regularizar su situación (obteniendo una autorización de residencia, o una autorización conjunta de trabajo y residencia) para lo cual deberá llevar a cabo una serie de trámites que marca la legislación vigente y que suponen la interacción con un entorno burocrático a menudo desconocido e incierto.

En España, tras la última reforma de la Ley Orgánica 2/2009 de 11 de diciembre, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España ⁴, se ha aprobado, con fecha 20 de Abril de 2011, el Reglamento que desarrolla dicha Ley Orgánica, mediante Real Decreto 557/2011 ⁵, conteniendo toda la normativa referida a la obtención de autorización de trabajo en nuestro territorio, con la pretensión de optimizar los principios de la política migratoria reconocidos a través de la Ley Orgánica mencionada, entre los que se encuentran la ordenación de los flujos migratorios laborales de acuerdo con la situación nacional de empleo, la integración social de las personas inmigrantes, la lucha contra la inmigración irregular y las relaciones con terceros países en materia de inmigración.

El Artículo 36 de la mencionada Ley, determina “*Los extranjeros mayores de 16 años, precisarán para ejercer cualquier actividad lucrativa, laboral o profesional, de la correspondiente autorización administrativa previa para residir y trabajar. La autorización de trabajo se concederá conjuntamente con la de residencia*”. La autorización para trabajar o lo que comúnmente se conoce como el “Permiso de Trabajo”, es el documento por el cual, una persona inmigrante no nacional, puede incorporarse al mercado laboral, bien sea para ejercer una actividad por cuenta propia, (artículo 37 de la L.O. 2/2009) bien sea para desarrollarla por cuenta ajena, (artículo 38 de la L.O. 2/2009). La obtención de dicha autorización, tras cumplir los requisitos que la Ley y el Reglamento mencionados exigen, habilita al extranjero para poder trabajar, durante un periodo concreto que se determinará reglamentariamente, tras el cual, deberá regresar a su país o solicitar la renovación del permiso concedido.

En este punto, es importante diferenciar al inmigrante que no posee titulación de estudios medios o superiores, del que si la posee, dado que si el objetivo de éste último es desarrollar una actividad laboral relacionada con los estudios cursados, deberá inscribirse en un colegio profesional, para lo cual tendrá que homologar su título ante el Ministerio de Educación, no siendo necesario para ello tener previamente permiso de residencia, sino tan sólo acreditar su identidad por medio del Pasaporte.

Si va a desarrollar un trabajo en otras áreas, deberá solicitar una “Credencial de Homologación a Grado”, también en el Ministerio de Educación, que le sirve para dar validación al ciclo formativo universitario que haya terminado. Tanto en un caso como en otro, le posibilita el acceso al mercado

de trabajo cualificado, debiendo solicitar el permiso de residencia y trabajo de acuerdo a la contratación que le sea ofertada, ante el Ministerio de Trabajo.

Para los inmigrantes que carecen de titulación, el camino es más corto, iniciando directamente los trámites de solicitud de permiso de residencia y trabajo, de acuerdo a la actividad a desarrollar por cuenta propia, o a la contratación por cuenta ajena que les ha sido ofertada. En muchos casos, profesionales extranjeros altamente cualificados optan por esta opción para acortar esos plazos, evitar el paro y acceder al mercado laboral lo antes posible incorporándose a trabajos de baja cualificación. En un primer momento la prioridad de establecerse en nuestro país puede compensar la posible frustración personal y profesional, pero con el tiempo, la sobrecualificación para el puesto de trabajo desempeñado puede generar una importante pérdida de expectativas, sentimientos de baja autoeficacia profesional y desvalorización personal.

Las figuras legales para la incorporación del trabajador inmigrante serán:

1. **Autorización de residencia y trabajo por cuenta propia.** El solicitante extranjero, deberá cumplir todos los requisitos que la legislación vigente exige a los nacionales, para la apertura y funcionamiento de la actividad que pretende desarrollar, así como acreditar la suficiencia de la inversión, y la potencial creación de empleo. La autorización inicial se limitará a un sector concreto de actividad, y al ámbito geográfico de una Comunidad Autónoma. Así mismo, la duración se determinará reglamentariamente.

2. **Autorización de residencia y trabajo por cuenta ajena.** Para éste tipo de autorización se tendrá en cuenta la situación nacional de empleo, que será determinada por el Servicio Público de Empleo Estatal, en coordinación con las Comunidades Autónomas. La concesión de la autorización se basará en la solicitud de cobertura de un puesto vacante, presentada por un empresario o empleador, junto con el contrato de trabajo y el resto de documentación exigible.

Al igual que la anterior, la autorización inicial se limitará a un determinado territorio y ocupación. Así mismo, la duración se determinará reglamentariamente, si bien, a partir de la primera concesión, en sucesivas renovaciones, las autorizaciones se concederán sin limitación alguna de ámbito geográfico u ocupación.

Durante la vigencia de estos dos tipos, es posible modificar su alcance en cuanto a ocupación, sector de actividad y/o ámbito territorial, al amparo del artículo 203 del Reglamento que desarrolla la Ley, aprobado por Real Decreto 557/2011.

3. **Régimen especial para los investigadores extranjeros.** Regulado en el artículo 38 bis, contemplado para extranjeros cuya permanencia en España, tenga como único fin realizar proyectos de investigación, otorgando en esos supuestos una autorización de residencia y trabajo que se renovará anualmente, y que le habilitará a impartir clases o realizar otras actividades compatibles con la labor de investigación.

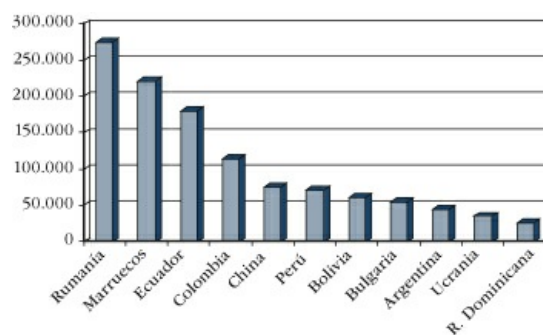
4. **Autorización de residencia y trabajo para trabajadores altamente cualificados.** Regulada en el artículo 38 ter, mediante la cual se expide al extranjero que goce de dicha cualificación, una autorización documentada con una tarjeta azul de la UE.

Resaltar por último dos tipos de tramitaciones especiales sometidas a aprobaciones puntuales: la tramitación especial denominada, “**Gestión colectiva de contrataciones en origen**”, que será aprobada por el Ministerio de Trabajo e Inmigración, según las cifras previstas, de empleos que se puedan cubrir a través de la gestión colectiva de contrataciones en origen, por un periodo determinado, destinada a aquellos extranjeros que no residen o no se hallen en España, y el “**Régimen especial de trabajadores de temporada**”, regulado por el Gobierno para los trabajadores extranjeros en actividades de temporada o campaña, que les permita la entrada y salida del territorio español, fundamentalmente pensado para el sector agrario.

Según el Observatorio Permanente de la Inmigración en su Informe sobre Inmigración y Mercado de Trabajo ⁶, parece que los efectos de la crisis económica no se relacionan con un aumento de la proporción de personas en **situación irregular** entre el colectivo de inmigrantes ([ver gráfica 1](#)). Según apuntan algunos análisis sobre los efectos de la crisis en los flujos migratorios, la inmigración irregular tiende a reducirse por ser muy sensible a las fluctuaciones de las ofertas de empleo. A su vez, se produce una reducción del empleo poco cualificado que repercute en un sector todavía importante de la población inmigrante.

Sí se llama la atención, en cambio, sobre un nuevo fenómeno en la procedencia de la irregularidad. Se trata de la situación de irregularidad sobrevenida en la que quedan aquellas personas que no han podido renovar su tarjeta de residencia al no cumplir los requisitos mínimos de cotización a la Seguridad Social exigidos. El propio informe da voz a una reclamación frecuentemente realizada por organizaciones que trabajan con inmigrantes: la posibilidad de que el tiempo de formación para el empleo también se tenga en cuenta para la renovación de las autorizaciones.

Gráfica 1. Afiliados extranjeros a la Seguridad Social según nacionalidad a 31 de diciembre de 2009



Fuente: Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración (2010).

Según Castillo y Prieto ⁷, las circunstancias en las que se adquiere y mantiene el empleo conforman el inicio de lo que habitualmente denominamos “condiciones de trabajo”. En el caso de los trabajadores extranjeros, ya hemos comentado las dificultades de acceso al mercado laboral, además de esas circunstancias, el nivel de estabilidad y seguridad en el mismo determinarán el proceso de socialización en el lugar de trabajo, el aprendizaje de valores relativos a la seguridad y prudencia en su desempeño laboral, la posibilidad de incrementar el tiempo de permanencia en la sociedad de acogida y una retribución estable que le permita ordenar y planificar, de cara a un futuro, su vida y la de su familia.

CONDICIONES SOCIO-LABORALES Y SALUD LABORAL

Como un primer paso, es necesario contar con una clara caracterización del mercado de trabajo, con sus rasgos laborales, especialmente para los

Como ya hemos apuntado en líneas anteriores, existe una clara segmentación del mercado de trabajo con nichos laborales reservados para los inmigrantes, y barreras de entrada a los trabajos más cualificados.

Respecto a la situación contractual también las diferencias son claras. En el año 2007, el último año de bonanza, más de la mitad de los trabajadores inmigrantes tenían contrato temporal (52,6%), una tasa que duplicaba la de los españoles (27%). Según los datos de la Encuesta de Estructura Salarial, de 2004 a 2007, el salario promedio de los españoles se incrementó un 12,9%, mientras que el de la población inmigrante lo hizo tan sólo un 13%, lo que ensanchó la **brecha salarial** entre ambos colectivos.

Este aspecto económico es muy importante para el bienestar de los trabajadores inmigrantes ya que su dependencia de las rentas salariales es muy elevada, presentan un bajo nivel de acumulación de recursos (bienes inmuebles), el tamaño medio de las familias es mucho mayor que el de las poblaciones autóctonas (lo que implica cargas adicionales para los sustentadores) y dependen de dichos salarios para el envío de remesas a la familia residente en el país de origen. El bienestar económico fruto de su trabajo no repercute solo en la persona que lo desempeña, la presión por mantenerlo se debe también a la responsabilidad sobre esas terceras personas (con las que convive y las que quedaron en su país de origen).

Existe una incidencia diferencial de la crisis económica actual sobre los trabajadores inmigrantes. Ésta ha afectado en primera instancia a los hombres, principalmente debido a la fuerte destrucción de empleo en el sector de la construcción. Sin embargo, a medida que la caída de la actividad se ha ido extendiendo al sector servicios, el paro también ha aumentado de manera acusada entre las mujeres. No obstante la tasa de desempleo en ellas es más baja que la tasa de paro de los hombres debido a su presencia mayoritaria en sectores asociados a servicios de cuidado (personales), y servicio doméstico. Sin embargo hay que destacar que el nivel de protección legal y social de estos sectores laborales es escaso, y en general con peores condiciones laborales.

Los efectos de la pobreza y el riesgo de **exclusión social** son potencialmente mayores en el caso de los inmigrantes debido a diversos factores ⁸:

1. La situación económica previa de las familias inmigrantes es peor, con menores niveles de rentas, mayores niveles de endeudamiento y mayores cargas familiares.

2. Las personas desempleadas inmigrantes suelen ser las sustentadoras principales de los hogares, aportando la principal fuente de ingresos.

3. Debido a la menor antigüedad en el empleo y las fórmulas de contratación más precarias (incluyendo aquí el empleo irregular), la cuantía de las posibles indemnizaciones por despido a las que tienen derecho son menores o inexistentes, a la vez que al acceso de las rentas de sustitución (prestaciones y subsidios por desempleo).

4. La prolongación en el tiempo de la situación de desempleo ha generado un fenómeno de irregularidad sobrevenida, lo que conlleva que un número creciente de trabajadores inmigrantes no puedan renovar los permisos de trabajo, favoreciendo así la llamada economía sumergida.

Respecto a los posibles **riesgos laborales para la salud en el lugar de trabajo**, éstos serán los mismos para población autóctona y extranjera, pero si pueden existir diferencias en la percepción del riesgo y modo de enfrentarlos, debido a diferencias en la cultura preventiva de ambas sociedades. Éste es un hecho que habitualmente no se tiene en consideración y que puede estar detrás de algunos datos llamativos en siniestralidad laboral.

La revisión de la literatura apunta hacia una mayor **accidentabilidad laboral** en trabajadores inmigrantes ⁹, si bien, las dificultades metodológicas para comparar los diversos estudios no dejan claro si esta relación se debe al tipo de trabajos de mayor riesgo desempeñados por este grupo poblacional (trabajo en la construcción por ejemplo), a la carga de trabajo debida a malas condiciones laborales (pluriempleo, horas extra, trabajos a destajo), a las situaciones de su situación contractual (subcontrataciones, laxitud en la adopción de medidas de seguridad e higiene laboral, etc.), a variables individuales (formas inseguras de desempeño laboral, escasa percepción del riesgo), a la ausencia de una formación e información correcta y adaptada a estos grupos de trabajadores sobre prevención de riesgos laborales, o a la acción conjunta de todas o algunas de estas posibles condiciones.

Sufrir un accidente de trabajo puede ser un acontecimiento determinante en la vida de cualquier trabajador, pero en el caso de un inmigrante puede suponer además la ruptura de todo el proceso migratorio propio y de su familia. Según datos del INSHT ¹⁰, durante el 2008, la tasa de incidencia de los accidentes totales en jornada de trabajo para trabajadores de nacionalidad española fue de 4.889,3, mientras que la tasa de incidencia de los accidentes que sufren en este mismo año los trabajadores extranjeros es de 6.567,2, bastante más elevada que la de los españoles. Ocurre lo mismo en el caso de los accidentes mortales, donde la tasa de incidencia en trabajadores extranjeros fue de 7,6 frente al 4,8 de los accidentes mortales sufridos por trabajadores españoles en el mismo año. Si analizamos estas tasas de incidencia se observa que, tanto en población autóctona como extranjera, predomina el accidente laboral entre los varones y de forma más llamativa cuando existe contratación temporal. Sin embargo, en este último caso, cuando los contratos son temporales, se incrementa a más del doble la accidentabilidad entre el colectivo extranjero.

En relación con los **accidentes in itinere**, la incidencia es mayor en población nacional, pero la mortalidad de los mismos es superior entre los trabajadores foráneos.

Al igual que ocurre con los aspectos salariales, la estabilidad laboral o el tiempo de trabajo, es factible prever datos de desigualdad en aspectos relativos a condiciones de penosidad de la actividad laboral asociados a la segmentación laboral en la que se distribuye la población trabajadora inmigrante. Sin embargo, son aún escasos los estudios sobre **condiciones de trabajo y riesgos laborales** del mismo en población inmigrante. Algunos de ellos, procedentes principalmente de investigaciones desarrolladas desde el ámbito universitario aportan una realidad que invita a la reflexión.

Según un completo estudio de la UNED y la Fundación Sistema ¹¹:

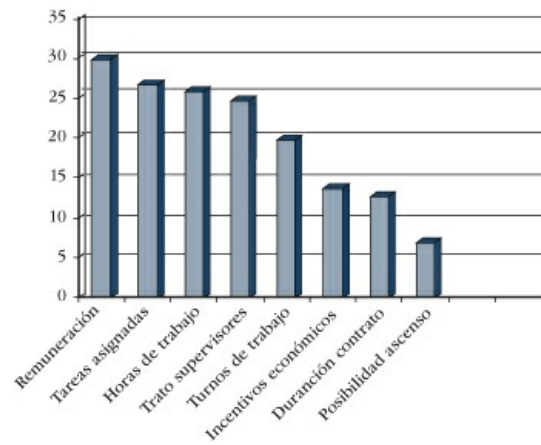
— Respecto a la percepción de riesgo laboral por sector de actividad son los trabajadores inmigrantes del transporte los que más perciben riesgos en su trabajo (48,6%), seguidos de los inmigrantes empleados de la construcción (46,8%) y de la industria (41%), es sensiblemente menor en la agricultura (38,3%) y se produce un gran descenso porcentual en aquellas profesiones consideradas “menos peligrosas”: la hostelería (24,3%), el comercio (13,4%) y los servicios domésticos (11,8%).

— Los trabajadores con más años de permanencia en España (más de 5 años) perciben más el riesgo que conlleva el trabajo que realizan; lo cual se podría interpretar como un proceso de aculturación mediante el que se asimilan valores de protección de la salud.

— Los riesgos percibidos por los trabajadores inmigrantes más frecuentes son: caídas de altura 35,9%, cortes y pinchazos 31,7%, golpes 31,2%, caídas de objetos 22,9% y sobreesfuerzos por carga 17,4%, caídas al mismo nivel 15,6%, quemaduras 13,1% y desplome/derrumbamiento 12,4%.

— La mayoría de la población inmigrante trabajadora estudiada señala como casos puntuales la percepción de actitudes de racismo en el lugar de trabajo (siendo algo más elevada entre la población africana). Las discriminaciones percibidas se centran más en cuestiones laborales tales como la remuneración, las tareas asignadas y el tiempo de trabajo, respecto a la población española (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Discriminaciones laborales percibidas por población ocupada extranjera



Fuente: Adaptado de GETS, Encuesta sobre las condiciones laborales de los trabajadores inmigrantes en España (2007).

Si observamos la percepción de riesgo laboral predominante en la población inmigrante, ésta se centra prioritariamente en causas que pueden ser generadoras de accidentes de trabajo a corto plazo, omitiendo en general, riesgos con efectos a más largo plazo (los de carácter psicosocial por ejemplo). Algunos autores afirman que esta situación puede estar denotando una incompleta información y formación preventiva además de responder a la segregación de esta muestra de trabajadores por sectores de alta peligrosidad laboral⁹. Sin embargo, además de estas causas objetivas, también debemos considerar otros factores de carácter subjetivo y motivacional.

La experiencia vital y cultural del trabajador inmigrante, la variación en sus circunstancias personales, sus expectativas individuales, el deseo de permanecer en la sociedad de acogida y en el mercado laboral, influirán de forma más que probable en la tolerancia, estilo de afrontamiento, o incluso no consideración, de riesgos laborales interpretados como “menores” porque no supongan un claro peligro para la integridad física.

Son escasos los datos relativos a **riesgos psicosociales** del trabajo en inmigrantes. Una revisión europea de la literatura al respecto¹² indica que, en relación con los posibles riesgos derivados de la interacción personal, la segmentación laboral de las diferentes etnias en sectores laborales determinados influye en que exista una mayor relación con trabajadores de su mismo entorno cultural, y eso disminuye posibles problemas derivados de las diferencias culturales, pero a su vez potencia la segregación y dificulta la integración y adaptación mutua de ambas sociedades. Cuando es necesario un trabajo en equipo, las diferencias interpersonales se acentúan debido a las dificultades idiomáticas, de formación y a las diversas maneras y ritmos de trabajo en el desempeño laboral. Según la revisión mencionada, esto ocurre principalmente en el sector servicios y en áreas como la sanitaria, donde (al menos en trabajos procedentes de Reino Unido) se aportan datos sobre un mayor porcentaje de conflictos interpersonales y acoso laboral en personal inmigrante.

Cuando un trabajador no comparte los códigos de interacción autóctonos puede no comprender pautas de conducta social, violar fácilmente las expectativas del grupo, rendir menos o participar de conflictos interpersonales, lo que puede favorecer respuestas agresivas hacia él, generándose hacia él posibles conductas de acoso que algunos autores consideran como un instrumento de control social¹³⁻¹⁴.

Como ocurre en general con los riesgos psicosociales, probablemente no se trate de una cuestión de causa-efecto, se trata de procesos con múltiples determinantes y factores intervinientes. En una investigación de la Universidad Autónoma de Madrid sobre acoso psicológico en población inmigrante de la Comunidad de Madrid¹⁵, se comprobó como la desadaptación sociocultural no es un factor que determine directamente la existencia de acoso psicológico, pero sí actúa como mediador entre éste y las consecuencias para la salud del inmigrante, de forma que en situaciones de acoso laboral, a mayor desadaptación percibida por el trabajador extranjero en la sociedad de acogida, mayor sintomatología de estrés.

La satisfacción laboral y los sentimientos de estrés en relación con el trabajo en inmigrantes, ha sido objeto de estudio en algunos países. Concretamente en algunos estudios¹⁶⁻¹⁸, los datos parecen indicar que la discriminación racial, particularmente en relación con el género, se muestra como una variable en clara relación con el estrés laboral. Además, asocian el estrés percibido con otros factores de riesgo tales como la sobrecarga laboral, la fatiga, malos tratos en la interacción con supervisores y/o compañeros de trabajo. En un estudio sueco¹⁹, indican que los ratios de desgaste profesional (*burnout*) entre inmigrantes son casi el doble que los de población sueca (9,9% y 5,2% respectivamente), factor que relacionan con las diferencias en las condiciones de trabajo y elevadas demandas laborales.

Los resultados de algunos trabajos en población inmigrante en España son diferentes. Por ejemplo, algunas investigaciones obtienen que no existe diferencias en riesgo laboral entre población autóctona e inmigrante que trabaja en similares circunstancias, si bien los inmigrantes padecerían exposiciones más frecuentes e intensas por el acceso mayoritario a puestos menos cualificados y por la necesidad de prolongar las jornadas de trabajo²⁰. Otros trabajos incluso indican buenos niveles de satisfacción laboral en la población inmigrante y mayor satisfacción con el trato recibido por parte de los supervisores en los trabajadores extranjeros frente a los nativos²¹.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ASOCIADOS A LA INMIGRACIÓN

No es solo el área laboral la que genera riesgos para la salud de los inmigrantes. Existe evidencia científica sobre la predisposición a padecer diversos trastornos mentales fruto de la complejidad de la experiencia migratoria en su conjunto. Esto se da en parte por la pérdida de la red social de apoyo, el distanciamiento personal que supone otra lengua y otra cultura y los cambios que se producen en la identidad individual y colectiva de estas personas.

En la persona, **la identidad**, tanto colectiva como individual, supone un conjunto de símbolos y valores que permiten afrontar la vida cotidiana y que decodifica y da sentido a las situaciones de la misma. Es algo que se construye y se modifica siempre en el encuentro con “el otro” que nos rodea, en un proceso de ida y vuelta que afecta a ambas partes²². Se trata de procesos dinámicos, que están en continua evolución a lo largo de nuestra historia de vida y del contexto cultural y situacional en el que nos movemos. La función de adaptación de un trabajador a un entorno social y laboral de otro país supone la modificación de aspectos de esa identidad con vistas a una integración al medio pero sin perder la sensación de seguir siendo

país, supone la incorporación de aspectos de sus tradiciones con vistas a una integración en el mismo pero sin perder la consciencia de seguir siendo ellos mismos (buscando una continuidad). Sin embargo, una adecuada integración no se consigue solo de forma unidireccional. Se define como **adaptación y/o integración vincular** la relación de integración y aceptación mutua inmigrante-comunidad receptora²³.

Los procesos de interacción más o menos traumáticos que se producen en los individuos cuando realizan un cambio de su cultura a otra diferente se ha denominado **estrés aculturativo**, e incluyen una amplia gama de sentimientos, emociones y conductas, tanto individuales como colectivas que padecen las personas cuando se tienen que despojar de sus referentes culturales.

Es un clásico el modelo teórico de Berry²⁴ en el que se distinguen cuatro modalidades de aculturación, o actitudes del inmigrante para adaptarse a la sociedad de acogida sin perder su identidad personal y cultural:

— *Asimilación*: se produce cuando las personas deciden asumir la cultura de la sociedad de acogida, identificándose totalmente con ella y renunciando a su cultura tradicional bajo el supuesto de que así la nueva sociedad lo admitirá como un miembro más.

— *Separación*: la persona se involucra exclusivamente en los valores y normas culturales propias y mantiene poca o ninguna interacción con los miembros y la cultura de la sociedad que los recibe.

— *Integración*: implica una fuerte identificación e implicación a partes iguales, tanto en la cultura autóctona de la sociedad receptora, como con la cultura de su país de origen.

— *Marginación*: esta situación se deviene del rechazo tanto a la cultura de origen, como a la sociedad de destino, en estos casos la patología psiquiátrica prevalece más que en las otras situaciones, pues se rechazan ambas culturas.

Se plantea que, de ellas, la integración es quizás la forma de relación más adaptativa y probablemente la forma de relación que menos trastornos psiquiátricos conlleva, pero no habrá integración exitosa sin una nueva concepción de la cultura que implique al conjunto de conductas adaptativas que provienen de ser miembro simultáneo de diversos contextos, participando e identificándose con ambos.

Este proceso de aculturación está vinculado a la adaptación de las personas inmigrantes y de las sociedades, que a su vez estará condicionado por los siguientes factores:

— La semejanza o diferencia cultural del país de origen con el de destino. Las sociedades semejantes minimizan el choque cultural.

— La receptividad de la cultura mayoritaria o de la sociedad de destino.

— La edad de las personas inmigrantes.

— El tipo de personalidad: que corresponde a la capacidad de adaptación al cambio y la estabilidad personal.

Las relaciones interculturales pueden producir un choque en la coexistencia de diversos valores, creencias, normas y pautas de comportamiento de las personas de diferentes culturas. Dicho choque cultural ocasiona en muchas ocasiones sentimientos de impotencia, debido en gran parte a la incapacidad de actuar competente en la nueva cultura, a la confusión sobre los roles propios y nuevos, a la identidad étnico cultural propia, y a las expectativas de conducta²⁵.

En una reciente investigación sobre estrés aculturativo y salud en población inmigrante²⁶ se observa cómo el estrés aculturativo es un claro determinante de procesos de discriminación en la sociedad de acogida. Además, se han obtenido correlaciones muy significativas entre estrés aculturativo y salud mental (evaluado mediante Cuestionario Goldberg), si bien, en los análisis de regresión, dicho estrés no se vale por sí solo para definir la salud mental del trabajador. Estos datos corroboran la afirmación de Sam²⁷ cuando afirma que la relación entre inmigración y salud no es lineal y sencilla, sino que se verá influenciada por factores personales (edad, predisposición genética, etc.), por factores de la sociedad de origen y de la sociedad de acogida, por el propio proceso de inmigración y por la interacción entre todos ellos.

Para algunos autores²⁸, es clara la influencia que la cultura ejerce sobre los procesos cognitivos, afectivos, comunicativos, psicofisiológicos y conductuales, por este motivo señalan como esencial comprender el rol que la cultura tiene en la actividad interpersonal de la persona, es decir, todo aquello que tiene que ver con los patrones de enfermedad y de respuesta al estrés, cómo los factores biológicos son activados por factores culturales, y cómo esto ocurre tanto para el bienestar y la salud y como para el desarrollo de la enfermedad mental. Considerar por tanto los aspectos culturales será algo esencial para afrontar la etiopatogénesis, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales en trabajadores inmigrantes.

Los principales dificultades detectadas en la salud de los inmigrantes, según Chamizo²⁹, son las dificultades de acceso al sistema sanitario (mediadas por las diferencias culturales y lingüísticas) y la enfermedad más grave es el desarraigo, que se convierte en el principal determinante de la salud de dicha población. Enfrentarse a un cambio como es emigrar a otro país, es un proceso complejo y amplio, que posee unos niveles de estrés tan intensos, que en muchas ocasiones llegan a superar la capacidad de adaptación de las personas.

Estos cambios son muy diversos, aspectos tan básicos como son la alimentación, las relaciones familiares, el estatus, la lengua, la cultura, etc., por lo que en torno a la persona inmigrante, nada será como antes.

El duelo migratorio se entiende como el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto, concretamente en el caso de la inmigración, tiene que ver con la reelaboración de los vínculos que la persona ha establecido con su país de origen: al salir de allí debe mantener dichos vínculos porque forman parte de su identidad, a la vez que tiene que poner en marcha una serie de nuevos vínculos que le servirán para adaptarse a la sociedad de acogida³⁰. Se trata por tanto de un elemento esencial para el equilibrio psíquico de estas personas.

Atxotegui³⁰ considera que el conjunto de duelos de la inmigración se pueden agrupar en siete duelos específicos:

1. *Duelo por la familia y amigos*: La separación de los seres queridos, así como de las relaciones significativas, conllevan repercusiones psicológicas. Es uno de los mayores duelos a los que la persona que emigra debe de enfrentarse, ya que lo hará no solamente a nivel individual, sino también a nivel familiar (separación de hijos pequeños o de hermanos, repercusiones en la familia extensa, con los abuelos que cuidan en los países de origen etc.), sin dejar a un lado también, el proceso de reagrupación familiar, con todo lo que ello conlleva no sólo a nivel legal sino afectivo (sentimientos de culpa, soledad y abandono por ambas partes). No obstante, el proceso migratorio puede ofrecer también una oportunidad de reestructurar, a través de un período de separación, algunas relaciones conflictivas con personas significativas del país de origen.

2. *Duelo por la lengua materna*: La lengua materna, junto con otros aspectos más como es la cultura (con los valores y creencias que ésta conlleva en las familias), es un aspecto crucial en la vida de una persona que se ha ido elaborando a través de la historia de vida del sujeto. Por otra parte, la adquisición de una nueva lengua conlleva un enorme esfuerzo personal, así como de habilidades lingüísticas, que no todo el mundo posee, ni la capacidad tampoco de adquirir un lenguaje no verbal adecuado al contexto.

3. *Duelo por la cultura*: Cuando una persona emigra deja atrás toda una serie de concepciones y actitudes sobre el mundo y de cómo debe de comportarse y relacionarse dentro y fuera de él. Estas concepciones y maneras de comportamiento pueden ser muy diferentes a las propias, con el consiguiente choque con el modelo de conducta a adoptar en cada cultura. El nuevo contexto social implica cambios en aspectos como son la

el consiguiente choque con el modelo de conducta a adoptar en cada cultura. Un nuevo contexto social implica cambios en aspectos como son la alimentación, la ropa, el sentido del tiempo etc., que no siempre pueden ser vistos, por la persona que emigra, como el más saludable (por ejemplo en las comidas), respetuoso o adecuado.

4. *Duelo por la tierra, los paisajes*: En muchos casos, los inmigrantes estén apegados afectivamente a la tierra en la que han crecido, con sus temperaturas, climas, paisajes etc. Por otro lado, las fantasías sobre la tierra también pueden vivirse de forma intensa entre los autóctonos, en relación a temores, tales como que la emigración suponga que su país “sea invadido” por otras personas.

5. *Duelo por la pérdida del estatus social*: Aunque la inmigración suele conllevar una mejoría y progreso social, también suelen retroceder, a nivel de estatus, respecto al de su sociedad de origen. En ocasiones el inmigrante puede llegar con proyecto migratorio muy desajustado e idealizado, respecto a la realidad que encontrará en el país receptor, el fracaso del este proyecto personal es uno de los motivos de frustración y depresión reactiva dentro de este colectivo.

6. *La pérdida de contacto con el grupo étnico de origen*: Dentro de este duelo se incluyen aspectos tan complejos, como son aquellos elementos que conforman la identidad humana, como la identidad de género, la identidad generacional, la identidad religiosa, la identidad laboral, la identidad de clase social etc. Así, todos estos aspectos hacen relación al sentimiento de pertenencia a un grupo, de personas que poseen unas características similares de historia, cultura, lengua etc., que sirve a su vez como cohesión grupal para ellas.

7. *La pérdida de la seguridad física*: Estos riesgos no sólo son los derivados de enfermedades o lesiones físicas, sino también los derivados por los procesos de duelo, por todo aquello que la persona siente que ha perdido.

Un aspecto importante es que, a menor consistencia y elaboración del proyecto migratorio, más difícil será la elaboración del duelo. Por tanto, aquellas personas que no hayan elegido realizar un proyecto migratorio, sino que se hayan visto obligadas a huir a otro país, bien sea por problemas políticos, económicos etc., el único proyecto estará en torno al “regreso” a su lugar de origen.

Además, el duelo migratorio es transgeneracional, debido a la identificación que hacen los hijos de inmigrantes con las figuras parentales y al contacto e interiorización a través de ellos principalmente con su cultura de origen. La complejidad del duelo de la “segundas generaciones” supone que algunos estudios hablen de mayor patología depresivo-ansiosa en los descendientes de inmigrantes de “primera generación”.

Además de los posibles duelos migratorios, otro concepto esencial en la bibliografía relativa a la salud mental en inmigrantes es el denominado **Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple**, comúnmente conocido como **Síndrome de Ulises**³¹.

Se define como un conjunto de alteraciones psiquiátricas, que sufren algunos extranjeros por las situaciones vividas relacionadas con el hecho de ser inmigrante. En términos generales, el proceso migratorio posee unos niveles de estrés tan intensos, que en muchos casos superara la capacidad de adaptación de las personas, apareciendo en este momento los síntomas psicopatológicos.

Se caracteriza por una combinación de estresores tales como soledad, fracaso en el logro de objetivos, vivencia de carencias extremas y terror. El efecto de dichas variables se magnifica por sus características:

- Se trata de estresores múltiples y de carácter crónico que se potencian entre si y tienen carácter acumulativo.
- Se produce un importante efecto de indefensión aprendida ante los mismos
- Son de gran intensidad y relevancia para la persona
- Se suelen asociar con un importante déficit de la red de apoyo social
- Los propios síntomas se convierten en un obstáculo para el proyecto migratorio

La sintomatología clínica asociada se expone de forma abreviada en la [Tabla 1](#). Se trata de una sintomatología variada con diversas expresiones psicopatológicas:

Tabla 1. Expresión clínica del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple.

Sintomatología Depresiva	Tristeza, sentimientos de fracaso, indefensión aprendida, llanto, sentimientos de culpa.
Sintomatología Ansiosa	Irritabilidad, alteraciones del sueño, tensión, nerviosismo, ideas y preocupaciones recurrentes.
Sintomatología Somática	Cefaleas, fatiga crónica, dorsalgias.
Aspectos Confusionales	Fallos de memoria, de atención, baja capacidad de concentración, sentimientos de estar perdido, desconfianza.
Aspectos Culturales	Interpretación de la sintomatología desde aspectos relativos a la cultura tradicional de origen.

El afrontamiento de esta sintomatología en personas inmigrantes exige por parte de los profesionales sanitarios un **abordaje transcultural**³²:

1. Respecto al idioma: Será imprescindible indagar en la lengua de origen y conocimiento de nuestro idioma, adaptando la evaluación clínica a dichas circunstancias.

2. Manteniendo una concepción étnica de la enfermedad: Tanto en su etiología como en su expresión sintomática.

El área global de los sentimientos y conductas depresivas posee aspectos comunes entre todas las culturas (tristeza, anhedonia, tensión física, apatía, dificultad de concentración y atención, pérdida de interés e ideas de insuficiencia e incapacidad), sin embargo, existen marcadas diferencias entre los grupos étnicos vinculadas a las diferentes dinámicas culturales, respecto a los sentimientos de culpa, ideas de suicidio y expresión (verbal y conductual de la sintomatología percibida).

Otras patologías psiquiátricas como la psicosis también ha sido objeto de estudio desde esta perspectiva cultural, indicando algunos trabajos una mayor incidencia en población inmigrante. Parece que este hecho se relaciona con una mayor vulnerabilidad por circunstancias propias del proceso migratorio como la desigualdad social (desempleo, hacinamiento, fragmentación familiar) y la vivencia de actitudes racistas y discriminatorias, actuando de forma sinérgica con variables individuales, la historia familiar, el aislamiento social³³.

RELACION ENTRE SALUD MENTAL Y SALUD LABORAL

Como hemos visto a lo largo de la revisión de la literatura expuesta en este trabajo, hasta el momento, la mayor parte de las publicaciones que

abordan estos temas se han centrado en el análisis estadístico, principalmente descriptivo y sociodemográfico, de la población trabajadora inmigrante en el ámbito laboral o en la descripción y estudio de la prevalencia de sus principales patologías o problemas de carácter psiquiátrico. Son aún escasos los estudios de investigación que aborden ambos temas de forma integrada y más aún que se centren en líneas de actuación en integración sociolaboral, salud mental y salud laboral de los trabajadores inmigrantes en las organizaciones.

Son diversos los estudios³⁴⁻³⁶ que centrándose en un aspecto concreto del trabajo precario desempeñado por población inmigrante (como la temporalidad en el empleo) relacionan estas condiciones con elevados costes psíquicos y sociales, mayor deterioro de la salud psicológica, desmotivación e insatisfacción laboral.

Concretamente, parece que la inestabilidad laboral y el trabajo “informal” genera una incertidumbre vital que se relaciona con mayores niveles de ansiedad, pesimismo sobre el futuro, mayor sintomatología de estrés e incremento de trastornos mentales “menores”³⁷, así como un incremento de las manifestaciones psicosomáticas, fatiga, exacerbación de rasgos indicativos de trastornos de personalidad y violencia³⁸.

Brunner³⁹ señala que la baja autoestima, el aislamiento social y la falta de control sobre el trabajo influyen de manera negativa sobre la salud mental y la respuesta al estrés activada de forma frecuente y prolongada puede llevar consigo problemas de salud como depresión, mayor vulnerabilidad a procesos infecciosos, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y por tanto, aumento del riesgo de cardiopatía isquémica y para la patología vascular cerebral. Los procesos sociales y laborales interactúan por tanto con la salud física y mental.

Quizás la variable más conocida por su capacidad de moderación entre los aspectos laborales y la salud mental es **el apoyo social**.

Existe abundante literatura sobre la capacidad amortiguadora del apoyo social frente a la depresión en población inmigrante y cómo este apoyo evoluciona de manera paralela al estatus del inmigrante y sus diferentes fases de asentamiento en la población de acogida, independientemente del origen étnico⁴⁰⁻⁴¹.

El entorno laboral es el principal motor de estatus social, estabilidad e integración entre la población extranjera, de ahí la importancia del apoyo social percibido en el lugar de trabajo como factor clave para el equilibrio emocional.

Según Juan Díez Nicolás⁴², “*la importancia que tiene la inserción laboral para los inmigrantes es tal que algunos autores establecen una relación directa entre ésta y su integración social*”, desde esta perspectiva, establecer estrategias de evaluación de los riesgos y prevención que tengan en cuenta sus características específicas (el idioma por ejemplo) será clave para su salud física, psicológica, social y laboral. La tipología de riesgo con el perfil socio-laboral que se le relaciona permitirá identificar mejor las necesidades de intervención preventiva.

BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD LABORAL DE LOS TRABAJADORES INMIGRANTES

El Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración del Ministerio de Trabajo⁴³ propone en el área del empleo:

- Adecuar la normativa sobre el empleo y Seguridad Social, a fin de garantizar la igualdad de derechos y deberes.
- Mejorar de modo continuado la gestión de los flujos migratorios.
- Promover el mantenimiento del empleo, la promoción profesional y la formación, así como la adecuación de las competencias de la población trabajadora inmigrante a las oportunidades del mercado de trabajo.
- Mejorar los dispositivos de intermediación en el mercado laboral.
- Luchar contra la contratación irregular de trabajadores inmigrantes en la economía sumergida.
- Luchar contra la discriminación y por la igualdad de oportunidades de las personas inmigrantes en el mercado de trabajo y en las empresas.
- Fomentar la gestión de la diversidad en las empresas.

La movilidad geográfica es una característica esencial del mundo de hoy. Los avances tecnológicos y de comunicación facilitan la globalización laboral y con ello el movimiento de la población trabajadora. El pluralismo cultural forma ya parte de nuestro entorno laboral y está llamado a ser aún mayor, pero a su vez, en las organizaciones confluyen los mismos prejuicios y estereotipos presentes en la sociedad. Atender a esta realidad es una obligación tanto para las sociedades de acogida como para las empresas que la conforman.

Por otro lado, como señalan Porthé et al.⁴⁴, “*aunque la motivación económica sea el sustrato sobre el que se asienta el proceso migratorio, no se puede tomar el colectivo de inmigrantes como un contingente de trabajadores homogéneo*”. Su origen diferente hace que provengan de experiencias laborales plurales, con diferentes disciplinas de trabajo, y esto es algo a considerar tanto en su proceso formativo como en la prevención de riesgos laborales que les afecten.

Desde esta perspectiva, la consideración de la población inmigrante en relación a la salud laboral deberá contemplar algunos aspectos que consideramos de especial relevancia y que proponemos en el siguiente decálogo:

1. Cumplimiento estricto de la legislación vigente en los procesos de selección, contratación y desarrollo de la carrera profesional.
2. Desarrollo de una cultura empresarial que favorezca la diversidad, la comunicación intercultural y la prevención de conflictos, con políticas explícitas de no exclusión y medidas de no discriminación personal ni profesional por motivos relacionados con la religión, raza o nacionalidad (mediante Códigos de Conducta Organizacionales), así como de integración multicultural e igualdad de oportunidades en todos los niveles de la empresa.
3. Colaboración con los agentes sociales del entorno y proyectos comunitarios para el desarrollo de la función social en la gestión de los flujos migratorios.
4. Inclusión de aspectos necesarios para una correcta integración en la organización laboral dentro de los programas de acogida de los nuevos trabajadores.
5. Información y formación específica en aspectos técnico-profesionales necesarios para el desempeño del trabajo y pautas de actuación preventiva frente a los posibles riesgos psicosociales: competencias profesionales.
6. Información y formación específica en aspectos culturales y de interacción personal (idiomas, trabajo en equipo, habilidades sociales, resolución de conflictos...) cuando sean necesarios para la adecuada integración de todo el colectivo organizacional (inmigrantes y nativos): competencias psicosociales.
7. Consideración de los aspectos culturales en los procesos de vigilancia de la salud:
 - a. Idioma: Con la elaboración de Historias Clínico-Laborales bilingües si es necesario⁴⁵.
 - b. Consideración de la concepción étnica de la enfermedad. Tanto a nivel etiológico como en la forma de expresión clínica individual y

colectiva.

c. Manejo de psicofármacos atendiendo a las indicaciones especiales (en dosificación y elección del fármaco por su eficacia, seguridad y tolerabilidad) para determinados grupos étnicos.

8. Inclusión de los aspectos culturales en los procesos de evaluación de riesgos:

a. Diferencias en la percepción del riesgo

b. Estilos no funcionales de afrontamiento de los riesgos laborales

9. Desarrollo de líneas de investigación sobre procesos de inclusión de los trabajadores inmigrantes y efectos de la diversidad cultural en las empresas.

10. Implicación de todos los estamentos de la organización en las actuaciones y políticas de integración, que no solo deben ir dirigidas a la población trabajadora inmigrante sino al conjunto de la empresa ya que la integración implica a ambas partes (adaptación o integración vincular).

El cuidado y respeto por el medio ambiente, la seguridad y salud en el trabajo y la calidad en los procesos productivos, son tres ámbitos que las organizaciones públicas y privadas de nuestro entorno comienzan a recoger en sus modelos empresariales y políticas de Responsabilidad Social Corporativa. En función de la realidad laboral de la población inmigrante presentada en este artículo y de cómo ésta se relaciona con la salud mental y laboral de estos profesionales, la gestión de la diversidad cultural de los recursos humanos se propone como un reto que nuestras organizaciones tendrán que abordar e incluir en dichas políticas de responsabilidad social. Para ello, será esencial un mayor conocimiento científico del tema así como la implicación y el apoyo de las Administraciones Públicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A (III). París: Organización de las Naciones Unidas (ONU); 1948.
2. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: www.ine.es
3. Barrón A, Sánchez E. Estructura Social, apoyo social y salud mental. *Psicothema* 2001; 13 (1): 17-23.
4. Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE nº 299 del 12 de diciembre de 2009.
5. Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009. BOE nº 103 del 30 de abril de 2011.
6. Pajares M. Inmigración y Mercado de Trabajo. Informe 2010. Observatorio Permanente de la Inmigración. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2010.
7. Castillo JJ, Prieto C. Condiciones de Trabajo. Un enfoque renovador de la sociología del trabajo. Madrid: CIS; 1990.
8. Vizán C. Los inmigrantes ante la crisis económica: ¿De la precariedad a la exclusión? Los efectos de la crisis. *Rev. Mugak. Centro de Estudios y Documentación sobre Inmigración, Racismo y Xenofobia* 2011; 54.
9. Tezanos JF, Díaz V. Condiciones Laborales de los Trabajadores Inmigrantes en España. Madrid: Fundación Sistema; 2008.
10. INSHT. Condiciones laborales y siniestralidad en el colectivo de trabajadores inmigrantes 2008. Disponible en: <http://www.insht.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe%20siniestralidad%20inmigrantes.pdf>
11. Grupo de Estudio sobre Tendencias Sociales (UNED), Fundación Sistema. Encuesta sobre condiciones laborales de los trabajadores inmigrantes en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2007. Disponible en: www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/.../100598.pdf
12. European Agency for Safety and Health at Work. Literature Study of Migrant Workers. 2008. Disponible en: http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/migrant_workers
13. Nelson RB, Tedeschi JT. Aggression and violence: Social interactionists' perspectives. Washington DC: American Psychological Association; 1993.
14. Hoel H, Cooper CL. Organizational effects of bullying. En S Einarsen, H Hoel, D Zapf y CL Cooper (Eds.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice*. London: Taylor & Francis Books Ltd; 2003.
15. Moreno Y. Acoso psicológico en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid: los efectos de la desadaptación social y de las variables personales. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología 2010. Universidad Autónoma de Madrid.
16. Ruhs M. Managing the Immigration and Employment of non-EU Nationals in Ireland. *Studies in Public Policy* 2005; 19.
17. Smith A, Wadsworth E, Shaw Ch, Stansfeld S, Bhui K, Dhillon K. Ethnicity, work characteristics, stress and health. *Health & Safety Executive Research Report* 2005; 308.
18. McKay S, Craw M, Chopra D. Migrant workers in England and Wales: An assessment of migrant worker health and safety risks. Working Lives Research Institute. London: Metropolitan University; 2006.
19. Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K. Utbränning i Sverige - en populations studie [Burnout in Sweden - a study among the workforce]. *Arbetslivsinstitutet, Arbete och hälsa. Vetenskaplig skriftserie* 2002; 6.
20. García AM, López MJ, Agudelo AA, Ruiz C, Ahonen EQ, Porthé V. Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes. Proyecto ITSAL: entrevistas a informantes clave. *Gac Sanit* 2009; 23(2): 91-97.
21. Zabaleta E. Inserción y dinámicas laborales de los trabajadores inmigrantes. *Imsero*; 2004.
22. Centro de Investigación para la Paz Dossier para una educación intercultural. Madrid: CIP-FUHEM; 2005. Disponible en: <http://www.fuhem.es/cip-ecosocial/dossier-intercultural/contenido/home.htm>
23. Sayed-Ahmad N. Grupo de Trabajo Salud Mental Transcultural. Inmigración y Salud mental. Cuadernos Técnicos 2. Córdoba: Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría; 2006.
24. Berry J.W. Managing the process of acculturation for problem prevention, in *Mental Health Services for refugees*. 1991. Washington.DC. National Institute of Mental Health; 1991.
25. Basabe N., Páez D., Zlobina A. Adaptación de los inmigrantes extranjeros en España: superando el choque cultural en *Migraciones* nº 15. 2004. Madrid. Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones de la Universidad Pontificia Comillas; 2004.
26. Hernández F. Influencia del estrés aculturativo en la salud general de los inmigrantes. Estudio en tres grupos culturales de la Comunidad de Madrid. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología 2011. Universidad Autónoma de Madrid.
27. Sam D. Acculturation and health. *Handbook of acculturation*. London: Cambridge University Press; 2006.
28. Alarcón R. Pasado, presente y futuro de la Psiquiatría Cultural. 2000. Madrid. Monografías de Psiquiatría; 2000.
29. Chamizo J. El derecho a la protección de la salud de los inmigrantes, conferencia inaugural de la I Jornada de Coordinación de Atención Sanitaria a inmigrantes en Andalucía. 2002. Sevilla. Fundación Progreso y Salud; 2002.
30. Sánchez G, López MJ. Ansiedad y modos de aculturación en la población inmigrante. *Apuntes de Psicología* 2008; 26 (3): 399-410.
31. Abotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: E Perdiguero y JM Comelles. *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra; 2000.
32. Martínez M, Martínez A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales* 2006; 29 (1).
33. Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia: The changes for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:350-357.
34. Bohle P, Quinlan M, Kennedy D, Williamson A. Working hours, work-life conflict and health in precarious and "permanent" employment. *Rev Saude Publ*. 2004; 38:19-25.
35. Burchell B. The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
36. Bardasi E, Francesconi M. The impact of atypical employment on individual wellbeing: evidence from a panel of British workers. *Soc Sci Med*. 2004; 58:1671-88.
37. Ludemir AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003; 38:485-9.

38. Delclós J, Betancourt O, Marqués F, Tovalín H. Globalización y Salud Laboral. Arch Prev Riesgos Labor 2003; 6 (1): 4-9.
39. Brunner E. Social Organization, Stress and Health. En: M Marmot y R Wilkinson (eds.), Social Determinants of Health, New York: Oxford University Press; 1999.
40. Martínez MF, García M, Maya I. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. Psicothema 2001; 13 (4): 605-610.
41. García M, Martínez MF, Albar MJ. La elección de fuentes de apoyo social entre inmigrantes. Psicothema 2002; 14 (2): 369-374.
42. Díez, J. Las dos caras de la inmigración. MTAS 2005. p.244.
43. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Dirección General de Integración de los Inmigrantes. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2007. Disponible en: <http://www.tt.mtas.es/periodico/inmigracion/200702/plan.pdf>.
44. Porthé V, Amable M, Benach J. La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿qué sabemos y qué deberíamos hacer?. Arch Prev Riesgos Labor 2007; 10 (1): 34-39.
45. Otero C, Novillo M.L., Pareja S, Flis M, Yubero L, Gómez JM. Modelo de Historia Clínico-Laboral Bilingüe para trabajadores inmigrantes. Medicina del Trabajo 2006; 15 (2): 40-55.

Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo

Illicit drugs in the Workplace. General guidelines of intervention from the Occupational Health

Carmen Otero Dorrego

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital de Móstoles (Madrid). España.

Correspondencia:

Carmen Otero Dorrego
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
Hospital Universitario de Móstoles
C/Río Júcar s/n
28935 Móstoles (Madrid). España
Tfno.: +34 916648630
E-mail: coteroh.html@salud.madrid.org

Resumen

El abuso de drogas es un importante problema de salud pública, así como un grave problema laboral en los países industrializados. Las serias consecuencias laborales (menor rendimiento, aumento del número de accidentes, etc.) y la posibilidad de abordar el problema con éxito desde los servicios de salud laboral de las empresas, hacen necesarias la creación de políticas y programas de intervención. El objetivo general de todos estos programas es conseguir la rehabilitación personal y laboral de los trabajadores afectados. Otros objetivos secundarios son mejorar los índices de absentismo y accidentabilidad, establecer pautas generales de actuación de los médicos del trabajo para intervenir en las situaciones de abuso de drogas en el lugar de trabajo, así como favorecer la reincorporación laboral adecuada de los trabajadores que han seguido un programa de deshabituación.

En este artículo se hace una revisión de datos epidemiológicos, consecuencias laborales, personales y sociales, diferentes normas y recomendaciones internacionales y nacionales, así como de programas específicos de empresas nacionales y extranjeras en los diferentes sectores de producción. Por último, se describen las pautas generales de actuación de los médicos del trabajo de los servicios de salud laboral.

Las actuaciones del Médico del trabajo en el ámbito de la Prevención Primaria se dirigirán a la detección de factores de riesgo en el puesto de trabajo (evaluación de riesgos psicosociales y facilidad de acceso a drogas en el trabajo, entre otros) y factores individuales (detección precoz de trabajadores especialmente sensibles), aplicando medidas correctoras (formativas e informativas, adaptación de puestos de trabajo, etc.). El médico del trabajo también se ocupará de realizar un diagnóstico precoz (Prevención Secundaria) para tratamiento de desintoxicación y deshabituación a través de la red asistencial del Sistema Nacional de Salud. Y, por último, facilitará la rehabilitación laboral (Prevención Terciaria) favoreciendo la reincorporación laboral del trabajador con garantías de seguridad.

Palabras clave: *drogas de abuso, lugar de trabajo, intervención, medicina del trabajo.*

Abstract

Drug abuse is an important problem of public health, as well as a serious labor problem in industrialized countries. The serious labor consequences (smaller yield, increase of the number of accidents, etc.) and the possibility of successfully approaching the problem from Occupational Health Services of companies, make the creation of politics and programs of intervention necessary. The overall goal of all these programs is to obtain the personal and labor rehabilitation of the affected workers. Other secondary targets are to improve the indices of absenteeism and accidentability, to establish general guidelines of performance of occupational health doctors to take part in the situations of drug abuse in the work place, as well as to favor the suitable labor restoration of workers who have followed a therapy program.

In this article we make a revision of epidemiologic data, labor, personal and social consequences, different norms and international and national recommendations, as well as of specific programs of national and foreign companies in the different sectors from production. Finally, the general guidelines of intervention from Occupational Health Physicians are described.

The performances of Occupational Health Physicians in the scope of Primary Prevention will be directed towards the detection of risk factors at work (evaluation of psycho-social risks and facility of access to drugs at work, among others) and individual factors (early detection of specially sensible workers), applying correction measures (training courses, job adaptations, etc.). Occupational Health Physicians will also make early diagnosis (Secondary Prevention) for detox through the National Health System. Finally, they will facilitate labor rehabilitation (Tertiary Prevention) favoring labor restoration of the worker with security guarantees.

Key words: *drug abuse, Workplace, intervention, Occupational Health.*

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas representa en la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública en los países industrializados, que además, lejos de disminuir, se ha ido incrementando en los últimos años. Es un error asumir que el consumo abusivo de drogas afecta a sectores marginales de la sociedad, con alta tasa de desempleo. Todo lo contrario, es un problema que afecta a una gran parte de la población laboral activa, lo que ocasiona graves consecuencias en los lugares de trabajo: problemas de seguridad por accidentes debidos a la falta de atención y concentración en los trabajadores afectados, aumento del absentismo laboral, conflictividad laboral (disputas con jefes y compañeros), etc.

Aunque la adicción a drogas tiene una etiología multicausal, entre las diversas causas o factores contribuyentes también pueden contemplarse algunos aspectos psicosociales del trabajo (altas demandas de tarea, situaciones de estrés mantenido, etc.). El trabajador que consume de forma habitual drogas, en algún momento de su proceso patológico representará un riesgo personal hacia sí mismo o hacia terceras personas (según las tareas que tenga asignadas y su nivel de responsabilidad), sobre todo en situaciones adversas de mayor estrés. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), desde hace ya casi dos décadas, ha reconocido los problemas que suponen el consumo de drogas y alcohol en cuanto problema de seguridad laboral y elevado coste para la producción, ya que suele tener como consecuencia absentismo, enfermedades y lesiones relacionadas con

seguridad laboral y elevado coste para la producción, ya que suele tener como consecuencia absentismo, enfermedades e lesiones relacionadas con el trabajo¹. En 1998 la OIT estimó que las lesiones relacionadas con drogas y alcohol suponían entre un 15 y un 30 % del total de los accidentes relacionados con el trabajo². La accidentabilidad laboral es tres veces superior en trabajadores con adicción a drogas y alcohol, un tercio de los accidentes laborales mortales están relacionados con el consumo de sustancias, la tasa de accidentes se duplica o triplica en estos trabajadores y también se triplican las bajas laborales y el absentismo. No es, pues, de extrañar que en todo el mundo se esté registrando un creciente interés por la aplicación de los programas de prevención, y concretamente los que están vinculados al lugar de trabajo.

En nuestro país, desde que en 1995 se aprobó la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), se establece la obligación o deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales (Art. 14.1, LPRL)³. En el caso de las drogodependencias de los trabajadores, existe mucha controversia, ya que si bien se trata de un problema social y personal que extralimita el ambiente laboral, las consecuencias del consumo y los efectos producidos en los trabajadores afectados (déficit de atención, etc.) pueden representar serios problemas de seguridad para sí mismos, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa. Por este motivo, los empresarios muestran cada vez más interés por aplicar los programas preventivos en materia de drogodependencias a los lugares de trabajo, no sólo por política social de empresa hacia sus trabajadores, sino también por responsabilidad social. Evitar la accidentabilidad y mejorar la seguridad es una necesidad básica para la mayoría de las empresas, sobre todo en sectores de servicios con graves consecuencias de fallos de seguridad (por ejemplo: empresas de transporte de pasajeros ferroviarias o líneas de transporte aéreo, o en empresas de construcción, o incluso en profesiones como la medicina, en los que unos sentidos y una capacidad de juicio deteriorados pueden tener unas consecuencias fatales). Los controles de drogas en el lugar de trabajo (CDLT)⁴ constituyen un fenómeno relativamente nuevo iniciado en las grandes multinacionales y difundido por ellas en casi todos los países. Sin embargo, la polémica rodea a los CDLT, considerando conflictos como el derecho a la intimidad, a la responsabilidad social y a la responsabilidad potencial de los empresarios, así como las dificultades en la interpretación de los resultados. En cualquier caso, los CDLT han demostrado una gran utilidad para el control de las drogodependencias en las empresas, siempre que sólo sean una herramienta más de un programa integral de prevención de drogodependencias, encuadrado en el marco de una Política de Prevención de Drogas en la empresa, en la que deben intervenir tanto el empresario, como los agentes sociales (sindicatos, delegados de prevención), así como los profesionales sanitarios de los Servicios de Prevención, garantizando la confidencialidad y el derecho de intimidad del enfermo, así como el “deber de asistencia” de la organización.

En este contexto, la intervención del Médico del Trabajo es básica, tanto si existe en la empresa una Política de Prevención de Drogas (en este caso las actuaciones del médico del trabajo estarán protocolizadas), como si no. El problema del trabajador adicto a drogas entrará en el ámbito de los riesgos laborales en el momento en que se considere (y se documente) que dicho trabajador puede representar un problema de seguridad, por ser un riesgo para sí mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa, (Art. 22 LPRL³). El Médico del Trabajo deberá desarrollar su actividad:

1. Detectando factores de riesgo (Prevención Primaria) y actuando sobre los mismos: tanto factores de riesgo colectivos en la organización y en el puesto de trabajo (Evaluación de riesgos psicosociales y de puestos de trabajo de fácil acceso a psicofármacos, Programas de formación, etc.) como factores individuales personales (detección precoz de trabajadores especialmente sensibles (TES), según Art. 25 LPRL³).
2. Realizando el diagnóstico precoz en los trabajadores consumidores y/o adictos a sustancias (Prevención Secundaria) y la derivación al SNS para tratamiento de desintoxicación y deshabituación.
3. Y por último, facilitando la rehabilitación laboral (Prevención Terciaria) favoreciendo la reincorporación laboral del trabajador tras tratamiento de deshabituación, con garantías de seguridad.

ALCANCE DEL PROBLEMA

La elevada prevalencia del consumo de drogas y/o alcohol entre la población trabajadora convierte estos consumos en un problema de gran magnitud⁵. Estas elevadas prevalencias de consumo observadas en nuestro país son similares a las que presentan el resto de los países industrializados europeos^{6, 7, 8}. El Observatorio Español Sobre Drogas lleva a cabo una encuesta bianual desde 1995, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). En el periodo 2007-2008 se incluyó un módulo específico en la población laboral, cuyo objetivo prioritario, en el marco de la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2009-2016⁹, es ayudar a identificar prioridades para la acción preventiva en el campo de la salud laboral. Se concluyó que, globalmente, la prevalencia de consumo de drogas en la población laboral es similar a la encontrada en la población general, las sustancias más consumidas son las legales (tabaco y alcohol) y la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo es el cannabis, seguido de la cocaína en polvo. En realidad, la prevalencia tiende a ser algo más elevada para todas las drogas ilegales en la población laboral que en la general (Tabla I), salvo para los consumos de tranquilizantes y somníferos (en grupos de edad de 35 a 64 años), que es más bajo en la población laboral⁶.

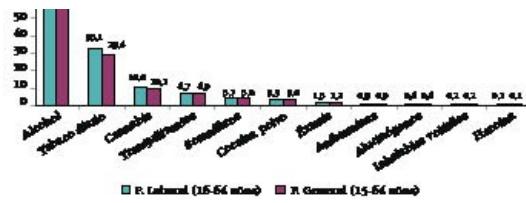
La prevalencia de consumo de **cannabis** en el último año anterior a la encuesta (2008) entre la población laboral fue de un 13.3% en los hombres y de un 7.3% en las mujeres, admitiendo un consumo diario un 1,8% de los hombres y un 0,7% de las mujeres. En la [tabla II](#) se detallan los porcentajes obtenidos según las variables laborales. Se obtuvo un patrón de consumidor de cannabis característico: hombre joven, en paro, con un nivel de estudios mayor que primario y trabajador del sector de la construcción o la hostelería⁶.

La **cocaína** es la segunda droga ilegal más consumida en España. La prevalencia de consumo de cocaína en polvo en el último año anterior a la encuesta (2008) entre la población laboral fue de un 4.7% en los hombres y de un 1.8% en las mujeres, admitiendo su consumo en el último mes un 2,6% de los hombres y un 0,9% de las mujeres. En la [tabla III](#) se detallan los porcentajes obtenidos según las variables laborales. Se observó una prevalencia de consumo más elevada en hombres, entre 16 a 34 años de edad, y más elevada entre parados que entre empleados, en sectores de construcción y hostelería. En las mujeres, las cifras más elevadas se dan en el sector del transporte/almacenamiento/comunicación.

Respecto a otras sustancias, la prevalencia del consumo de **éxtasis** en el último mes fue de 1.7% en hombres y 0.8% en mujeres, la prevalencia del consumo de **anfetaminas** en el último mes fue de un 0.4 en los hombres y un 0.2 en las mujeres, sólo un 0.8% de los hombres reconocieron haber consumido **alucinógenos** en el último mes y sólo un 0.2% de los hombres reconoció el consumo de **heroína** en el último año (la mayoría parados con experiencia laboral)⁶.

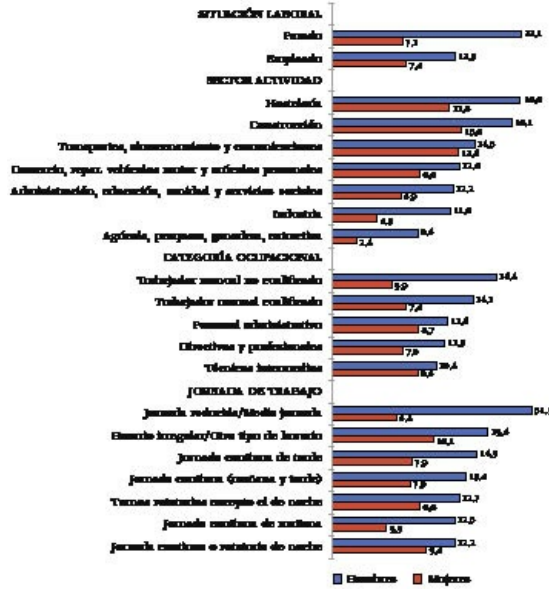
Tabla I. Porcentaje de la población laboral y general que ha consumido diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses (salvo tabaco diario). España 2008.





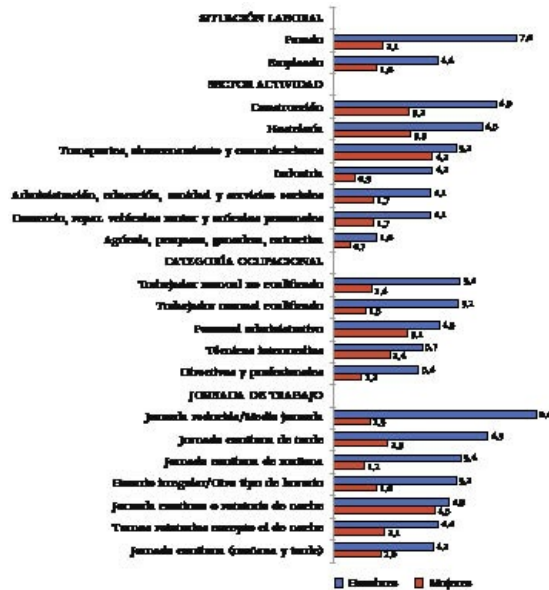
Fuente: Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. EDADES. Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla II. Porcentaje de población laboral que ha consumido Cannabis en los últimos 12 meses según las variables laborales y distribuido por sexo. España 2008



Fuente: Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. EDADES. Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla III. Porcentaje de población laboral que ha consumido Cocaína en los últimos 12 meses según las variables laborales y distribuido por sexo. España 2008.



Fuente: Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. EDADES. Observatorio Español sobre Drogas.

Según concluye la encuesta 2007-2008, las prevalencias de consumo son mayores, para todas las sustancias consideradas, en el grupo de hombres parados frente al grupo de los que tienen empleo. Solo el consumo de hipnosedantes es la única sustancia que es consumida por una mayor proporción de mujeres que de hombres, y en grupos de mayor edad (35 a 64 años), también asociado en mayor medida al desempleo. En cuanto al tipo de jornada laboral, la mayor proporción de consumidores, entre los hombres, realizan jornadas reducidas o media jornada. En las mujeres trabajadoras, las mayores prevalencias de consumo se observan en aquellas que tienen jornada continua o turnos rotatorios. Al preguntar por los riesgos de seguridad percibidos, se observan mayores prevalencias de consumo de hipnosedantes, cannabis y cocaína entre los trabajadores de ambos sexos que dicen realizar trabajos de mayor peligrosidad y/o penosidad. El consumo de drogas ilegales también muestra mayores prevalencias entre los trabajadores de ambos sexos que refieren estar expuestos a los factores de riesgo psicosociales⁶.

Los datos que nos suministra la encuesta son muy valiosos para hacernos una idea descriptiva del problema en nuestro país. sin embargo hay que

resaltar una cuestión importante: se ha encuestado a población en edad laboral (activa o parada) que refieren datos relativos a un consumo más asociado al tiempo de ocio o inactividad laboral (parados, trabajadores con jornadas reducidas, etc.), pero no es representativo del consumo en el lugar y/o tiempo de trabajo. No obstante los consumidores habituales de drogas, aún en su tiempo de ocio, pueden manifestar alteraciones psicofísicas (déficit de atención, cansancio, ansiedad) que también repercuten en la productividad (menor rendimiento, mayor absentismo) y en la seguridad laboral (aumento de accidentes laborales). Otro problema que puede generar controversia es el consumo esporádico por parte de algunos trabajadores, que puede generarles problemas laborales en empresas con programas de control de drogas a sus trabajadores. Es conveniente diferenciar los patrones de consumo que se puedan presentar, porque la intervención se tiene que personalizar.

DEFINICIONES

Aunque se pueden encontrar múltiples definiciones de “**droga ilícita**”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que se trata de cualquier sustancia, terapéutica o no, introducida en el cuerpo por cualquier mecanismo, capaz de actuar sobre el sistema nervioso central (SNC) del individuo, hasta provocar en él una reacción física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado psíquico. Esta modificación, condicionada por los efectos inmediatos (psicoactivos) o persistentes (crónicos), predispone a una reiteración continuada en el uso del producto¹⁰. En realidad, hace referencia a las consecuencias biológicas que sufre un organismo, pero además de las consecuencias individuales se deben contemplar también las consecuencias sociales. Se trata de un problema personal (efectos nocivos para la propia salud) y social (afectación del bienestar social)¹¹. En este sentido se pueden considerar “**drogas ilícitas**” a “todas aquellas sustancias que, introducidas en un organismo vivo, pueden modificar una o más funciones de éste, siendo capaces de generar dependencia, provocar cambios en la conducta y efectos nocivos para la salud y el bienestar social”¹².

Tabla IV. Clasificación de las drogas según su mecanismo de acción sobre el SNC

Depresores	Estimulantes		Perturbadoras
	Mayores	Menores	
<ul style="list-style-type: none"> • Opiáceos (heroína, morfina...) <p>FORMAS DE CONSUMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependencia psicológica y física intensa a un ritmo muy acelerado. - Heroína: polvo blanco o marrón para fumar o inyectar. También sublingual, inhalada, etc. <p>EFFECTOS PSICOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apatía, sedación, paz, euforia, somnolencia. Efectos sedantes e hipnóticos mayores con fentanilo. - S. abstinencia (mono) muy potente. <p>EFFECTOS FISIOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analgesia, inhibidor de la tos, respiratorio y del vómito (SNC), miosis. Sequedad de mucosas, sensación de calor y disminución de la temperatura corporal. Disminución de tensión arterial. <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Tranquilizantes (benzodicepinas) • Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaína <p>FORMAS DE CONSUMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoja mascada o en infusión. - Pasta de coca (fumada mezclada con tabaco o cannabis). - Hidrocloruro de cocaína (polvo) inhalado, también se fuma e inyecta. - Pasta base inhalada o fumada. - Crack (se fuma). - Mezclas con heroína. <p>EFFECTOS PSICOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Euforia, locuacidad, aumento de la sociabilidad, aceleración mental, hiperactividad, aumento del deseo sexual. <p>EFFECTOS FISIOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la fatiga, reducción del sueño, inhibición del apetito, aumento de la tensión arterial (HTA). <ul style="list-style-type: none"> • Anfetaminas <p>FORMAS DE CONSUMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En pastillas o comprimidos suelen ser un componente de otras drogas (drogas de diseño). <p>EFFECTOS PSICOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitación, euforia, sensación de autoestima aumentada, verborrea, alerta y vigilancia, agresividad. <p>EFFECTOS FISIOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de apetito, taquicardia, sequedad de boca, sudoración, aumento de presión arterial, contracción mandibular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicotina • Xantinas • Inhalantes (acetona, bencinas, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Derivados del Cannabis <p>FORMAS DE CONSUMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planta con cuya resina, hojas y flores se elaboran diversas sustancias como hachís y marihuana, que son las drogas ilegales más usadas. <p>EFFECTOS PSICOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relajación, desinhibición, hilaridad, sensación de ralentización del tiempo, somnolencia, alteraciones sensoriales, dificultad en el ejercicio de funciones complejas. <p>EFFECTOS FISIOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento del apetito, ojos brillantes y enrojecidos, taquicardia, sudoración, somnolencia, descoordinación de movimientos. <ul style="list-style-type: none"> • Alucinógenos (LSD) • Drogas de síntesis <p>FORMAS DE CONSUMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En pastillas (éxtasis, eva,...), gammahidroxibutirato (GBH) o éxtasis líquido, es depresor SNC. <p>EFFECTOS PSICOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sociabilidad, empatía, euforia, desinhibición, sensación de aumento de autoestima, irritabilidad, deseo sexual aumentado, agobio. <p>EFFECTOS FISIOLÓGICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia, arritmia, HTA, sudoración, temblores, contracción mandibular, hipertermia, deshidratación.

Tienen consideración de drogas el alcohol y el tabaco (“**drogas legales o institucionalizadas**”), las sustancias psicoactivas y cualquier otra sustancia que provoque un **trastorno adictivo**, que es un patrón desadaptativo de comportamiento, que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona

y su entorno. La **drogodependencia** es un tipo especial de trastorno adictivo que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación^{11, 12}.

Pueden clasificarse por su grado de peligrosidad (clasificación que hace la OMS), pero lo habitual es encontrar clasificaciones de las drogas por grupos según la acción que tienen sobre el sistema nervioso central (SNC)^{10, 13}, según se representa en la [Tabla IV](#).

ANÁLISIS DE CONSECUENCIAS

Las consecuencias del consumo abusivo de drogas pueden generar responsabilidades personales (para el propio consumidor), sociales (problemas de inseguridad ciudadana, delitos asociados al narcotráfico, etc) y laborales (accidentabilidad, absentismo, etc). En ocasiones se pueden producir daños a otras personas (daños a terceros), derivados unas veces de accidentes ocasionados por un consumidor con un estado psicofísico alterado, sin intencionalidad, o actos delictivos cometidos con intención de conseguir dinero para el consumo (robos, inseguridad ciudadana, etc.).

Por motivos de responsabilidad social, se han creado organismos encargados del control internacional de las drogas de abuso, como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), o el Convenio de Viena (Convenio sobre sustancias psicotrópicas, 1971). España está representada en ambos, si bien, en nuestro país el órgano más representativo para el control de drogas de abuso es el Plan Nacional de Drogas (PND)¹⁴, que se encarga de coordinar y potenciar las políticas que se llevan a cabo desde las diferentes Administraciones e impulsar las reformas legales^{10, 14}. La legislación española en materia de control de drogas de abuso es amplia (multitud de normas autonómicas) y compleja, aunque siguiendo siempre las directrices que marcan los convenios internacionales.

En materia de responsabilidad penal, no se considera delito el consumo de drogas, pero sí la tenencia que se dedique al tráfico (Art. 368 Código Penal (CP)). Desde la última reforma del CP, en materia de seguridad vial, se contempla la pena de prisión o multa para aquel que conduzca un vehículo a motor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas (es importante contemplar este problema en casos de accidentes de tráfico con relación laboral: accidentes “in itinere” o accidentes “in mision”). En cualquier caso, El Código Penal considera que la drogodependencia (en caso de adicciones graves) es una circunstancia atenuante cuando se han cometido actos delictivos (Art. 21.2 CP)^{10, 11, 15}. En caso de adicciones graves y con carácter habitual, siempre que impidan a la persona gobernarse por sí misma, se puede considerar la incapacitación del adicto según la norma civil (Art. 200 Código Civil)¹⁰.

Sin embargo, el consumo o tenencia ilícita de drogas (aunque no se dedique para el tráfico de las mismas) sí que puede dar lugar a responsabilidad administrativa con imposición de sanciones (administrativas y disciplinarias) cuando se realice en lugares públicos o cuando dicho consumo sea tolerado por parte de los responsables de los locales o establecimientos públicos (ambas situaciones se consideran infracciones graves según la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, Art. 25 y 23.i, respectivamente)^{11, 16}.

En el ámbito laboral las repercusiones del consumo de drogas pueden ser muy graves. La OIT estima que las lesiones relacionadas con drogas y alcohol suponen entre un 15 y un 30 % del total de los accidentes relacionados con el trabajo². Es decir, más de una cuarta parte del total de accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos de alcohol y/o drogas, causándose lesiones a sí mismos o a otros. El absentismo entre los trabajadores consumidores de drogas es 2 a 3 veces mayor, y el coste de las bajas por enfermedad que generan también es 3 veces superior respecto al resto de trabajadores⁵.

El consumo abusivo de drogas también se sanciona en el Derecho Laboral. El Estatuto de los Trabajadores (ET) contempla el despido disciplinario por este motivo, siempre y cuando sean conductas habituales y tengan repercusión negativa en el trabajo (Art. 54.f)^{11, 17}. Sin embargo, los despidos disciplinarios causados por consumo de drogas suelen recurrirse, sobre todo si no hay preceptos al respecto en Convenio Colectivo, y no se puede demostrar que el consumo sea habitual, aunque sí se demuestre la repercusión negativa en el trabajo. Esta línea represora no contribuye a la solución del problema, ya que la drogodependencia es una enfermedad^{11, 18} y como tal hay que abordarla. Según la OMS, en el nuevo plan de acción de la UE se destaca la prevención en entornos específicos, como por ejemplo el lugar de trabajo. El mayor hincapié en la prevención específica puede ser un contrapeso a la tendencia general de reducción de la gravedad de las penas para los consumidores de droga, quizá debido a la preocupación por la prevalencia y frecuencia del consumo de drogas en la UE¹⁹. Como parte de una estrategia internacional amplia para reducir la demanda de drogas y alcohol, los objetivos de la acción de la OIT en este terreno, consisten en una estrategia doble: prevención en el lugar de trabajo y rehabilitación en la comunidad².

La Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016 instituye en España el modelo de prevención dentro de los programas de salud laboral, y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), establece la obligación o deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales (Art. 14.1, LPRL)³. En el caso de las drogodependencias de los trabajadores, aunque se trate de un problema social y personal que extralimita el ambiente laboral, se debe contemplar la prevención no sólo del consumo, sino de las consecuencias del consumo, ya que el trabajador adicto pueden ocasionar accidentes muy graves para sí mismo y para otras personas en la empresa, además de múltiples daños colaterales.

POLÍTICAS DE PREVENCIÓN EN RELACIÓN CON LAS DROGAS EN EL TRABAJO

Las administraciones sanitarias promocionan el desarrollo de planes de prevención en las empresas y programas específicos de salud laboral que mejoren la situación de los trabajadores en relación con el consumo de drogas⁵. Las grandes empresas, sobre todo en el sector del transporte de pasajeros, se suman a esta iniciativa, porque comprenden la importancia que tiene la prevención para evitar los enormes costes directos e indirectos que el consumo de drogas puede provocar. Aunque es muy difícil estimar el coste por abuso de drogas en una empresa^{13, 20} se contemplan:

1. Costes Directos:

— Coste del programa de prevención y ayuda al empleado (horas de recursos humanos empleados para formación, información y supervisión, coste de pruebas analíticas y tratamiento adecuado de las muestras, costes de laboratorio).

2. Costes Indirectos:

- Coste de atención sanitaria por enfermedad o accidente.
- Coste de incapacidad temporal u otro tipo de incapacidad (absentismo).
- Coste de rotación de puestos o contratación por sustitución de bajas.
- Coste por caída de la productividad.

- Coste incurrido cuando la imagen de la empresa haya sufrido perjuicio.
- Coste por supervisión del trabajo de operarios que no rinden en su puesto.
- Coste por daños a equipos o productos.
- Coste por responsabilidad legal.
- Coste por baja moral en la empresa y aumento de la conflictividad interna.
- Costes por malas decisiones tomadas por abuso de drogas (incidentes, mala calidad del producto).
- Los costes del abuso de drogas también incluirían a otros miembros del grupo familiar del adicto que no son consumidores (son más generadores de bajas laborales que el resto de los trabajadores).

Un Programa de Prevención efectivo que “ahorre” evitando los enormes costes que puede suponer la presencia de drogas en el trabajo siempre resultará rentable para la empresa. El Servicio de Correos de EEUU constató que el ahorro en cinco años del programa de filtrado de los aspirantes con pruebas positivas hubiera ascendido a 105 millones de dólares²⁰. Al plantearse establecer un Programa de prevención, se deben considerar tres aspectos: que los trabajadores son una parte vital de todo negocio, que puede ser más efectivo ofrecer ayuda para problemas personales que adoptar medidas disciplinarias contra los trabajadores, y que los trabajadores recuperados se convierten en personas comprometidas y leales a la empresa²⁰.

Aunque es básica la predisposición de la Dirección de la empresa para iniciar estas estrategias preventivas, que se dirigen, no sólo a evitar el consumo de drogas por parte de los trabajadores, sino también a evitar que se produzcan los efectos nocivos que causa este consumo, se deben pactar entre empresa y Comité de Empresa (incluirlo en Convenio Colectivo). **Lo primero es establecer una Política de Prevención de Drogas en el lugar de trabajo, dándole difusión entre los trabajadores. En el seno del Comité de Empresa y Comité de Seguridad y Salud se pactará la Planificación de la Acción Preventiva: planificación de un Programa de Prevención de Drogas y un Protocolo de actuación. Debe estar consensuado entre la empresa y los representantes de los trabajadores, y estará integrado en la Política de la Salud Laboral (Figura 1).** Existen múltiples ejemplos en el panorama nacional^{13, 21-25}, no obstante, siempre se tratará de un plan concreto y específico para cada empresa. Un Plan de Prevención de drogas en el trabajo es un conjunto de actuaciones realizadas en el lugar de trabajo, encaminadas a prevenir, reducir o paliar los efectos asociados al consumo de las drogas. Las características generales que deben cumplir²⁴ se detallan en la [Tabla V](#).

Figura 1. Agentes implicados en la Política de prevención de drogas en el trabajo



Los trabajadores acceden al plan de prevención de drogas en el trabajo bien por autoderivación, o bien por derivación de supervisores y compañeros. Si en la empresa se implanta un programa de **control de drogas en el lugar de trabajo (CDLT)**^{4, 20}, pactado en Comité de empresa y previsto en Convenio Colectivo, los resultados positivos se derivarían, con garantías de confidencialidad y con el consentimiento del trabajador, al plan de prevención de drogas, para tratamiento y posterior reincorporación. Los programas de CDLT no son voluntarios, siempre que contemplen el riesgo objetivable a sí mismo o a terceros (Art. 22 LPRL) que pueda generar un problema de seguridad, y su protocolización debe consensuarse en el seno del Comité de Seguridad y Salud. Aún así, este programa de CDLT debe tener un objetivo preventivo y no punitivo, se debe contemplar en los protocolos médicos de vigilancia de la salud laboral específicos para los riesgos, y debe estar integrado dentro del marco general de la política de drogas de la empresa, en la que se garantice que su objetivo no es perseguir a los adictos, sino contribuir a mejorar las condiciones de seguridad y salud en la empresa^{4, 5, 21-25}. Los CDLT han demostrado una gran utilidad para el control de las drogodependencias en las empresas, siempre que sólo sean una herramienta más de un programa integral de prevención de drogodependencias, encuadrado en el marco de una Política de Prevención de Drogas en la empresa, en la que deben implicarse la Dirección, los representantes de los trabajadores (sindicatos y delegados de prevención), y los médicos del trabajo de los Servicios de Prevención, garantizando la confidencialidad y el derecho de intimidad del enfermo, así como el “deber de asistencia” de la organización y el compromiso de reincorporación laboral al puesto de trabajo tras el tratamiento.

Tabla V. Características de los Planes de Prevención de Drogas en el lugar de Trabajo

<p>Concepto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es, un conjunto de actuaciones realizadas en el lugar de trabajo, encaminadas a prevenir, reducir o paliar los efectos asociados al consumo de las drogas. 	<p>Integrado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfocado desde las salud laboral.
<p>Concreto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Específico en cada empresa. 	<p>Confidencialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • No revelar la identidad de los trabajadores tratados. • Sólo utilizar los datos para fines terapéuticos.
<p>Pactado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre empresa y comité de empresa. 	<p>Gratuito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los costes serán a cargo de la empresa.

- Incluido en el convenio colectivo.

Participativo

- Con representante de los trabajadores.
- Delegados de prevención.

Total e integral

- Dirigido a todos los trabajadores.
- Actúa no sólo sobre los hábitos, sino también sobre las consecuencia.

Voluntario

- Ningún trabajador se verá obligado a participar.

No sancionador

- No tiene como objetivo ejercer un control disciplinario sobre los trabajadores.
- Las enfermedades se “tratan” no se “castigan”.

Tomado de Prevención de adicciones en los trabajadores de instituciones penitenciarias. Secretaría de salud laboral de UGT (2010) ²⁴.

En España, el problema que se nos plantea es que muy pocas empresas disponen de Políticas de Prevención frente a las drogas, sólo empresas multinacionales y grandes empresas del sector servicios, construcción o transporte de pasajeros (FCC, RENFE, Iberia, por nombrar algunos ejemplos). La realidad es que **la mayoría de las empresas españolas son lo que se conoce como Pequeña y Mediana Empresa (PYME), sin recursos suficientes o medios adecuados para la identificación precoz de trabajadores en situación de riesgo de drogodependencia.** Según el Directorio Central de Empresas (DIRCE), a 1 de enero del año 2009 había en España 3.350.972 PYME (empresas comprendidas entre 0 y 249 asalariados). Es decir, el 99,88 por ciento de las 3.350.972 empresas que conforman el censo, excluida la agricultura y la pesca ²⁶. **La mayoría de estas empresas no han establecido ningún programa ni protocolo específico frente a las drogas.** En general, no son conscientes del problema hasta que se produce una situación crítica ⁵ (trabajadores con alteraciones del comportamiento bajo los efectos de las drogas o accidentes graves provocados por el consumo de drogas) y la toma de decisiones suele ser punitiva (sanciones y medidas disciplinarias), cuando, hasta entonces, todos los que rodeaban al trabajador adicto habían intentado “no ver” el problema. Algunas confederaciones de empresarios, como la Confederación Empresarial Vasca (CONFEBASK) ²¹, preocupados por estas situaciones y buscando una ayuda a la toma de decisiones, han elaborado documentos Guía para abordar el problema en las pequeñas empresas. Básicamente, proponen un “Protocolo de actuación ante un trabajador que se encuentra bajo los efectos de alcohol o drogas en el trabajo” (Figura 2), que finaliza en la visita al “servicio médico”. El problema sólo se ha trasladado al médico del Trabajo del servicio de prevención [(ya sea propio (SPP), o en la mayoría de los casos, ajeno (SPA)] ¿Y cuál puede y debe ser la actuación del Médico del Trabajo en estas situaciones?

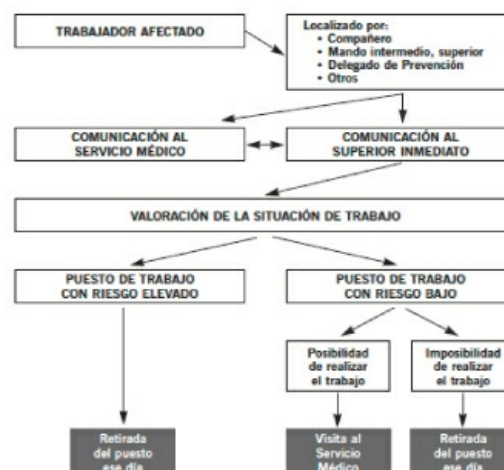
ACTUACIÓN DEL MÉDICO DEL TRABAJO

“El empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo. Esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento. De este carácter voluntario sólo se exceptuarán, previo informe de los representantes de los trabajadores, los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para **verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa** o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad [...]” (Art. 22 LPRL ³).

Todos los reconocimientos médicos de vigilancia periódica de la salud deben ceñirse al consentimiento del trabajador a realizárselos, puesto que son voluntarios, y específicos para los riesgos del puesto de trabajo. No es preciso recabar el consentimiento del trabajador cuando se trate de un caso excepcional de reconocimiento obligatorio (en adelante le llamaremos **Vigilancia de la Salud Obligatoria (VSO)** para simplificar), siempre y cuando haya un informe previo de los representantes de los trabajadores.

Figura 2. Protocolo de actuación ante un trabajador que se encuentra bajo los efectos de alcohol o drogas en el trabajo

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CUANDO UN TRABAJADOR SE ENCUENTRA BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL O DE CUALQUIER OTRA SUSTANCIA EN EL CENTRO DE TRABAJO



Fuente: *Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido de alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral. Confederación Empresarial Vasca (CONFEBASK). 2004.*

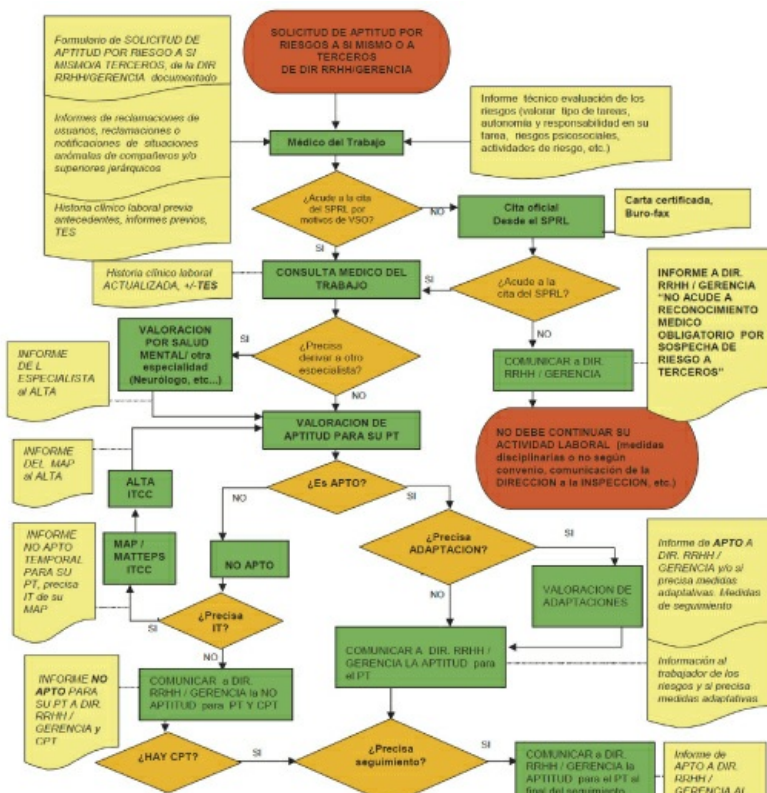
El problema del trabajador adicto a drogas entrará en el ámbito de los riesgos laborales en el momento en que se considere (y se documente) que dicho trabajador puede representar un problema de seguridad, por ser un riesgo para sí mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa. No será preciso recabar su consentimiento, porque entra en el ámbito de la VSO. Según una sentencia del Tribunal Constitucional en un caso de despido improcedente por un resultado positivo a drogas en orina en una auxiliar administrativo de una empresa, "la obligatoriedad no puede imponerse, en cambio, si únicamente está en juego la salud del propio trabajador, sin el añadido de un riesgo o peligro cierto objetivable, pues aquél es libre para disponer de la vigilancia de su salud sometándose o no a los reconocimientos en atención a las circunstancias y valoraciones que estime pertinentes para la decisión"²⁷.

Pero debe haber un **informe previo de los representantes de los trabajadores**. Solicitar un informe de cada caso particular puede ser poco operativo porque en situaciones de urgencia no se puede reunir a todos los representantes de los trabajadores, e incluso se entraría en conflictos de intimidad, dignidad y confidencialidad amplificando el número de personas conocedoras del problema, o bien se propone un **"Protocolo de Vigilancia de la Salud Obligatoria"**¹⁸ especificando las siguientes garantías:

1. Que el proceso se inicie con una solicitud de la Dirección de la empresa de "Aptitud por sospecha de riesgo importante para sí mismo o para terceros", aportando un informe escrito de sus responsables documentando que existe sospecha real de riesgo para la seguridad del trabajador o de terceras personas. La obligatoriedad sólo puede imponerse si existe un riesgo o un peligro cierto y objetivo sobre la salud.
2. Garantía de respeto a la intimidad y dignidad del trabajador. Determinadas pruebas (análisis de orina) que no requieren de una intervención sobre el cuerpo (intimidad corporal), pueden afectar a la intimidad de la persona en sentido amplio (pueden averiguarse datos relativos a la esfera íntima de la persona como el consumo de drogas). La actuación de la Empresa no vulnerará el derecho fundamental a la intimidad en función de que nos encontremos ante un supuesto excepcionado por la LPRL de obtener el consentimiento del trabajador para realizar el reconocimiento médico.
3. Garantía a la confidencialidad de los datos (los resultados de salud serán comunicados a los trabajadores afectados, y las conclusiones para el empresario o personas con responsabilidades en materia de prevención solo será en términos de "aptitud" y recomendaciones para el puesto).
4. Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador. Si con motivo de la aplicación del protocolo de VSO resultase un "no apto" para el puesto de trabajo, se intentaría, siempre que sea factible en la empresa, el Cambio de Puesto de Trabajo (CPT) a otro puesto en dónde no concurren las condiciones de riesgo.

En la [Figura 3](#) se detalla un "Algoritmo de toma de decisiones en vigilancia de la salud obligatoria (VSO). Art. 22 LPRL", que puede ser de aplicación a los casos de trabajadores con alteraciones del comportamiento (documentados) que puedan representar un grave riesgo de seguridad para sí mismo o para terceros: trastornos de salud mental, trabajadores bajo los efectos del alcohol o drogas, etc. Todo el proceso debe estar adecuadamente documentado (Informes de solicitud de aptitud, Informes de derivación a especialistas en salud mental, en caso de precisar baja por incapacidad transitoria (IT/ITCC) se emite un informe al médico que gestione la baja: habitualmente su médico de Atención Primaria (MAP) o, en excepcionales ocasiones, de su mutua de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (MATEPSS), Informes de alta del proceso de salud, Informes de la aptitud para el puesto de trabajo, etc...). La documentación generada durante todo el proceso se archiva en la Historia Clínico-laboral del trabajador, con todas las garantías posibles de seguridad de la documentación^{28, 29}. En caso de que el Médico del Trabajo emita un informe de "Apto con recomendaciones de adaptación del puesto", o "No Apto" y "Recomendación de Cambio de Puesto de Trabajo (CPT)", se planteará el seguimiento individualizado a realizar (revisión tras la adquisición de nuevas tareas o diferente puesto de trabajo).

Figura 3. Algoritmo de toma de decisiones en Vigilancia de la Salud Obligatoria (VSO). Art.22 LPRL





En el caso de trabajadores con problemas de adicción a drogas que provoquen **conductas violentas o agresiones** a compañeros en el medio laboral, se utilizarán las mismas estrategias de intervención que en las conductas agresivas fuera del marco de la intoxicación. Son situaciones de urgencia, que precisan de la intervención de una persona de la empresa con autoridad y con formación adecuada para poder controlar dichas situaciones: aplicando técnicas de desactivación o desescalada. Intervendrá verbalmente intentando reducir la tensión, dirigiéndose al trabajador violento de forma tranquila y no provocadora, intentando establecer una conversación y planteándole otras alternativas y ayuda médica, si fuese necesario ^{5, 30}. En situaciones extremas, puede ser necesaria una intervención contra la voluntad del trabajador, con empleo de contención física, sujeción mecánica e intervención farmacológica si existe riesgo para el trabajador o para otros (atención de la urgencia en el servicio médico de la empresa o aviso a los Servicios especiales de urgencias). Conviene recordar, para estas situaciones, que **el ingreso psiquiátrico involuntario** se puede solicitar en aplicación del Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil LEC (Ley 1/2000) ^{30, 31}. Según el referido artículo, el internamiento involuntario de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, a causa de un trastorno psíquico, debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Que se precisa autorización judicial previa, en las situaciones no urgentes, o bien
2. Qué en **situaciones de urgencia**, es suficiente la **indicación por un facultativo**, y la subsiguiente comunicación al Juzgado competente en el plazo máximo de 24 horas. La LEC marca un plazo máximo de 72 horas para que el Juez competente examine al paciente ingresado por vía de urgencia y emita la correspondiente decisión de autorizar o no dicho internamiento.

El Art. 763 de la LEC reconoce explícitamente el derecho de los pacientes a estar representados legalmente durante todo el procedimiento que supone el internamiento involuntario, y recoge, también explícitamente, que la decisión del alta de estos pacientes corresponde a los facultativos encargados de su tratamiento, con la obligación de comunicarlo al Juzgado competente.

Además de poder requerirse la actuación del Médico del Trabajo ante situaciones urgentes, y solicitud de “valoración de aptitud por procedimiento de vigilancia de la salud obligatoria”, el especialista en Medicina del Trabajo deberá realizar otras actividades de salud laboral, aplicadas al problema de las drogodependencias en el lugar de trabajo. El Médico del Trabajo, en el desarrollo de sus competencias ³², deberá desarrollar su actividad para prevenir la enfermedad y sus consecuencias:

1. En el marco de la **Prevención Primaria: detectando factores de riesgo** y actuando sobre los mismos: tanto factores de riesgo colectivos en la organización y en el puesto de trabajo (Evaluación de riesgos psicosociales y de puestos de trabajo de fácil acceso a psicofármacos, Programas de formación, etc.) como factores individuales personales (Vigilancia de la salud individual y detección precoz de trabajadores especialmente sensibles (TES), según Art. 25 LPRL ³.
2. En el marco de la **Prevención Secundaria: realizando el diagnóstico precoz** en los trabajadores consumidores y/o adictos a sustancias y la inmediata derivación al SNS para tratamiento de desintoxicación y deshabituación.
3. Y por último, en el marco de la **Prevención Terciaria, facilitando la rehabilitación laboral y la reincorporación laboral** del trabajador tras tratamiento de deshabituación, con garantías de seguridad.

A continuación se desarrollan las actuaciones del Médico del Trabajo en el amplio campo de la prevención laboral, aplicado al problema de las drogodependencias que afectan a los trabajadores.

Prevención primaria: evitar los factores de riesgo

Según la OMS, las medidas de Prevención Primaria de la enfermedad son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario **antes de que aparezca una determinada enfermedad**.

En materia de Prevención de Riesgos Laborales (PRL), una de las herramientas básicas de prevención es la Evaluación de Riesgos Laborales (ERL). Es un proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario pueda tomar una decisión adecuada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en ese caso, del tipo de medidas a adoptar (Art.3 RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales RSPRL) ³². Su objetivo es realizar un diagnóstico de la situación de trabajo y elaborar un programa de mejora para reducir, y si es posible, eliminar los riesgos detectados (Art. 15 LPRL) ³. No se puede utilizar cualquier método para la evaluación de los riesgos laborales, ya que la norma es muy clara: el método de evaluación debe ser un **procedimiento o instrumento válido de medida y valoración**, que permita obtener información y llevar a cabo el análisis de las condiciones de trabajo en que, efectivamente, se realiza dicho trabajo.

Los riesgos psicosociales, siguiendo la definición que da el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), son aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con las condiciones ambientales (agentes físicos, químicos y biológicos), con la organización, con los procedimientos y métodos de trabajo, con las relaciones entre los trabajadores, con el contenido del trabajo y con la realización de las tareas, y que pueden afectar a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos, tanto a la salud del trabajador como al desempeño de su labor ³³. **Se pueden y se deben evaluar, pero no es sencillo, por su complejidad**: son numerosos, de diversa naturaleza y, además, son condiciones mantenidas en el tiempo y, a veces, los efectos se manifiestan mucho tiempo después. Además, en su percepción, también intervienen las variables personales del trabajador: las actitudes, las capacidades, la motivación, las experiencias y formación previa y los recursos personales (técnicas de afrontamiento del estrés, etc.). A grandes rasgos, se puede decir que los riesgos psicosociales son las condiciones del trabajo, y sobre todo de su organización, nocivas para la salud.

La Evaluación de Riesgos Psicosociales (ERP) es un proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos psicosociales que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario pueda tomar una decisión adecuada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas, y del tipo de medidas a adoptar (Planificación de las medidas preventivas frente a los riesgos psicosociales). ¿Qué método se puede utilizar para realizar una Evaluación de Riesgos Psicosociales? Se debe tener en cuenta que el procedimiento de ERP deberá proporcionar confianza sobre su resultado (Art. 15 LPRL) ³, y debe cumplir estándares de calidad científica, metodológicos y profesionales (válido y fiable) ^{34, 35}. Además, para la selección del método, se deben contemplar tanto el alcance de la evaluación (método específico para valorar factores de riesgo psicosocial, no para evaluar consecuencias de los mismos, como son los síntomas de estrés), como las características de la empresa a la que va a ir dirigido (tipo de actividad, turnicidad, etc.). En la [Tabla VI](#) se propone una clasificación de métodos de evaluación de riesgos psicosociales (Test de cohesión de grupo, etc.), que se debe utilizar en función de las características de la ERP.

En el proceso de ERP, la **intervención del Médico del Trabajo es de asesoramiento en el proceso de selección del método** (ya que “conoce” la salud laboral de los trabajadores por los resultados de los reconocimientos médicos: sabe que sectores tienen un mayor número de trabajadores con ansiedad o somatizaciones, dónde se han producido situaciones de conflicto entre trabajadores o con usuarios del servicio que ofrece la empresa, o problemas previos que han precisado ya una intervención personalizada, etc.)^{33, 35}. La ERP es un procedimiento técnico, pero la Prevención de Riesgos Laborales debe ser interdisciplinaria. Una vez se ha estimado la magnitud del riesgo, de nuevo el Médico del Trabajo **debe intervenir en la Planificación de la acción preventiva, proponiendo acciones de mejora desde la Salud Laboral**³⁶.

Tabla VI. Clases de Métodos de Evaluación de Riesgos Psicosociales

M. Globales de ERL	Su objetivo es la evaluación global de las condiciones de trabajo e incluyen algún módulo referente a F. Psicosociales. Ej.: PVCHECK, etc. Muy incompleto para ERP.
M. Generales de evaluación de condiciones ergonómicas (incluye R. Psicosocial)	Su objetivo es la evaluación específica de riesgos ergonómicos en la que se incluyan los R. Psicosociales. Ej.: LEST, Perfil de Puestos, ANACT, etc. Muy incompleto para ERP.
M. Generales de evaluación de Riesgos Psicosociales	Su objetivo es la ERP. Se dirigen a toda la población (si es muy extensa, muestra representativa) que se desea estudiar, para detectar R. Psicosociales que pueden incidir en la salud, pero no pretenden evaluar consecuencias concretas (p. ej. mobbing). Ej.: FPSICO de IINSHT. ISTAS21.
M. Específicos para evaluar un factor o área Psicosocial o sus consecuencias (efectos)	Pretenden evaluar las consecuencias sobre la salud derivadas de la exposición a riesgos. Ej.: m. de evaluación de estrés (VBBA, IRE-32. NIOSH Genes Job Stress Questionnaire, JCa, wocca, etc, de Burnout (MBI, Staff Burnout Escala, etc), de Mobbing (Leymann Inventory of Psychological Terrorization), etc. Muy concretos.
M. Específicos por área de actividad para evaluar los riesgos Psicosociales de dicha actividad	Su objetivo es realizar una Evaluación de Riesgos Psicosociales a un determinado sector laboral . Ej.: INERMAP (método del Instituto Mapfre Ergonomía), SANIMAP en sector sanitario.

Tomado de: *Antes y después de la evaluación de riesgos psicosociales en el ámbito sanitario*³³.

Sin embargo, no sólo los riesgos psicosociales se han relacionado con la facilitación para el consumo de drogas de algunos trabajadores, la **accesibilidad a drogas y sustancias psicoactivas en determinados puestos de trabajo** es un factor de riesgo muy importante (tabla VII)¹³. Siempre se debe tener en cuenta en la ERL la fácil accesibilidad a las drogas, en algunos sectores muy específicos: hostelería (personal de discotecas, salas de fiesta y lugares de ocio, etc.), profesiones sanitarias (anestesiólogos y consumo de opiáceos, consumo de psicofármacos en personal de enfermería y urgencias, etc.)^{11, 18}, Centros veterinarios y personal de Centros Penitenciarios²⁴, entre otros. Por establecer un símil, un adicto a opiáceos trabajando en un servicio de anestesia, sería como un niño en una “tienda de golosinas”³⁷. Se debe actuar sobre el riesgo, dificultando el acceso fácil (por ejemplo, con un control exhaustivo de opiáceos y psicofármacos en el medio sanitario, vigilando si los pacientes han recibido dosis completas por su tolerancia al dolor en las salas de reanimación, etc.).

Tabla VII. Factores de riesgo que propician o facilitan el consumo de drogas por parte de los trabajadores

<p>Relacionados con la organización del proceso productivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jornadas de trabajo demasiado prolongadas 2. Rotación horaria 3. Ritmos de trabajo demasiado intensos (estrés laboral) 4. Sobre carga de trabajo 5. Escasas posibilidades para la promoción profesional <p>Relacionados con el puesto de trabajo y la tarea</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajos repetitivos y escasamente motivadores 2. Condiciones climatológicas adversas 3. Contaminación y toxicidad ambiental 4. Trabajos aislados sin contacto con compañeros o superiores 5. Traslados frecuentes de puesto de trabajo 6. Puestos de trabajo asociados a una mayor proximidad o disponibilidad de sustancias 7. Cultura del puesto y/o profesión <p>Relacionados con el ambiente laboral</p>

1. Conflictividad laboral
 2. Inestabilidad laboral
 3. Ambiente de gran competitividad
 4. Presencia de consumidores en el centro de trabajo
 5. Presión de los compañeros de trabajo
 6. Tolerancia en el centro de trabajo hacia los consumos de ciertas drogas
 7. Accesibilidad a determinadas sustancias
-

Tomado de: *Guía para la Mejora de la Gestión Preventiva . Drogodependencias en el medio laboral* ¹³.

En el caso del personal sanitario, y más concretamente en los servicios de reanimación, se ha propuesto la teoría del **riesgo higiénico ocupacional**: concentraciones de opiáceos en ambiente. Algunos autores defienden un nuevo factor de riesgo asociado al consumo de opiáceos como sustancias de abuso entre los anestesiólogos: **la exposición ambiental a aerosoles de opiáceos**. Su hipótesis se avala midiendo en aire las concentraciones de opiáceos intravenosos (propofol y fentanilo) que se utilizan en pacientes, y que se aerosolizan en el ambiente. Se concluye que los anestesiólogos están expuestos, durante sus horas de trabajo, a altas concentraciones ambientales ^{18, 38, 39}. Este supuesto del riesgo higiénico por concentraciones ambientales de droga también debería contemplarse en algunos locales de ocio (discotecas, etc.), en donde es fácil que puedan existir concentraciones ambientales de polvo de cocaína, y otras sustancias, en suspensión, y al que el personal laboral se vería expuesto.

En realidad, **habría que plantearse no sólo en qué medida el ambiente laboral puede condicionar la adicción de algunos trabajadores expuestos, sino, también, si los adictos a determinadas drogas eligen los puestos de trabajo dónde el acceso a la droga es más sencillo**. En este sentido, algunos autores han observado que la mayoría de los médicos residentes de Anestesia en programas de deshabituación confirmaron haber elegido la especialidad por el fácil acceso a sustancias psicoactivas. De hecho, un 33.7% del total de médicos de programas de terapia de adicciones eran residentes de anestesia, presentando una incidencia 7.4 veces mayor que la presentada por los residentes de otras especialidades ⁴⁰. En una encuesta de la ASA (American Society of Anesthesiologists) los residentes presentaron una prevalencia de un 34,5% de consumo de sustancias de abuso, con predilección por opioides como fentanilo y sufentanilo ³⁷.

Determinar la susceptibilidad personal de los trabajadores al posible consumo de drogas, identificando factores de riesgo individual (detección de trabajadores especialmente sensibles (TES), según Art. 25 LPRL ³), es misión exclusiva del Médico del Trabajo, en la actividad de vigilancia de la salud individual. Serían TES aquellos con mala respuesta al estrés (cuadros de ansiedad importantes, severas somatizaciones, etc.), con antecedentes personales de trastornos psicológicos, o de conductas adictivas previas, con historia familiar de adicciones, o con alto riesgo socio-familiar (divorcios traumáticos, presión social, etc.).

Para la valoración del **riesgo individual** es fundamental realizar una **exhaustiva historia clínico laboral**, valorando (Art.37 RSPRL) ³²:

1. Antecedentes:

- a. Antecedentes laborales (Anamnesis laboral): trabajos previos, “trabajos de riesgo” para el consumo de alcohol o drogas y descripción del puesto actual
- b. Antecedentes familiares: riesgo genético por conductas de adicción en padres. Cargas o problemas familiares importantes, entorno socio-familiar.
- c. Antecedentes personales: ansiedad y mala respuesta adaptativa al estrés, somatizaciones, trastornos psicológicos (cuadros depresivos previos, trastornos desadaptativos, trastornos de personalidad, patrones de baja autoestima) o de conductas adictivas previas.

2. Historia actual:

a. Características del Puesto de trabajo actual: además de la descripción del puesto (horario, turnos, tareas), y de los protocolos que sean de aplicación según los datos de la Evaluación de Riesgos (ERL), también habría que contar con la descripción del riesgo psicosocial del puesto de trabajo así como la complejidad de la tarea. En situaciones comprometidas, dónde la descripción del propio trabajador no se corresponde con lo objetivado en el informe de evaluación para el puesto, es recomendable realizar entrevistas semiestructuradas de escucha activa, no sólo al propio trabajador, sino también a compañeros, subordinados y/o superiores, para clarificar la presencia o no de un determinado riesgo psicosocial, en el puesto de trabajo.

b. Anamnesis general (por órganos y aparatos) y, más específica, de la esfera psicológica. Síntomas actuales: tristeza, ansiedad, angustia, etc. Especificar hábitos (consumo de tabaco, alcohol, sustancias de abuso, bebidas excitantes) y consumo de medicamentos.

3. Exploración general: valoración del aspecto general (valoración de signos que pudieran estar asociados al consumo previo de drogas, como determinados tatuajes en la piel, lesiones venosas, higiene descuidada y deterioro físico, etc.), exploración física general (según otros protocolos de aplicación) y, más específicamente, exploración neurológica (reflejos, equilibrio, coordinación),

4. Pruebas complementarias: su indicación depende de los protocolos de Vigilancia Sanitaria Específicos que sean de aplicación por su puesto de trabajo (analítica (Bioquímica, hemograma, puede precisar serologías para valorar el riesgo biológico y/o vacunaciones), EKG, espirometría, etc.). Según los datos recogidos en la anamnesis, se podrían realizar test o cuestionarios específicos (test de ansiedad de Goldberg, CAGE, etc.), pero sólo se podrían realizar controles de drogas contando con el consentimiento informado del trabajador, y con objeto de iniciar tratamiento (salvo que este protocolizado el riesgo, en exámenes de salud obligatorios, según los supuestos del Art. 22 LPRL, como se verá más adelante).

En el caso de detectar situaciones de riesgo y Trabajadores especialmente sensibles (para el riesgo de altas demandas de estrés), se podrán proponer **adaptaciones del puesto e intervenciones sobre el trabajador** en riesgo (seguimiento periódico y frecuente, información sobre los riesgos a los que está expuesto y dotarle de estrategias de afrontamiento cuyos objetivos sean un incremento de autoestima, responsabilidad en toma de decisiones, reducción de ansiedad, autoconfianza, mejora de relaciones interpersonales, incrementar la resistencia frente a la presión e influencia de grupo para el consumo de drogas, etc.). En ocasiones son de ayuda las intervenciones con técnicas cognitivo conductuales, orientándole sobre ayuda profesional al respecto. Se debe buscar ayuda en los programas de la red asistencial pública, programas de ayuntamientos y comunidades autónomas, etc., para ofrecer información individualizada a los trabajadores.

El Médico del Trabajo también puede y debe participar de forma directa y activa en los programas de **formación e información a los trabajadores en materia de drogodependencias**.

1. **Campañas de sensibilización e Información a los trabajadores** ¹³: Se realizan como estrategias preventivas de difusión de información a través de folletos, trípticos, carteles, visualización de videos, charlas, conferencias y seminarios informativos. Su objetivo primordial es evitar el

consumo de drogas entre los trabajadores. Se pretende conseguir a través de otros objetivos secundarios, como son:

- a. Crear una opinión objetiva acerca del consumo de drogas y de su incidencia en los distintos ámbitos profesionales y sociales.
- b. Incrementar conocimientos sobre drogas, sus consecuencias y su uso.
- c. Promover hábitos de salud alternativos al consumo de drogas. Informar de los diferentes recursos que la empresa y las instituciones públicas y privadas disponen para atender a personas con problemas.

2. Programas de Formación en materia de drogodependencias y educación para la salud¹³: Son otro tipo de estrategias preventivas que se pueden llevar a cabo a través de seminarios dirigidos a la totalidad de los trabajadores, o creación de talleres y grupos de discusión. Su objetivo es doble:

- a. Intensificar las acciones formativas, garantizando un conocimiento a los agentes sociales representados en la empresa, los cuales son susceptibles de actuar como mediadores sociales.
- b. Garantizar un nivel alto de especialización en el campo de las drogodependencias a los técnicos de prevención.

Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la **educación para la salud**, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. **Las estrategias preventivas de formación e información a los trabajadores en materia de drogodependencias deben llevarse a cabo por un equipo interdisciplinar en el que deben intervenir los miembros del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales**, los representantes de los trabajadores con competencias en Prevención de Riesgos Laborales (Delegados de Prevención) y la Organización de la empresa. Son medidas encaminadas a la reducción de la demanda (Prevención Primaria), evitando los riesgos en su origen.

Prevención secundaria: diagnóstico precoz

También se denomina diagnóstico precoz, cribado, o *screening* (OMS). Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad y puede estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo. La prevención secundaria se basa en los cribados poblacionales y para aplicar estos han de darse unas condiciones predeterminadas definidas por Frame y Carslon para justificar el *screening* de una patología.

- Que la enfermedad represente un problema de salud importante con un marcado efecto en la calidad y duración del tiempo de vida.
- Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada y se conozca su historia natural.
- Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estadio inicial.
- Que se disponga de una prueba de cribado rápida, segura, fácil de realizar, con alta sensibilidad, especificidad, alto valor predictivo positivo, y bien aceptada por médicos y pacientes.
- Que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad.

Que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento en el periodo asintomático disminuya la morbilidad y mortalidad global o cada una de ellas por separado.

En el caso de las drogodependencias en el ámbito laboral, aunque se sospeche una alta prevalencia del consumo de drogas entre los trabajadores de la empresa, no es ético realizar un programa de *screening* a todos los trabajadores, porque son pruebas que vulneran el derecho fundamental a la intimidad del trabajador y no se ciñen a las competencias de los reconocimientos de la vigilancia de la salud (Art.22 LPRL)³. Las pruebas de drogas en orina o saliva, aunque no requieran de una intervención sobre el cuerpo (intimidad corporal), pueden afectar a la intimidad de la persona en sentido amplio (pueden averiguarse datos relativos a la esfera íntima de la persona como el consumo de drogas). Si por parte de la empresa se desea establecer y difundir una Política de Prevención de Drogas en el lugar de trabajo, pactada con los representantes de los trabajadores, se planificará el Programa de Prevención y el Protocolo de actuación en el seno del Comité de Empresa y Comité de Seguridad y salud. Debe estar consensuado entre la empresa y los representantes de los trabajadores, y estará integrado en la Política de la Salud Laboral, estableciendo garantías para los trabajadores²²⁻²⁴.

Un supuesto diferente es la realización de pruebas de detección de drogas en los reconocimientos médicos específicos de vigilancia de la salud, contempladas en los protocolos de vigilancia de la salud específicos a determinados riesgos evaluados (ERL). **Se deben atener a los supuestos del Art. 22 de la LPRL**³. No se deben realizar a todos los trabajadores, sea cual sea su puesto de trabajo, sino únicamente a aquellos en los que esté protocolizado en su puesto de trabajo por riesgo importante a terceros, además de a sí mismos (P. ej.: pilotos de aviones, conductores de metro, etc.). En estos casos, la actuación de la Empresa no vulnerará el derecho fundamental a la intimidad, ya que nos encontramos ante un supuesto excepcionado por la LPRL de obtener el consentimiento del trabajador para realizar el reconocimiento médico.

Los tipos de reconocimientos médicos, o exámenes de vigilancia de la salud, que marca la norma (Art. 37, RSPRL)³², en las condiciones fijadas por el Art. 22 LPRL, son los siguientes:

- 1.º Una **evaluación de la salud de los trabajadores inicial después de la incorporación al trabajo** o después de la **asignación de tareas específicas** con nuevos riesgos para la salud.
- 2.º Una evaluación de la salud de los **trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud**, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.
- 3.º Una **vigilancia de la salud a intervalos periódicos**.

La vigilancia de la salud estará **sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador** [...] ³². El contenido de los exámenes de vigilancia de la salud también se especifica en la norma ³²: “Los exámenes de salud incluirán, en todo caso, una historia clínico-laboral, en la que además de los datos de anamnesis, exploración clínica y control biológico y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo, se hará constar una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia en el mismo, los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo, y las medidas de prevención adoptadas”. En esencia, es el mismo contenido que ya se ha descrito, a título orientativo, en la Historia Clínico-laboral en los Trabajadores Especialmente sensibles (TES).

En definitiva, **no se pueden realizar pruebas (control biológico, CDLT) fuera del contexto que marca la norma para los exámenes de la vigilancia de la salud (protocolos específicos según los riesgos detectados)**. En caso de contemplarse, como pruebas complementarias del

examen de salud, la realización de controles de drogas en el lugar de trabajo (CDLT)^{4, 18} deben ceñirse estrictamente a **procedimientos de calidad que garanticen la fiabilidad del proceso**, en cuanto a la selección del método más adecuado (selección de muestra más adecuada: orina, saliva, o pelo para valorar el consumo en el tiempo, no son útiles las muestras de sangre salvo para consumos de las 2 horas previas), metodología de la toma de muestra (evitar manipulaciones de la misma), la custodia, conservación y transporte de la misma, el laboratorio de referencia, el método elegido (sensible y específico, la primera prueba se realizará con técnica de inmunoanálisis, utilizando cromatografía de gases como prueba confirmatoria) y la posibilidad, siempre, de realizar una contraprueba (hay que ser extremadamente cuidadoso, por la posibilidad de resultados “falsos positivos”). Podemos resumir los requisitos^{4, 18} de los CDLT en los siguientes puntos:

1. **Las pruebas deben ser fiables.** Las técnicas de inmunoanálisis sólo serían pruebas de *screening*, por las implicaciones legales, se deben realizar pruebas confirmatorias (la Cromatografía de Gases conjuntamente con la espectrofotometría de masas (GC-MS) se considera la prueba más fiable en la actualidad)^{41, 42}.

2. **El laboratorio debe tener amplia experiencia acreditada** en el campo del análisis de drogas y garantizar la custodia de las muestras durante tiempo suficiente como para poder solicitar un contraanálisis, si se considera necesario.

3. **La elección de la muestra debe ser la adecuada a la indicación del CDLT. La orina es el fluido biológico preferido** para el análisis de drogas ilegales y sus metabolitos, siempre que se garantice la autenticidad de la muestra para evitar los “falsos negativos” por su adulteración^{18, 41}. La recogida de muestras de sangre sólo estaría indicado para la detección de drogas en las urgencias clínicas, ya que las sustancias psicoactivas tienen una vida media muy corta en sangre (1 hora aproximadamente para la cocaína)¹⁸. Las muestras de sangre no estarían indicadas para los CDLT. Las muestras de pelo, que parecían evitar el problema de la falsificación, se pueden indicar para demostrar un consumo a largo plazo. Este tipo de muestra habría que interpretarlo con cautela: es posible “el falso negativo” por su adulteración con peróxidos (presentes en algunos tintes capilares), la concentración de drogas fijadas en cabellos oscuros es mucho mayor que en cabellos claros, se precisa **experiencia y adiestramiento para realizar la toma de muestra** (Tabla VIII), se invade la privacidad del individuo al dejar una pequeña “calva” en el vértex, algunos tipos de sustancias (p.ej. las drogas ácidas) son muy difíciles de detectar y también es posible el riesgo de falsos positivos exógenos (contaminación de la cara externa del pelo por las concentraciones de drogas ambientales)^{38, 41}. Pero **las pruebas de drogas en pelo pueden ser un complemento a otros procedimientos de despistaje de consumo de drogas o para establecer una historia de consumo de droga a lo largo del tiempo.**

4. Se debe tener recogido en un documento un protocolo de actuación en cuanto a la recogida, custodia y envío de muestra, que sea específico del servicio de salud de la empresa y que sea riguroso¹⁸.

Los informes del Médico del Trabajo siempre se emitirán en términos de “aptitud para el puesto”, aunque el trabajador tiene derecho a conocer los resultados de su salud (y a solicitar una contraprueba de un positivo en una analítica de detección de drogas). En caso de realizar **el diagnóstico de trabajadores consumidores y/o adictos a sustancias**, además de valorar la aptitud para el puesto de trabajo (ver Figura 3, con algoritmo de actuación del Médico del Trabajo en Vigilancia de la salud Obligatoria), se le debe ofrecer la inmediata derivación al SNS para tratamiento de desintoxicación y deshabituación.

Tabla VIII. Pasos generales de recogida de muestra de pelo para análisis Toxicológico

Zona de recogida de muestra:

- VERTEX (región posterior de la cabeza). Un 85% de esta área presenta pelo en fase de crecimiento activo, y, por tanto, se podría fijar en ella mayor cantidad de droga.

Lugar de recogida de muestra:

- En las dependencias del Servicio Médico. Siempre deben obtenerse las muestras en un ambiente no contaminado por la droga.

Procedimiento:

- CORTAR (no arrancar) el cabello al rás (lo más próximo posible al cuero cabelludo, pero sin raíz).

Cantidad de Muestra :

- 100 a 200 mg. de pelo (mechón de diámetro similar al de un lápiz o grosor de un dedo delgado)
- Es la cantidad de muestra suficiente para permitir estudios de screening y de confirmación (GC-MS). Se debe custodiar muestra durante un periodo de tiempo.

Longitud mínima:

- Mechón de al menos de 1 cm de largo.

Preparación de la muestra para envío:

- Pegar con cinta adhesiva el mechón de pelo en un folio de papel por sus dos extremos, indicando con una anotación cuál es la parte proximal (cercana a la raíz) y cuál es la distal (punta). La muestra no debe estar húmeda, secarla primero.
 - Introducir en un sobre de papel, junto con el volante peticionario adecuadamente cumplimentado (identificación, tipo de muestra, análisis solicitado, etc.)
 - Las muestras de pelo pueden ser conservadas a temperatura ambiente, no necesitan nevera.
-

Tomado de: PerKins de Piacentino (2005)

Prevención terciaria: reincorporación laboral

Las medidas de Prevención Terciaria son aquellas que buscan el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. El

Las medidas de prevención terciaria son aquellas que buscan el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. El restablecimiento de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención especializada (Centros de Salud Mental). Una vez restablecida la salud, se debe facilitar la **reincorporación laboral, para lo cual resulta imprescindible la coordinación del Médico del Trabajo con los profesionales de la red asistencial**. Se consigue la mutua colaboración informando adecuadamente del objetivo de la coordinación de recursos (lo ideal sería establecer líneas oficiales de comunicación, con la garantía de no agresión de los derechos del trabajador –para el Médico del Trabajo– y, a su vez, paciente –para los profesionales de la red sanitaria asistencial–).

Si se realiza una evaluación de la salud de un **trabajador que reanude el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud (tratamiento de deshabitación), se le considerará TES** frente a determinados riesgos (riesgo de estrés (turnos cambiantes, etc.), otros riesgos) durante un periodo que se considere adecuado para el seguimiento por el médico del Trabajo. **Se debe considerar la recomendación de reincorporación laboral progresiva, a tareas de responsabilidad hacia sí mismo o terceros** (adaptación de su puesto de trabajo en caso de manejo de maquinaria peligrosa, o personal sanitario con riesgo directo hacia terceras personas)¹⁸ **y el periodo de seguimiento personalizado**.

Reincorporación laboral y procedimiento de seguimiento

El seguimiento, para que sea efectivo, debe estar perfectamente protocolizado, informar de las pautas de seguimiento al trabajador antes de dar inicio al mismo y conseguir su compromiso o aceptación, siendo siempre específico para cada caso (diferentes riesgos, diferentes situaciones). **El seguimiento es un proceso que consume muchos recursos: requiere muchísima implicación del personal sanitario del SPRL, gastos de analíticas y laboratorio, gastos de transporte de muestras, etc. Y sólo si el trabajador entiende que es en su beneficio, servirá para su rehabilitación personal y laboral**.

En casos muy concretos, puede ser beneficioso establecer un **contrato terapéutico** (es útil en caso de cirujanos, personal de quirófano, etc.) en dónde se especifiquen las condiciones del seguimiento¹⁸. Se incorpora un modelo aplicado a personal sanitario (Figura 4). El contenido mínimo que debe contemplar, se resume en los siguientes apartados¹⁸:

- Datos de Identidad del trabajador en seguimiento.
 - Identidad del responsable (facultativo, psicoterapeuta) del tratamiento de deshabitación y/o psicoterapia.
 - Arbitraje del SPRL para realizar controles en el lugar de trabajo y emitir Aptitud laboral.
 - Se le facilita una “falsa identidad” para preservar la intimidad (confidencialidad al realizar el envío de muestras al laboratorio, etc.).
 - Tipo de controles toxicológicos que se van a realizar.
 - Adaptación progresiva a la normalidad laboral y condiciones (asumir tareas de más complejidad y responsabilidad progresivamente).
- Duración del proceso.
- Condiciones en caso de “positivos” en los controles analíticos.
 - Posibilidad de negativa al seguimiento, y consecuencias derivadas de dicha negativa.
 - Fecha y firmas (del trabajador causante del contrato terapéutico y del Responsable de la Dirección y/o Responsable del SPRL, dependiendo de cómo se haya planteado).

De igual modo, se debe diseñar un **Protocolo de Controles Toxicológicos personalizado**¹⁸, especificando el tipo de muestra/s que se van a seleccionar, la indicación de pruebas, las condiciones de recogida de muestra, las condiciones de conservación y envío de dichas muestras al laboratorio de referencia, custodia de muestras y documentos de consentimiento para realizar la toma de muestras así como de información recibida por el trabajador (Figura 5).

En los programas de seguimiento, se ha demostrado que la programación del análisis de orina, 3 días por semana, es la más eficaz para la detección del uso de heroína o cocaína, sin embargo genera un alto coste y sólo se recomienda en circunstancias excepcionales. **Los test a intervalos aleatorios intermitentes pueden ser los que tengan mejor coste-eficacia**^{18, 41}.

Figura 4. Reincorporación laboral y procedimiento de seguimiento. Modelo de contrato terapéutico

<p>Contrato Terapéutico: ACUERDO DE REHABILITACIÓN LABORAL EN FASE DE ABSTINENCIA</p> <p>D/Dña XXXXXX... con DNI... XXXXXX ... , con puesto de trabajo..... Servicio....., turno, se compromete con la Dirección/SPRL de este Centro Sanitario, mediante este escrito a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Designar como persona responsable de su tratamiento a D./Dña., en calidad de Psicoterapeuta..... 2.-Acudir a revisión en el SPRL (que actuará como Servicio de arbitraje en cuanto a su aptitud laboral) cuando sea requerido y aportar documentación/informe periódico favorable de su psiquiatra de estar acudiendo a las revisiones, hasta cursar alta por curación en aras de favorecer su realización personal y laboral. 3.-Someterse a análisis de orina/sangre/pelo aleatorios (sin previo aviso) según marque el servicio de arbitraje (SPRL) SIEMPRE en presencia de personal sanitario del SPRL y contrapruebas más específicas en caso de positivos 4.-Comprometerse a no tomar medicación alguna que falsee el resultado de las pruebas, dando su consentimiento por escrito cada vez que se realice una prueba y explicitando en dicho consentimiento la medicación que toma en ese momento o la ausencia de medicación. Para preservar su intimidad la petición de las pruebas se hará bajo una falsa identidad que será la siguiente:.... J. Pérez Pérez..... 	<p>-En caso de que los análisis sean positivos a algún tóxico, el paciente autoriza al Facultativo del SPRL a comunicar dichos resultados a sus responsables inmediatos (Jefe de Servicio, y Dirección del Centro), dado que no se puede aceptar el riesgo ocasionado a terceros (los pacientes). <u>La positividad confirmada a cocaína y/o cannabis y/o opiáceos y/o anfetaminas, descartada la existencia de interferencias medicamentosas, será motivo de valoración como NO APTO.</u></p> <p>-Tiene derecho a negarse a aceptar estas condiciones dado que le asiste el derecho a la protección de su intimidad, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Pero en caso de una negativa, se estaría en un supuesto de duda razonable de que el riesgo sigue persistiendo y se interpretaría en los mismos términos que una prueba de toxicológica positiva, en dicho caso no se podría aceptar el riesgo ocasionado a los pacientes</p> <p>- La recuperación de la normalidad laboral será progresiva, incorporándose primero a la actividad XXXXX, después de X semanas de controles negativos, y al menos X semanas más de controles negativos para su incorporación a XXXXX</p> <p>-La positividad de un control supone su paso a tareas de menor responsabilidad.</p> <p>- La segunda positividad de un control en menos de X tiempo supone la comunicación al Colegio Oficial de Médicos de..... y la inhabilitación colegial/profesional .</p> <p>En, a..... de..... de 200...</p> <p>Fdo.: Fdo.:</p> <p>Responsable Tratamiento Responsables Dirección/SPRL</p>
--	---

Figura 5. Reincorporación laboral y procedimiento de seguimiento. Modelo de consentimiento para realizar analíticas y modelo de informe de resultados al trabajador

<p>En a..... de de 200....</p> <p>D. / Dña..... con clave identificativa Juan Pérez Pérez.....</p> <p>En el día de la fecha he sido informado/a de que el análisis de orina y/o sangre y/o pelo que se me ha realizado hoy incluye la investigación de drogas de abuso (Opiáceos/Heroina, Cannabis/Marihuana, Cocaína y anfetaminas) y que el mismo cumple con los requisitos de control de calidad normalmente requeridos.</p> <p>Otras determinaciones: fentanilo, Benzodiacepinas,</p> <p>Me doy por enterado y doy mi consentimiento a que se practique dicho análisis. Para descartar posibles interferencias medicamentosas, conteste a la siguiente pregunta: ¿Está tomado actualmente algún tipo de medicación, o la ha tomado en los últimos días?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ¿Cuáles?..... <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fdo:..... DNI:.....</p>	<p>En....., a..... de de 200....</p> <p>D. / Dña..... con clave identificativa Juan Pérez Pérez.....</p> <p>En el día de hoy he sido informado del <u>resultado</u> del análisis de orina y/o sangre y/o pelo que se me ha realizado el día..... de de 200.... para la investigación de drogas de abuso.</p> <p>Resultado negativo a:</p> <p>Resultado positivo a:</p> <p>En caso de positivo: Ejercer / Renunciar (táchese lo que no proceda) el/la derecho a que se practique un contraanálisis y elija el Laboratorio que cumple con los requisitos de control de calidad normalmente requeridos y asumo los gastos que se deriven de la realización de esta prueba.</p> <p>Fdo:..... DNI:.....</p>
---	--

Por último, hay que ser consciente de que, pese al esfuerzo realizado tanto por parte del trabajador como por parte del Médico del Trabajo, puede darse el fracaso del seguimiento. Es necesario hacer una **previsión de la posible recaída**, así como de la actuación en caso de que se produzca¹⁸. Revisando los datos de recaídas en personal del sector sanitario, se ha contrastado que existe un **índice de incidencia de recaída asociado al colectivo de anestesiólogos** que se han reincorporado a su trabajo tras haberse sometido a tratamiento de deshabituación que puede variar **desde un 19% hasta un 40%** según diferentes autores^{38, 43}. Aunque, hasta un 70% de los profesionales de salud pueden reincorporarse con éxito a su trabajo, después del tratamiento, de los 22 anestesiólogos que consumieron opiáceos (fentanilo) como droga de elección en el programa Washington Physicians Health Program (WPHP) sólo 5 pudieron reincorporarse a su trabajo habitual sin ninguna recaída^{18,43}. Y **el riesgo de recaída fue casi el doble cuando intervino un opiáceo potente como droga de elección** en comparación con otras sustancias de abuso (Hazard Risk (HR) 1.80, IC 1.03-3.13, p = 0.04), o con comorbilidad (asociación de trastorno psicopatológico coexistente con la adicción) (HR 2.12, IC 1.33-3.36, p = 0.02), o con antecedentes familiares del consumo de drogas (HR 2.14, IC 1.18-3.90, p = 0.01)⁴³.

Es muy importante determinar la duración del programa de seguimiento. En el estudio del programa WPHP, Domino⁴³ demostró que **el riesgo de recaída disminuye (p<0.001) con el incremento en la duración del programa de seguimiento**. La tasa de recaída se estimó en 91/1000 personas/año en los dos primeros años del programa, disminuyó a 58/1000 personas/año en los dos a cinco años de programa, y a 32/1000 personas/año después de los cinco años de programa. Según estos datos, se puede estimar que los programas de seguimiento que pretendan evitar o disminuir el riesgo de recaída de los profesionales sanitarios en proceso de recuperación de su adicción deben ser más intensos y prolongados en los sanitarios en los que confluyen varios factores de riesgo o que hayan presentado recaídas previas¹⁸.

DISCUSIÓN

La elevada prevalencia del consumo de drogas en el mundo laboral es un reflejo del importante problema de salud pública que representa el consumo de drogas entre la población general, en los países industrializados. En España, en 2008, se encontró una prevalencia de consumo de cannabis en el último año entre la población laboral de un 13.3% en los hombres y de un 7.3 % en las mujeres, y el consumo de cocaína en polvo, evaluada en condiciones similares, fue del 4.7% en los hombres y 1.8% en las mujeres. Además, al preguntarles acerca de los riesgos laborales percibidos, se observan mayores prevalencias de consumo de hipnosedantes, cannabis y cocaína entre los trabajadores de ambos sexos que dicen realizar trabajos de mayor peligrosidad o penosidad (perciben elevados riesgos de seguridad). El consumo de drogas ilegales también es más prevalente entre los trabajadores, de ambos sexos, que perciben estar más expuestos a factores de riesgo psicosociales. El elevado consumo entre la población laboral activa ocasiona graves problemas laborales: aumento del absentismo, conflictividad interna en las empresas y accidentalidad elevada, entre los más importantes (sin contar con otros problemas más difíciles de cuantificar: la disminución de la producción, la baja calidad del producto, el daño moral a la empresa, etc). Los accidentes, no están exentos de responsabilidad, no sólo por el riesgo o daño hacia el propio trabajador accidentado, sino también por los posibles daños ocasionados a terceros. Es en ese momento cuando el problema del trabajador adicto a drogas ilícitas entra dentro del ámbito de actuación de la Prevención de los Riesgos Laborales.

La posibilidad de abordar el problema con éxito desde los servicios de salud laboral de los Servicios de Prevención de las empresas, hacen

necesarias la creación de Políticas de Prevención de drogas en las empresas. Sin embargo, en España, el 99% de las empresas (excluida la agricultura y la pesca) son pymes, sin recursos ni medios para abordar el problema de las drogodependencias en su ámbito de actuación. Y no son conscientes del problema hasta que surge una situación crítica, de difícil solución: o despido del trabajador, o derivación al Servicio de Prevención Ajeno que suelen tener contratado, sin que nadie sepa muy bien qué hacer.

Por eso los Médicos del trabajo deben tener pautas concretas de qué hacer ante estas situaciones críticas: cómo abordar problemas de obligatoriedad de exámenes de salud, qué pruebas realizar a los trabajadores según cada circunstancia, cuándo contemplar que un trabajador es especialmente sensible frente a determinados riesgos, en qué ocasiones se pueden solicitar pruebas de detección de drogas y cuándo se está entrometiendo en la intimidad del trabajador, en definitiva, cuáles son las responsabilidades del Médico del Trabajo hacia el problema de las drogodependencias. El Médico del Trabajo deberá:

1. Detectar factores de riesgo (Prevención Primaria) y actuar sobre los mismos: tanto factores de riesgo colectivos (Evaluación de riesgos psicosociales, detección de puestos de trabajo de fácil acceso a psicofármacos, etc.) como factores individuales personales (detección precoz de trabajadores especialmente sensibles (TES), según Art. 25 LPRL). Realizar informes propuesta de adaptación/cambio de puesto de trabajo, en las situaciones en las que la magnitud del riesgo así lo requiera. También el Médico del Trabajo realizará campañas de promoción de la salud en el lugar de trabajo participando en las estrategias preventivas de formación e información a los trabajadores en materia de drogodependencias.

2. Realizar el diagnóstico precoz en los trabajadores consumidores y/o adictos a sustancias (Prevención Secundaria) y la derivación al SNS para tratamiento de desintoxicación y deshabituación, para lo cual debe conocer qué tipo de exámenes de salud entran dentro de su ámbito de actuación, y qué pruebas complementarias puede solicitar. Protocolo de vigilancia de la salud obligatoria. Coordinación y colaboración con la red asistencial pública.

3. Facilitar la rehabilitación laboral (Prevención Terciaria) favoreciendo la reincorporación laboral del trabajador tras tratamiento de deshabituación, con garantías de seguridad. Si el Médico del Trabajo del SPRL tiene recursos suficientes para abordar el seguimiento de la reincorporación laboral de un trabajador con "alta" laboral y aún en tratamiento de deshabituación, deberá ser durante un período prolongado (aproximadamente en torno a dos años). Se deberá hacer una previsión de costes: costes de recursos humanos (personal sanitario) y materiales (la empresa deberá autorizar los gastos de analíticas toxicológicas, gastos de envío de muestras al laboratorio toxicológico, etc.). El coste moral es difícil de evaluar: para evitar el desgaste de los profesionales que colaboran en el seguimiento (médico del trabajo, responsables inmediatos del trabajador en fase de rehabilitación, compañeros –que tienen que asumir mayor carga de trabajo en tanto que el afectado tiene limitadas algunas tareas, como p.ej. guardias–) es imprescindible tener un procedimiento de actuación al cual ceñirse. Se pueden presentar serios problemas en el seguimiento:

- Existe la posibilidad de obtener falsos negativos pese al cuidado extremo del procedimiento (no se pueden garantizar la detección de consumos esporádicos, ni siquiera con el análisis de pelo).
- Se debe hacer una previsión de recaídas según las condiciones y los riesgos individuales (contemplar esa posibilidad en el "informe de aptitud" al final del proceso).

En cualquier caso, los CDLT han demostrado una gran utilidad para el control de las drogodependencias en las empresas, siempre que sólo sean una herramienta más de un programa integral de prevención de drogodependencias, encuadrado en el marco de una Política de Prevención de Drogas en la empresa, en la que deben implicarse la Dirección, los representantes de los trabajadores (sindicatos y delegados de prevención), y los médicos del trabajo de los Servicios de Prevención, garantizando la confidencialidad y el derecho de intimidad del enfermo, así como el "deber de asistencia" de la organización y el compromiso de reincorporación laboral al puesto de trabajo tras el tratamiento. Trabajando entre todos de forma coordinada, con ética profesional, con respeto a los derechos de los trabajadores, y colaborando con la red pública asistencial para la reincorporación laboral de los trabajadores tratados, conseguiremos, poco a poco, una sociedad más sana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Progresos en la lucha contra drogas y alcohol en el trabajo. OIT, Revista Trabajo N° 23, Feb. 1998. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/23/drugs.htm>
2. CIT 86 Conferencia Internacional del Trabajo. OIT.1998. <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc86/rep-c3.htm>
3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, Ley de Prevención de Riesgos Laborales (BOE nº 269, 10-Nov-1995).
4. Estar limpio: controles de consumo de drogas y alcohol en el lugar de Trabajo. OIT. Revista Trabajo No. 57, Sep. 2006. Disponible en: http://www.ilo.org/wow/PlanetWork/lang-es/WCMS_082286/index.htm
5. Ochoa Mangado Enriqueta, Madoz Gúrpide Agustín. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Med. segur. trab. [Revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2011 Sep 12]; 54(213): 25-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003&lng=es.doi:10.4321/S0465-546X2008000400003.
6. Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias Psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Encuesta2007-2008AmbitoLaboral.pdf>
7. Portal ELISAD (European Gateway on alcohol, drug and addictions). Disponible en: <http://www.addictionsinfo.eu>
8. Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT). Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid01596>
9. Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>
10. Arroyo-Fernández A, García-Sayago F. Valoración médico-legal de las drogas de abuso. Med Clin (Barc). 2006;126(16):632-6.
11. Otero Dorrego C., Huerta Camarero C., Duro Perales N. Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (I): aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. Med. segur. trab. [Revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2011 Sep 12]; 54(211): 15-23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000200003&lng=es.doi:10.4321/S0465-546X2008000200003.
12. Ley 5/2002 de 27 de junio, de Drogodependencias y otros trastornos adictivos (BOCM nº160, 8-jul-2002 y BOE nº 176, 24-jul-2002). Comunidad de Madrid. España.
13. Guía para la mejora de la gestión preventiva. Drogodependencias en el mundo laboral. Confederación empresarial de la provincia de Alicante COEPA, 2003. Disponible en: http://www.coepe.es/prevencion/guias/_pdf/16_drogodependencia.pdf
14. Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msc.es>
15. Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal en materia de seguridad vial. (BOE nº 288, 1-Dic-2007).
16. Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana (BOE nº 46, 22-Feb-1992).
17. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE nº 75, 29-Mar-1995).
18. Otero Dorrego Carmen, Huerta Camarero Carmen, Duro Perales Nuria. Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (II): Procedimiento de reincorporación laboral. Med. segur. trab. [Revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2011 Sep 12]; 54(212): 7-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000300002&lng=es.doi:10.4321/S0465-546X2008000300002.
19. Las Drogas en el Trabajo. Informe anual 2005: el problema de la drogodependencia en Europa.OMS. Disponible en: <http://ar2005.emcdda.europa.eu/es/page014-es.html>
20. Edwards CE. Lugares de Trabajo Libres de Drogas. Establecimiento de una Política y Programa. Oficina para la Reducción de la Demanda del Tráfico de Drogas en Áreas de Alta Intensidad (H.I.D.T.A), Arizona, USA. 2004. Disponible en: <http://www.drugwatch.org/reports/DFWWorkPlaceManualSpan.pdf>

21. Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido de alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral. Confederación Empresarial Vasca (CONFEBASK). 2004. Disponible en: http://www.lineascen.cenavarra.es/documentos/ficheros_recursos/Drogas.pdf
22. Guía de intervención sindical sobre drogodependencias en el ámbito laboral. CCOO 2005. Disponible en: <http://www.ccoomadrid.es/comunes/temp/recursos/14/464996.pdf>
23. Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias. Ed. Secretaría Confederal de Salud Laboral CCOO. Tercera ed. Revisada 2009. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/otras.htm> y en <http://www.ccoo.es/comunes/temp/recursos/1/617781.pdf>
24. Prevención de adicciones en los trabajadores de instituciones penitenciarias. Secretaría de salud laboral de UGT (2010). Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/otras.htm> y en [http://www.ugt.es/saludlaboral/FolletoAdicciones%20\(2\).pdf](http://www.ugt.es/saludlaboral/FolletoAdicciones%20(2).pdf)
25. Manual de Procedimientos Operativos de Prevención. P.O.P/09. Vigilancia de la salud. RENFE. Disponible en: http://www.sff.cgt.es/salud_laboral/Procedimiento%20Operativos/POP%2009%20Vigilancia%20de%20la%20Salud/pop9.pdf
26. Retrato de la pyme 2010. Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. España.2010. Disponible en: <http://www.ipyme.org/Publicaciones/Retrato%20PYME%202010.pdf>
27. Martínez Fons D. Intimidación y vigilancia de la salud del trabajador en la relación de trabajo (Iberia). Comentario a la STCO 196/2004. UPF. Barcelona. 2005. Disponible en: <http://www.upf.edu/iuslabor/022005/art04.htm>
28. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. de Protección de Datos (LOPD) (BOE nº 298, 14-Dic-1999). <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
29. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274, 15-Nov-2002).
30. Mingote Adán José Carlos, Pino Cuadrado Pablo del, Gálvez Herrero Macarena, Gutiérrez García M.ª Dolores, Sánchez Alaejos Raquel. Utilidad preventiva del constructo "trastorno mental grave" en el ámbito sociosanitario. Med. segur. trab. [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2011 Sep 26] ; 56(221): 306-322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000400006&lng=es. doi: 10.4321/S0465-546X2010000400006.
31. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (BOE nº 7, 8-Ene-2000). <http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/08/pdfs/A00575-00728.pdf>
32. RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE nº 27, 31-En-1997).
33. NTP 443. Factores Psicosociales: metodología de evaluación. INSHT. 2001. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf
34. Otero Dorrego C, Duro Perales N, Cornejo García I, Miquel Gómez A, Mayol Canas J. Antes y Después De La Evaluación De Riesgos Psicosociales En El Ámbito Sanitario. VI Jornadas y II Congreso Nacional de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en el Ámbito Sanitario 12, 13 y 14 de Noviembre de 2008. Madrid. Disponible en: http://sprlarea11madrid.es/jornadas_congresos/ii_congreso/doc/P10.pdf
35. Procedimiento General de Evaluación de Riesgos Psicosociales. Grupo de trabajo de la Comisión sobre factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Instituto Navarro de Salud Laboral. 2005. Pamplona. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/54675C79-A455-4B62-B714-E9200642BF83/145962/ProcedEvalRiesgosPsico.pdf>
36. Cornejo I, Otero C, González A, Pérez J, Hernández A, Fernández R. Diseño y realización de un Análisis de Riesgos Psicosociales en Atención Primaria. P039. 25 Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Barcelona. 16-19 Octubre 2007. Disponible en: http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/congresos_pdf/15.pdf
37. Calabrese G. Fármaco-dependencia en anesthesiólogos, un gran problema ocupacional actual. Rev. Col. Anest., June 2006, vol.34, no.2, p.103-111. ISSN 0120-3347.
38. Gold MS, Melker RJ, Dennis DM, Morey TE, Bajpai LK, Pomm R, Frost-Pineda K. Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis. J Addict Dis. 2006;25(1):15-21.
39. McAuliffe PF, Gold MS, Bajpai LK, Merves ML, Frost-Pineda K, Pomm R, Goldberger BA, Melker RJ, Cendan JC. Second-hand exposure to aerosolized intravenous anesthetics propofol and fentanyl may cause sensitization and subsequent opiate addiction among anesthesiologists and surgeons. Med Hypotheses. 2006;66(5):874-82. Epub 2006 Jan 23.
40. Talbott G, Gallegos K, Wilson P, Porter T. The Medical Association of Georgia's impaired physicians program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. JAMA 1987;257:2927-30.
41. Wolf K, Farrel M, Marsden J, Monteiro MG, Ali R, Welch S, et al. Revisión de los indicadores biológicos de uso ilegal de drogas, consideraciones prácticas y utilidad clínica. RET, Revista de Toxicomanías. Nº 28, 2001.
42. G Zapater, MJ Perea, C Carrizosa, B Bravo, LJ Segura. Estudio de 156 casos de accidentes laborales mortales en la Comunidad de Madrid. Análisis de alcohol etílico y otras sustancias psicoactivas. TF-C13. Rev. Toxicología (2003) 20. XV Congreso Español de Toxicología.
43. Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Alberti S, Hanks L: Risk Factors for Relapse in Health Care Professionals with Substance Use Disorders. JAMA. 2005 Mar 23;293(12):1453-60.

Consumo de alcohol y salud laboral. Revisión y líneas de actuación

Alcohol consumption and occupational health. Review and lines of action

Enriqueta Ochoa Mangado

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Correspondencia:

Enriqueta Ochoa Mangado
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Ctra Colmenar Km 9,100
28034 Madrid. España.
Tfno.: + 34 913368391
E-mail: eochoa.hrc@gmail.com

Resumen

El consumo de alcohol tiene una elevada prevalencia en la sociedad en general, y también entre la población trabajadora, repercutiendo sobre el medio laboral. La repercusión del consumo de alcohol en el medio laboral es muy importante (enfermedades, accidentes laborales, absentismo, incapacidades laborales, disminución de la productividad...). Se describen los aspectos fundamentales de la psicofarmacología del alcohol, del diagnóstico de su dependencia y de los tratamientos para la dependencia de alcohol. Se valora la necesidad de una política en el medio laboral encaminada a prevenir o minimizar los riesgos laborales derivados del consumo de alcohol, con programas de prevención y apoyo que aporten información básica de referencia y orienten al abordaje asistencial de los trabajadores afectados.

Palabras clave: Salud laboral, alcohol, dependencia, riesgos psicosociales, prevención, asistencia.

Abstract

The consumption of alcohol and other drugs has high prevalence in the society in general, and in working population especially, affecting the occupational area. The repercussion of the consumption of these substances in the working environment is very important (diseases, occupational accidents, absenteeism, occupational disabilities, decrease of the productivity...). We describe the fundamental aspects of the psychopharmacology of alcohol, diagnosis of dependence and the treatment for alcohol dependence. Political measurements are necessary in the occupational area to prevent and minimize the risks derived from the consumption of these substances. Programs of prevention and support which offer basic information and orientation to the medical approach of the affected workers should be included.

Key words: Alcohol, occupational health, dependence, psychosocial risks, prevention, treatment.

INTRODUCCIÓN

El alcohol etílico o etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$) es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, muy hidrosoluble. Su molécula es pequeña es y poco polar, por lo que atraviesa bien las membranas biológicas. Un gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 kilocalorías.

El etanol es el principio activo de las bebidas alcohólicas. Estas pueden ser fermentadas o destiladas. Las primeras se producen por fermentación de los azúcares de diferentes frutas (cerveza, champán, vino y vino de arroz). Las bebidas destiladas proceden de la depuración y destilación de las bebidas fermentadas, consiguiéndose así mayores concentraciones de etanol.

El etanol se absorbe rápidamente en el estómago (20%) e intestino delgado, por difusión simple. La rapidez de absorción depende de presencia de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerida y tipo de bebida. Parte del alcohol se metaboliza en estómago por la alcohol-deshidrogenasa (ADH) que es menor en la mujer. Se distribuye rápidamente por todo el organismo, excepto por el tejido graso, y alcanza la máxima concentración a los 30-90 minutos de su ingesta. Atraviesa con facilidad todas las barreras. Se metaboliza en su mayor parte por vía hepática, eliminándose principalmente por vía renal.

El alcohol ejerce importantes efectos farmacológicos que dependen de la concentración de alcohol en sangre, tipo de consumo (agudo o crónico), y de características de la persona. La duración de un episodio de intoxicación depende de factores como la cantidad y el tipo de bebida alcohólica ingerida, la rapidez de la ingesta, y de la absorción dependiendo si la ingesta se realizó o no con comida. Cuando la intoxicación se hace progresivamente más intensa pasa por tres fases: excitación psicomotriz, incoordinación con depresión cerebral y coma. Con el desarrollo de tolerancia, los efectos motores, sedantes y ansiolíticos del alcohol disminuyen de intensidad ¹ (Tabla I).

Los trastornos relacionados con el alcohol se clasifican en abuso (DSM-IV-TR), consumo perjudicial (CIE 10) y dependencia, intoxicación y síndrome de abstinencia ^{2,3}.

Se habla de consumo problemático cuando aparece algún problema relacionado con el alcohol. El consumo perjudicial (CIE 10) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida. El abuso de alcohol (DSM-IV-TR) habla de un patrón desadaptativo que conlleva problemas. El síndrome de dependencia de alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas.

La vinculación patológica al alcohol evoluciona durante 5-15 años hacia una expresión de alteraciones físicas y psíquicas, consecuencia de la intoxicación prolongada. En este tiempo las alteraciones que produce el alcohol son subclínicas, después surgen las alteraciones psíquicas.

ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL

En la etiología del alcoholismo se involucran factores genéticos, psicosociales y ambientales. Por ello en su estudio hay que observar los tres

niveles básicos de la vida del paciente: individual, familiar y social. Los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia son aquellos relacionados directamente con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a otros sistemas de forma que el consumo de alcohol se comporta como un refuerzo negativo. En ambos procesos intervienen diferentes sistemas de transmisión. Se implican en la dependencia de alcohol los circuitos anatómicos de recompensa: haz prosencefálico medial, área tegmental ventral, hipotálamo lateral y áreas de la corteza prefrontal. También están implicadas las vías de neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica, serotoninérgica, glutamatérgica, de opioides endógenos, GABA, y canales del calcio.

Tabla I. Acciones del alcohol

Alcoholemia de 0,1-0,3 g/l:
Euforia
Excitación
Locuacidad
Disminución rendimiento intelectual
Alargamiento tiempos de reacción
Alcoholemia de 0,3-0,5 g/l:
Excitabilidad emocional
Disminución de la agudeza visual
Disminución capacidad de juicio
Relajación
Sensación de bienestar
Deterioro de los movimientos oculares
Alcoholemia de 0,5-0,8 g/l:
Reacción general enlentecida
Alteraciones en los reflejos
Perturbación motriz
Euforia, distensión y bienestar
Impulsividad
Sobrevaloración de las capacidades
Alcoholemia de 0,8-1,5 g/l:
Embriaguez importante
Reflejos muy perturbados con lentificación de respuestas
Pérdida de control y problemas de coordinación
Dificultad de concentrar la vista
Disminución de la vigilancia y percepción del riesgo
Alcoholemia de 1,5-2,5 g/l:
Embriaguez neta con efectos narcóticos y confusión
Cambios conductuales imprevisibles
Agitación psicomotriz
Perturbaciones psicosenoriales y confusión mental
Visión doble y actitud titubeante
Alcoholemia por encima de 3 g/l:
Embriaguez profunda
Estupor con analgesia y progresiva inconsciencia
Abolición de los reflejos
Parálisis
Hipotermia
Coma con depresión bulbar, y muerte

El consumo agudo de alcohol produce sedación y euforia por liberación de dopamina, inhibición de los canales de calcio, inhibición de los receptores para glutamato NMDA (N-metil-D-aspartato) y potenciación del GABA. El consumo crónico produce deseo de consumo por disminución niveles de dopamina, incremento canales del calcio, incremento de los receptores de NMDA y disminución del GABA. En la abstinencia se produce un estado de excitabilidad neuronal en el que están implicados el elevado número de receptores NMDA, y canales de Calcio y la disminución de gabaérgicos. La actividad del receptor NMDA en hipocampo puede provocar convulsiones y el aumento de liberación de dopamina en hipocampo puede provocar alucinaciones en el delirium ⁴.

PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MEDIO LABORAL

La elevada prevalencia entre la población trabajadora del consumo de alcohol convierte este consumo en un problema de gran magnitud. Los primeros estudios a nivel nacional sobre el consumo en el medio laboral ^{5,6} así como estudios en Estados Unidos ⁷ y Europa ⁸ corroboran las elevadas prevalencias, con cifras semejantes a las referidas por las Encuestas Domiciliarias sobre Consumo de Drogas ⁹. Estas encuestas indican que el consumo de alcohol y su abuso alcanzan prevalencias más altas en la población activa asalariada que en el total de la población, así un 95% de la población laboral ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez y el 90% lo han hecho en los últimos doce meses. Estiman que el 12% de los trabajadores beben con niveles de consumo que suponen un riesgo para la salud. El 26% de los bebedores han presentado problemas derivados por el uso de alcohol, y casi un 7% de los bebedores han sufrido algún tipo de consecuencia laboral negativa por el uso del alcohol (accidentes, sanciones, absentismo, despido).

Otros estudios en nuestro medio encuentra también que el 95% de los ocupados consumió alcohol alguna vez, el 93% lo hizo en los últimos doce meses, 86% en el último mes y 65% en la última semana. La cantidad media de alcohol consumido es de 45 ml./día (41 ml. en días laborables y 48 ml. los fines de semana), siendo mayor en varones que en mujeres. Los consumos más altos los realizan la población entre 24-34 años los días laborables (46 ml./día de media) y los de 16-24 años en fin de semana (72 ml./día de media). Al valorar la frecuencia de consumo, el 40% bebió con frecuencia media (1 a 4 veces/semana), y el 13% lo hizo con frecuencia elevada (5 a 7 veces/semana). Según la cantidad diaria ingerida, el 23% son bebedores moderados (21-60 gr./día en varones y 21-40 gr. en mujeres), y el 10% son bebedores abusivos (más de 60 gr./día en varones y 40 gr./día en mujeres). De este 10%, un 2,5% beben con frecuencia elevada (diario o casi diario) un 5,6% lo hacen con frecuencia media (hasta cuatro días por semana), y tan sólo un 1,9% bebían 1 o 2 días en semana. Los bebedores abusivos son con mayor frecuencia hombres (12,6%) que mujeres (6,9%). Por edad destacan los de 16-24 años (15,2%) y los de 25-34 años (10%). El lugar donde se consume con más frecuencia es en bares, pubs y cafeterías, pero casi el 2% lo hace en el trabajo ¹⁰. Otros estudios en nuestro medio encuentran cifras todavía más altas, ya que según éstos el 14% de los trabajadores son bebedores abusivos ¹¹.

CONSECUENCIAS LABORABLES DERIVADAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El 55,7% de los trabajadores consideran que el alcohol es un problema importante en el mundo laboral. Enfermedades, accidentes laborales, disminución de la productividad y mal ambiente entre compañeros, son las principales razones por las que el alcohol sea considerado un problema en el mundo laboral ¹⁰.

La repercusión que el consumo de alcohol produce en el medio laboral es muy importante. Se estima que los trabajadores que consumen alcohol presentan un absentismo laboral de 2 a 3 veces mayor que el resto de los trabajadores. La bajas por enfermedad de estos trabajadores dependientes del alcohol tiene un coste 3 veces mayor a las del resto de los empleados, a la vez que esas mismas personas perciben también indemnizaciones por un importe 5 veces mayor que el resto de sus compañeros. El 20-25% de los accidentes laborales ocurren en trabajadores que se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y causan lesiones a ellos mismos u a otros. El consumo de alcohol afecta negativamente a la productividad, ocasionando importantes perjuicios a empresarios y trabajadores por absentismo, desajustes laborales, incapacidades laborales, rotación del personal, reducción del rendimiento laboral y mala calidad del trabajo ¹².

En España se calcula que entre el 15-25% de la siniestrabilidad laboral se debe a problemas relacionados con el alcohol. Los bebedores tienen 3 veces más accidentes en el trabajo que otros trabajadores, perdiendo muchos más días laborables por enfermedad. Estudios nacionales en población laboral mostraron que el 23-31% de los trabajadores consumidores de drogas han tenido alguna consecuencia negativa derivada de sus consumos, y el 13-15% fueron de carácter laboral (bajas laborales, absentismo, accidentes laborales, tensiones laborales, bajo rendimiento laboral...) ¹⁰.

FACTORES DE RIESGO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

La causalidad del uso de alcohol es multifactorial, influyendo factores personales, familiares y sociales, como la búsqueda de satisfacción inmediata o la tendencia a la evasión y al aturdimiento ante determinadas situaciones ¹³. Factores no laborales como familiares, sociales y personales, como laborales pueden influir el consumo de alcohol ([Tabla II](#)).

Tabla II. Factores de riesgo para el consumo de alcohol

No Laborales

- Consumo de alcohol abusivo por los padres
- Consumo de alcohol en lugares de diversión
- Malas relaciones fraterno-filiales
- Conocer a consumidores de alcohol
- Facilidad para obtenerlo
- Sentirse agobiado y en tensión
- Pérdida de confianza en sí mismo
- No participación social

Laborales

- Trabajos a destajo y alto rendimiento
- Tareas rutinarias y monótonas
- Insatisfacción en el trabajo
- Jornadas de trabajo prolongadas
- Turnos cambiantes
- Largas ausencias de casa
- Cansancio intenso en el trabajo
- Compañeros consumidores
- Trabajos dependientes de la relación social
- Disponibilidad en el medio laboral

Estos factores laborales pueden tener un peso real superior al explicitado verbalmente entre las razones para consumir alcohol¹³. Además, el entorno laboral puede comportar la exposición a otros factores de riesgo para el abuso de alcohol, aumentando la probabilidad de desarrollar problemas derivados del consumo. Hay trabajos que potencian situaciones de riesgo alcohólico, como aquellos en los que hay disponibilidad de alcohol (bares, etc), presión social para beber en trabajos dependientes de la relación social, o presión del entorno laboral donde otros trabajadores consumen habitualmente.

En relación con la presencia de consumo en el lugar de trabajo, el 55% indica que conoce a algún compañero de trabajo que bebe en exceso o consume alguna droga¹⁰. Entre los trabajadores, los más jóvenes (de 16 a 34 años) y especialmente los de 12 a 24 años, son los que están en situación de mayor riesgo. Estos jóvenes son los que tienen prevalencias más altas de abuso de alcohol. Y por estos consumos pueden presentar consecuencias negativas, tanto a nivel de salud, familiar, social y laboral. Por esta situación de mayor riesgo y vulnerabilidad se requiere acciones prioritarias en las empresas y por parte de las instituciones. Estas acciones se basarán en una buena información sobre los riesgos del consumo, formación en actitudes saludables, prevención en ciertos ámbitos (familia, ocio, relaciones grupales...), así como una pronta atención cuando empiezan a sufrir las primeras consecuencias de los consumos.

DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU DEPENDENCIA

El diagnóstico de la dependencia del alcohol supone la elaboración de una correcta anamnesis, junto con la correcta exploración clínica. Es necesario realizar la valoración de la cantidad y frecuencia de la ingesta alcohólica. Puede ser útil el uso de cuestionarios diagnósticos. Se realizará una analítica completa con marcadores biológicos y un adecuado diagnóstico dual de las psicopatologías previas o asociadas.

Las dificultades diagnósticas dependen de conceptos de tipo epidemiológico (cantidades y frecuencia de bebida) y de tipo clínico (problemas por el consumo), excesiva rigidez de los criterios diagnósticos, ausencia en ocasiones de complicaciones somáticas objetivables, escasa conciencia de patología con negación del problema por el paciente y banalización por parte del profesional.

En la anamnesis y exploración clínica se valorará el consumo alcohólico y sus repercusiones (trastornos conductuales, repercusiones familiares, sociales y legales). En la exploración física se buscarán alteraciones somáticas y otros datos, inespecíficos pero orientativos sobre el abuso de alcohol, y signos clínicos que evidencien las consecuencias del consumo etílico.

Los registros del consumo de alcohol aportarán datos sobre la duración, frecuencia y cantidad de la ingesta de cada consumición. El consumo de alcohol medido en gramos de alcohol se calcula multiplicando los mililitros de bebida por la graduación de la misma y por 0,8 y dividiendo el resultado por 100. Cada vez es más frecuente el uso de la Unidad de Bebida Estándar (UBE) que se refiere al contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen. Se acepta que 1 UBE equivale a 10 gramos de alcohol. En función de la cantidad de alcohol consumido se clasifican los bebedores en grados¹⁴ (Tabla III).

Tabla III. Patrones de consumo en función de la cantidad de consumo

	Hombre	Mujer
Abstemio: No consume alcohol de forma habitual		
Bebedor ligero	1-2 UBE/día	1-2 UBE/día
Bebedor moderado	3-6 UBE/día	3-4 UBE/día
Bebedor alto	7-8 UBE/día	5-6 UBE/día
Bebedor excesivo	9-12 UBE/día	7-8 UBE/día
Gran riesgo	> 13 UBE/día	> 8 UBE/día
Bebedor problema = consumo perjudicial		
Consumo de riesgo	> 4 UBE/día	> 2,5 UBE/día
Unidad de Bebida Estándar (UBE): contenido medio en alcohol de una consumición habitual en cuanto a su graduación y volumen. 1 UBE = 10 g alcohol.		
Gramos de alcohol = ml de bebida X graduación de la bebida X 0,8 / 100		

Diversos tests de detección y cuestionarios diagnósticos son eficaces en la detección y diagnóstico de los trastornos relacionados con el uso del alcohol. Aun siendo herramientas muy útiles para la detección de consumos de riesgo y del alcoholismo, cuando tengan finalidad diagnóstica deben emplearse siempre en el transcurso de una entrevista estructurada y nunca pueden sustituir a la anamnesis y exploración clínica. Pueden utilizarse para:

1. Detección o *screening* de casos. Ayudan a identificar los sujetos que cumplen criterios diagnósticos de abuso o dependencia al alcohol y requieren una evaluación adicional para definir el diagnóstico final. Su objetivo es establecer un cribaje previo al diagnóstico, con detección precoz de casos. Deben de ser sencillos en la aplicación y resultar útiles en la clínica y en la investigación epidemiológica. Un resultado negativo en estos test no excluye el problema, dado que la negación y posturas defensivas pueden provocar falsos negativos por lo que hay que complementarlos con pruebas biológicas y entrevistas a acompañantes antes de formular un diagnóstico. Los más utilizados son el CAGE y el AUDIT. Otros son el CBA o Cuestionario Breve para Alcohólicos, el MALT o Münchner Alkoholismus Test, el MAST o Michigan Alcoholism Screening Test, o el T-ACE y TWEAK (diseñados específicamente para detectar casos de alto riesgo en mujeres).

El CAGE consta de 4 ítems. Su sensibilidad es del 65-100% y su especificidad del 80-100%. Se considera positivo si se responde afirmativamente a un mínimo de dos preguntas. No estudia cantidad, frecuencia ni tiempo de la ingesta. Diseñado para detección del alcoholismo. Útil en el cribaje^{15,16} (Tabla IV).

Tabla IV. Cuestionario CAGE

- ¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir dejar la bebida? (Cut down)
¿Le han molestado las observaciones de la gente acerca sus hábitos de bebida? (Annoyed)
¿Se ha sentido alguna vez a disgusto o culpable por su costumbre de beber? (Guilty)
¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana para sentirse en forma? (Eyeopen)

El AUDIT o Alcohol Use Disorders Identification Test contiene 10 ítems referidos al consumo en el último año. Discrimina consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. El rango de puntuación va de 0 a 40 puntos. Es un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol. Puntuaciones superiores a 8 es indicativo de bebedor de riesgo, y superiores a 13 indican probable dependencia^{17, 18}.

2. Diagnóstico. Cuantifican la presencia y, en su caso, la gravedad de los síntomas que constituyen la dependencia, sin comprobar el cumplimiento de los criterios diagnósticos propios. No detectan precozmente casos patológicos sino que confirman y evalúan la enfermedad. Suelen ser entrevistas estructuradas adaptadas a los criterios de las diversas taxonomías. Son numerosos, entre los más utilizados tenemos la Alcohol Clinical Index (ACI), la Alcohol Dependence Scale (ADS) para determinar la severidad de la dependencia, o la Addiction Severity Index (ASI) entre otras. La CIMA o Clinical Institute Withdrawal Assessment consta de sólo 10 ítems y se muestra muy útil en la fase de desintoxicación para evaluar la intensidad y severidad de la sintomatología de abstinencia.

3. Evaluación de la gravedad e intensidad de la dependencia, evaluación del craving. Muchos de las escalas como ASI, ADS, CIMA, SADQ, EIDA, además de realizar el diagnóstico aportan datos sobre la gravedad e intensidad de la dependencia. Otras como la Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) o la Escala de la intensidad de la dependencia alcohólica (EIDA) miden síntomas físicos de abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de abstinencia, consumo habitual de alcohol, reinstauración de la sintomatología tras la recaída, capacidad de control.

4. Evaluación de la motivación. Puede realizarse con diversas escalas como la CPD o Perfil de bebida, el AUI o Inventario del uso del alcohol, el IDS o Inventario de situaciones de riesgo, el AEQ o Cuestionario de expectativas para beber, el ABQ o Cuestionario de creencias sobre el alcohol, o la URICA de 32 ítems de Prochaska y Di Clemente.

A pesar de la utilidad de todos los test y cuestionarios anteriores, no existen pruebas específicas para el diagnóstico del alcoholismo. Este ha de basarse en la correcta anamnesis y exploración clínica, que puede complementarse con el uso de cuestionarios de identificación, y ha de realizarse la determinación de pruebas biológicas. El diagnóstico se realiza con una correcta historia clínica que no debe ni puede ser sustituida por cuestionarios o pruebas de laboratorio. Dentro de la anamnesis es importante el registro del consumo de bebidas alcohólicas. Para detectar casos de alcoholismo en grandes poblaciones se recomienda el CBA. En la detección en atención primaria se usa el CAGE y AUDIT. Para confirmar el diagnóstico en atención primaria pueden ser útiles el AUDIT y MALT. El EuropASI es eficaz en atención especializada. También resultan útiles las escalas de gravedad como EIDA y la valoración del deseo por el consumo¹⁴.

MARCADORES BIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

La identificación física se basa en la búsqueda de estigmas físicos indicativos de daños en órganos y sistemas (rubicundez, hipertrofia parotídea, alopecia y distribución ginoide del vello, etc.) y fundamentalmente en base a una serie de parámetros biológicos indicativos de alteraciones hepáticas y/o metabólicas (disminución del tiempo de protrombina, aumento de la GGT, GOT, GPT, VCM, ácido úrico, triglicéridos, urea, CDT, etc.)

El volumen corpuscular medio o VCM eritrocitario se encuentra elevado en 31-96% de pacientes alcohólicos. Se origina por efecto tóxico directo del alcohol sobre los hematíes, deficiencia de ácido fólico y hepatopatía asociada. La sensibilidad es variable (25-50%), pero aumenta al 75-80% en pacientes ambulatorios, en los que no es frecuente otras causas de macrocitosis (anemias por déficit de vitamina B12 o ácido fólico, hepatopatías, hemólisis, enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, hemopatías, hipotiroidismo, citostáticos...) Consumos mayores de 60 gr./día elevan en un 20-60% el VCM, dejándolo entre 90 y 100. Valores mayores de 96 son considerados indicativos de abuso de alcohol. El VCM disminuye lentamente con la abstinencia y se normaliza en 3-4 meses, volviendo a elevarse tras la ingesta¹⁹.

La GGT o gammaglutamil transpeptidasa sérica es el marcador más utilizado por su alta sensibilidad (65-80%) y facilidad de determinación. Su especificidad es menor (50-65%) ya que puede aumentarse en hepatopatías, colestasis, pancreatitis, diabetes, obesidad, insuficiencia cardíaca... Por ello el 50% de las elevaciones pueden tener un origen distinto al alcoholismo. Está elevada en 34-85% de pacientes alcohólicos. Se eleva con consumos mayores de 40-60 gr./día. Útil en las recaídas. No se modifica tras la ingestión aguda de alcohol, sino tras la ingestión crónica. La abstinencia prolongada disminuye los valores séricos, alcanzándose valores normales al cabo de 2-3 meses para aumentar al reiniciar el consumo²⁰.

La determinación de VCM y GGT permite identificar más del 75% de bebedores excesivos.

La GOT o AST (glutámico-oxalacético transaminasa o aspartato-amino transferasa) y GPT o ALT (alanino-amino transferasa) son sensibles pero muy poco específicas (suelen indicar afectación hepática con citólisis). Elevada en 32-77% de pacientes alcohólicos. Un 30% de alcohólicos presentan dislipemias, especialmente hipertrigliceridemia. El ácido úrico suele elevarse en pacientes alcohólicos masculinos, aunque es poco sensible y poco específico del alcoholismo.

La CDT o transferrina deficiente en carbohidratos se utiliza en la clínica desde 1992. Elevada en el 80% de bebedores de riesgo (que consumen entre 50-60 gr. de alcohol/día) y en el 90% de pacientes alcohólicos. Su vida media es de 15 días, por lo que tras la abstinencia sus valores se normalizan en dos semanas y vuelve a subir tras las recaídas, siempre que se beba más de 50 gr. de alcohol/día durante una semana. La especificidad de la CDT es mayor que la de los otros marcadores. Existen falsos negativos dado que el 18% de bebedores crónicos y excesivos tienen una CDT normal. Sensibilidad del 82% y especificidad del 91,5% con un punto de corte para el varón de 20 U/l y de 26 U/l para la mujer, con mejores resultados si se utiliza la %CDT (valor relativo mayor de 6 en ambos sexos). Utilizado en monitorización y control de la abstinencia¹⁴.

TRATAMIENTOS DE LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL

La alta prevalencia del consumo de alcohol y de las patologías asociadas, así como de las implicaciones sociolaborales que tal dependencia ocasiona, han hecho de la prevención y tratamiento del alcoholismo una de las cuestiones sanitarias de mayor interés.

No es posible hablar de un tratamiento genérico de elección para la dependencia del alcohol. En la actual concepción del trastorno adictivo como procesual, con fases de recaída y abstinencia, parece más adecuado situar el estado de la cuestión en elegir aquella opción terapéutica que mejor se adapte a las necesidades del paciente concreto y en su situación actual. Se engloba ampliamente en el concepto de necesidades no sólo las inmediatas, sino también las de medio y largo plazo, dentro de la perspectiva más longitudinal del alcoholismo. Muchas veces, las opciones terapéuticas y sus criterios tanto de inclusión y exclusión como de ejecución no se encuentran nítidamente definidos. En estos casos lo que realmente

es importante es clarificar el objetivo perseguido en función de las demandas, necesidades, características y repercusiones del consumo, así como los medios que se disponen para conseguirlo.

De manera genérica, todo programa terapéutico sobre alcoholismo se basa en un trabajo motivacional previo pero también continuado y concomitante con los diversos programas específicos. Conceptos como técnicas motivacionales y estadios de cambio son básicos para el trabajo en alcoholismo, cualquiera que sea la orientación y opción terapéutica elegida.

Una gran parte de la población de consumidores de alcohol puede beneficiarse de intervenciones breves de carácter preventivo. Dichas actuaciones están centradas de manera general sobre dos grupos de sujetos: aquellos consumidores de riesgo que no han desarrollado criterios de dependencia ni consecuencias graves del consumo; y sujetos que han sufrido consecuencias recientemente, quienes aun con criterios de dependencia no tengan actualmente motivación y quienes relativizan su problema a pesar de claras consecuencias en cualquiera de los ámbitos señalados. Se persigue con un mínimo de información, pautas y seguimiento, la reducción del consumo de alcohol en la población y/o la adecuación a niveles no patológicos o problemáticos; así como facilitar la derivación a recursos especializados cuando se considere oportuno según criterios. Son intervenciones sencillas, fácilmente estructuradas, que requieren mínima formación y esfuerzo en el agente terapéutico, y que han resultado exitosos en diferentes parámetros (eficacia, rentabilidad, prevención...).

Cabe destacar, a este respecto, que si bien en la mayor parte de las adicciones se plantea como objetivo final la abstinencia plena (fin también perseguido clásicamente en el alcoholismo), cabe cuando menos plantearse la validez de una opción de consumo controlado y moderado.

La desintoxicación suele ser habitualmente un paso necesario en el tratamiento del alcoholismo, sobre todo en programas que persiguen la abstinencia. Como tal se entiende la supresión controlada y brusca del consumo de alcohol, con el apoyo de determinados fármacos que facilitan la misma evitando las sensaciones y síntomas de malestar que pudieran aparecer (y hacer fracasar el proceso), así como previniendo las complicaciones físicas y/o psíquicas que pudieran derivarse de una retirada rápida y total. Se trata, por tanto, de un tratamiento recortado en el tiempo, con límites claros, cuyo único objetivo es la abstinencia. Generalmente es el paso necesario para programas más amplios y completos que abordan los diferentes factores que inciden en la adicción al alcohol (programas de deshabitación en sentido amplio). Puede realizarse a nivel ambulatorio o hospitalario. Las primeras pueden llevarse a cabo si existe una buena motivación por parte del sujeto, con buen apoyo socio-familiar, tiene un consumo moderado de alcohol, sin presentar enfermedades físicas o psíquicas potencialmente graves, que no haya fracasado repetidas veces en intentos ambulatorios previos y que carezca de antecedentes de delirium tremens o crisis convulsivas en abstinencias previas. La presencia de sintomatología de abstinencia severa contraindica, también este tipo de desintoxicaciones.

Alcoholismos crónicos con patrones de consumo marcados, de dosis moderadas-altas, con repercusiones físicas o psíquicas graves (se incluyen también trastornos psiquiátricos previos o concomitantes severos), con historia previa de fracasos en las desintoxicaciones ambulatorias y/o sintomatología severa de abstinencia (convulsiones, delirium...), así como falta de apoyo social, son candidatos a tratamiento hospitalario. Los programas de desintoxicación se realizan suprimiendo de forma brusca el consumo de alcohol (lo que generaría un cuadro de abstinencia) y empleando diferentes sustancias (en función de las características y necesidades del paciente) para prevenir dicho cuadro de abstinencia. En los programas de desintoxicación habitualmente se suelen emplear pautas o protocolos más o menos fijas y estándar que garanticen el objetivo siempre y cuando permitan la flexibilidad necesaria para adecuarse a cada caso ^{14, 21}.

La fase de deshabitación sigue a la desintoxicación en el tratamiento del alcoholismo. Se trata de un periodo cuyo objetivo principal es la recuperación de un estilo de vida normalizado y sano, que prevenga la recaída. Diferentes propuestas farmacológicas y psicoterapéuticas son útiles en la consecución de este objetivo, y no de manera excluyente ni exclusiva. En la prevención de recaídas y a nivel farmacológico se pueden emplear distintas estrategias. Por un lado están los fármacos interdictores o aversivos, sustancias como la cianamida cálcica y el disulfiram, que provocan la acumulación de acetaldehído al inhibir la enzima aldehído deshidrogenasa del metabolismo del alcohol. De esta manera generan en el individuo sensaciones subjetivas y fisiológicas desagradables que dificultan la recaída. El tratamiento se basa por tanto en el refuerzo negativo que supone para el consumo la previsible reacción cuando se combina alcohol y fármaco. Su empleo debiera reservarse en situaciones de buen apoyo familiar y posibilidad de supervisión del tratamiento. Su uso no es excluyente del empleo de otros fármacos como naltrexona o acamprosat ^{22, 23}.

Casi desde cada una de las escuelas psicológicas se ha propuesto programas para la rehabilitación del alcoholismo y su tratamiento. Los estructura básica de un programa cognitivo-conductual de tratamiento de alcoholismo incluye la motivación para la abstinencia y la prevención de recaída, así como una serie de herramientas encaminadas al afrontamiento tanto de la sintomatología de abstinencia como de aquellos factores que hayan guardado relación tanto en el inicio como en el mantenimiento del hábito alcohólico. Se citan entre otras las técnicas de resolución de conflictos, manejo de la ansiedad y depresión, habilidades sociales... Muchas de estas terapias se complementan con, o consisten exclusivamente en, técnicas de grupo. Esta modalidad terapéutica está dirigida por un terapeuta profesional hacia determinados objetivos a través de la participación en un grupo. Se diferencia así de otras ofertas también útiles para la deshabitación como son los grupos de autoayuda, compuestos generalmente por alcohólicos y ex-alcohólicos, que comparten experiencias y se apoyan en su propósito de abstinencia y curación.

LEGISLACIÓN

La legislación sobre materia laboral en España surge dentro del marco de la Constitución que indica el deber de los poderes públicos por velar por la seguridad e higiene en el trabajo (Art. 40), y el derecho a disfrutar de un medio ambiente laboral adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo (Art. 45). Estos deberes y derechos plantean la necesidad de desarrollar políticas de promoción de la salud en el trabajo. Dentro de estas políticas se encuentran las de prevención y asistencia de problemas relacionados con el alcohol, que se enmarcan también en el marco de las leyes sobre Salud y Seguridad en el Trabajo ²⁴.

Las condiciones de trabajo son una parte importante en la vida y pueden tener una decisiva influencia en los niveles de salud y bienestar, dentro y fuera del ámbito laboral. La prevención de riesgos laborales es un deber de las empresas y un derecho de los trabajadores, los cuales también deben velar por la protección de su propia salud y la de sus compañeros. La Unión Europea considera un objetivo básico de las políticas laborales la protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de riesgos directamente derivados del trabajo y de los riesgos que pueden afectar al rendimiento laboral.

La gravedad de los consumos de alcohol en el medio laboral ha sido reconocida desde hace tiempo por la Organización Internacional del Trabajo, que considera que el consumo de alcohol es un problema que concierne a un número elevado de trabajadores ²⁵. Señala que los efectos nocivos del consumo de alcohol en el lugar de trabajo y en el rendimiento laboral son corrientes a todos los niveles. La seguridad profesional y la productividad pueden verse afectados de forma adversa por empleados bajo el influjo del alcohol. Indica también como el consumo de alcohol por los trabajadores produce un fuerte impacto, que se extiende a familia y compañeros de trabajo que son afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral. Por tanto el consumo de alcohol es un problema que no sólo afecta al consumidor, sino también al ambiente laboral y la eficacia de una

POLÍTICAS DE ACTUACIÓN

La importancia de actuar en el campo de la adicción al alcohol se relaciona con los costes directos e indirectos que el consumo de alcohol provoca en el medio laboral, al generar problemas de salud, incrementar los riesgos de accidentes laborales, favorecer la conflictividad, las bajas laborales, el absentismo, la disminución de la productividad...²⁶.

Las administraciones sanitarias, en el marco de sus competencias tienen que promover actuaciones que permitan conocer la salud de los trabajadores y posibiliten el desarrollo de programas de prevención para los problemas detectados. Deben de poner en marcha en el medio laboral programas de prevención sobre el consumo de alcohol, así como impulsar programas asistenciales que faciliten la atención de los trabajadores que lo precisen. Los costes derivados del consumo en el lugar de trabajo superan ampliamente los que puedan derivarse de las programas de prevención y asistencia²⁷. Estos programas de prevención y apoyo deben realizarse en cualquier empresa, independientemente de su tamaño. Deberán ser flexibles y adaptables a las distintas realidades. Estos programas contarán con la participación de los diversos sectores de la empresa y de los empleados, respondiendo a sus preguntas e inquietudes, y presentándolos de forma positiva, no sancionadora. Los programas para prevenir o minimizar los problemas de consumo deben abarcar diversos aspectos, que van desde la información hasta la facilitación de la asistencia de los trabajadores enfermos que lo deseen ([Tabla V](#)).

Tabla V. Aportaciones que deben hacer los programas de prevención

Información básica de referencia
Pautas para plantear actuaciones preventivas
Información sobre recursos
Orientación para el abordaje asistencial de los trabajadores con problemas
Criterios de derivación asistencial de los problemas que no puedan atenderse en los recursos laborales

Los programas de prevención encaminados a mejorar la situación de los trabajadores en relación con el consumo de alcohol deben promover cambios de estilo de vida, e incluso de cultura de la salud dentro de la empresa. Para ello es importante conocer las actitudes y conductas de los trabajadores hacia los consumos, antes de definir los objetivos de carácter preventivo y asistencial.

Las políticas preventivas en relación con el alcohol deben de ser informativas, de protección y de sensibilización. Con carácter preventivo se facilitará el no consumo en la empresa (supresión de venta interior, mejorar las condiciones de trabajo...). Respecto a los trabajadores se buscará cambiar actitudes y conductas en relación al consumo, con información amplia, clara y ajustada a la realidad sobre el alcohol y las consecuencias sobre su abuso.

Se buscará detectar precozmente los problemas existentes relacionados con el consumo y facilitar la atención a los trabajadores adictos que lo deseen. Los procedimientos diagnósticos para detectar los problemas deben ser conocidos y aceptados voluntariamente por los usuarios, respetando su confidencialidad. Los tratamientos se propondrán evitando la marginación de la persona a tratar y se facilitará la normalización y reinserción laboral.

Dentro de las políticas para controlar el consumo de alcohol en la empresa pueden realizarse diversas medidas como supresión de la venta de alcohol dentro del recinto de la empresa, detección precoz de bebedores excesivos, detección de problemas relacionados con el alcohol, ofertar a los bebedores excesivos y a los dependientes atención personalizada para reducir o abandonar el consumo de alcohol. Si lo acepta, asegurar la confidencialidad y proteger la seguridad del puesto de trabajo. Si no acepta la ayuda y el problema continúa o se agrava, aplicar medidas disciplinarias escalonadas, evitando que sean irreversibles.

En la detección precoz de los consumos puede ser útil prestar atención a diversos síntomas que sin ser patognomónicos orientan a pensar en abuso de alcohol ([tabla VI](#)).

Tabla VI. Síntomas que orientan al diagnóstico de abuso de alcohol

Accidentabilidad reiterada
Consultas frecuentes por problemas de salud inespecíficos
Problemas gastrointestinales
Somnolencia
Movimientos inestables o temblores
Pupilas anormalmente dilatadas o contraídas
Ojos enrojecidos
Agresividad, irritabilidad o intolerancia crecientes
Cambios bruscos del humor
Comportamientos violentos
Desconfianza excesiva hacia los demás (recelo hacia compañeros de trabajo, evitación de superiores)
Deterioro de la higiene personal y del vestir
Hurtos
Problemas familiares
Problemas financieros
Petición frecuente de dinero a los compañeros de trabajo
Absentismo
Retrasos en el inicio del horario laboral y salidas anticipadas
Trabajo de inferior calidad, o errores en el trabajo

Se debe de valorar la cantidad consumida, el patrón de consumo y si presentan criterios de dependencia de alcohol. El CAGE puede ser útil en la detección de problemas relacionados con el alcohol¹⁶. En bebedores de riesgo sin dependencia se informará de los riesgos que pueden producir el uso de alcohol y las ventajas de disminuir la ingesta. La realización de controles de orina pueden ser útiles para la determinación reciente de consumo de alcohol.

consumo de drogas, pero debe realizarse con las garantías jurídicas y éticas necesarias.

La política de la empresa debe garantizar que su objetivo no es perseguir a los adictos, sino contribuir a mejorar las condiciones de salud y seguridad en la empresa. El hecho de que la embriaguez sea motivo de sanción o despido para los trabajadores puede dificultar las políticas de drogas de la empresa. En lugar de asumir una posición punitiva y sancionadora, la empresa debe contribuir a prevenir, detectar precozmente o mejorar situaciones problemáticas en relación con el consumo. La legislación vigente regula el despido disciplinario por causas derivadas del consumo de alcohol si repercuten negativamente en el trabajo²⁴. Esta medida debe de ser la última a adoptar, y antes de ella deben de utilizarse sanciones intermedias, como faltas leves, graves y muy graves.

La mayor parte de las empresas no han establecido protocolos para la identificación precoz de los trabajadores que presentan problemas con el alcohol. En general, las empresas no reaccionan hasta que se produce una crisis originada por el grave comportamiento del trabajador y existe grave repercusión en el medio laboral. Cuando las circunstancias obligan a la empresa a tomar decisiones, pueden ser excesivas por temor a las repercusiones negativas, con sanciones disciplinarias que con frecuencia excluyen más al dependiente.

Algunos autores recomiendan un protocolo de actuación para los pacientes con trastornos mentales graves, que es aplicable a los pacientes con adicción a alcohol²⁸⁻³⁰:

- Confrontar al trabajador enfermo con las alteraciones que padece y sus consecuencias laborales, por parte de las personas más adecuadas como médico de empresa, especialista de prevención de medios laborales, superior jerárquico, miembro del equipo de dirección...
- Valorar el grado de conciencia respecto a los consumos que presenta, a sus conductas y a la posible motivación para iniciar tratamiento. La frecuente minimización de los consumos que realiza el adicto debe confrontarse con la repercusión en las conductas que realiza.
- Documentar las alteraciones de conducta del trabajador, percibidas por compañeros y/o supervisores, jefes, representantes sindicales u otros.
- Comunicar por escrito a la Directiva del centro y al Servicio de Prevención de riesgos laborales, solicitando valoración del trabajador dependiente de alcohol.
- Citar al trabajador por vía convencional en el servicio de Prevención, según el art. 22 de la ley 31/95 para realizar examen del estado de salud, con las garantías habituales de confidencialidad, etc. y se emitirá un juicio clínico-laboral y grado de aptitud para su puesto de trabajo.
- Si el trabajador no acude a la citación previa, citar por escrito mediante carta certificada o burofax para reconocimiento médico obligatorio por sospecha de riesgo para él mismo o para terceros, tras la aprobación preceptiva del Comité de Salud y Seguridad del centro. Si tampoco acude se realizará comunicación a Dirección-Gerencia para solicitar valoración médica involuntaria por vía judicial.
- Tras la evaluación el trabajador será remitido a su médico de referencia para ser evaluado por los profesionales sanitarios convenientes.
- Si el trabajador niega el consumo y las alteraciones conductuales, se consultará con sus familiares si es posible.
- Siempre que sea posible, se modificará el trabajo del paciente para hacer lo posible que siga trabajando.
- En casos de máxima gravedad, se activarán los protocolos de intervención urgente con intervención de los profesionales que marcan la ley de Seguridad de Prevención de riesgos Laborales.

Aunque el artículo 35.1 de la Constitución establece que los ciudadanos tienen el derecho y el deber de trabajar, se trata de una capacidad que precisa determinadas aptitudes funcionales para llevarla a la práctica. Por ello además de valorar el diagnóstico y la situación en que se encuentra el adicto, es importante valorar las capacidades del afectado para el empleo específico^{31, 32}. Su posibilidad de trabajar depende de múltiples variables, como el grado de dependencia y si se encuentra en fase de consumo o de abstinencia, la afectación de los consumos en sus funciones ejecutivas, considerando también la adecuada competencia psicosocial que mantenga y las demandas que le provoca un determinado trabajo. Es importante valorar los recursos cognitivos que mantiene y el riesgo de que sus conductas y enfermedad ocasionen malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento laboral^{30, 33}.

No es infrecuente que durante la intoxicación de alcohol se produzcan amenazas o conducta violentas en el medio laboral. Si estas aparecen se utilizará las mismas estrategias de intervención que en las conductas agresivas fuera del marco de la intoxicación³⁰:

- Técnica de desactivación o de desescalada. En primer lugar, verbalmente, se tratará de reducir la tensión, dirigiéndose al paciente de forma tranquila y no provocadora, intentando establecer una conversación y plantearle otras alternativas más eficaces, así como ofrecer medicación para su toma voluntaria si lo precisa.
- Intervención involuntaria con empleo de contención física, sujeción mecánica e intervención farmacológica si existe riesgo elevado para el paciente o para otros.
- Una vez sedado se vigilará de forma continuada y se aplicarán los exámenes médicos precisos para el diagnóstico y tratamiento más eficaz.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol es muy prevalente en el medio laboral. Se estima que el 10% de los activos laboralmente son bebedores de riesgo (más de 40 gr./día en mujeres y de 60 gr./día en varones), y el 8% son bebedores abusivos y frecuentes.

La repercusión que el consumo de alcohol produce en el medio laboral es muy importante. Producen importantes perjuicios a la empresa y a sus compañeros por el aumento de enfermedades, accidentes laborales, absentismo, e incapacidades laborales, junto con disminución de la productividad, y mal ambiente laboral. Por ello son necesarios programas de prevención y apoyo en relación con el consumo de alcohol en cualquier empresa. Estos programas aportarán información básica de referencia, pautas para plantear actuaciones preventivas, orientación para el abordaje asistencial de los trabajadores con problemas y criterios de derivación asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubio G, Santo-Domingo J. Clínica psiquiátrica del alcoholismo. Tratado SET de trastornos adictivos. Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 169-72.
2. DSM IV-TR. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Texto revisado. Masson, Barcelona 2002.
3. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de las enfermedades mentales. 1992.
4. Guerri C. Bases biológicas. Alcohol. Tratado SET de trastornos adictivos. Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana 2006; 153-7.
5. Navarro J. (Coord.) EDIS S.A. Las drogodependencias en el mundo laboral. Dto. Servicios Sociales UGT. Madrid 1987.
6. Navarro J. (Coord.) EDIS S.A. La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid 1996.

7. NSDA National Household Survey on Drug Abuse: population Estimates 1992. Rockville (Maryland): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. USA. 1993.
8. OEDT. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual sobre el problema de las Drogodependencias en la Unión Europea. Lisboa 2004.
9. OED. Observatorio Español sobre Drogas. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. 2001-2007.
10. Navarro J. (Coord.) EDIS S.A. (Equipo de Investigación sociológica). La incidencia de las drogas en el mundo laboral de la comunidad de Madrid 2006. Observatorio Drogodependencias. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. 2008.
11. Navarro J, Rodríguez E. La incidencia de drogas en el mundo laboral. 2001. EDIS para FAD y PND. Madrid 2001.
12. [Howland J, Almeida A, Rohsenow D, Minsky S, Greece J.](#) How Safe are Federal Regulations on Occupational Alcohol Use? [Journal Public Health Policy 2006.](#)
13. Navarro J, Megías E. La incidencia de las drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Generalitat Valenciana. Madrid 1999.
14. Guardia J (coordinador). Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Socidrogalcohol. 2007.
15. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1555-74.
16. Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA y CAGE para el diagnóstico de alcoholismo. Drogalcohol 1986; 11: 132-9.
17. Saunders JA, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant T. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Addiction 1993; 88: 342-2.
18. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIY) en atención primaria. Rev Clin Esp 1998; 189: 11-4.
19. Cronigrave KM, Saunders JB, Whitfield JB. Diagnostic test for alcohol consumption. Alcohol Alcohol 1995; 90: 1479-85.
20. Sillanaukee P, Olsson U. Improved diagnostic classification of alcohol abusers by combining carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transaminase. Clin Chem 2001; 47: 681-5.
21. Heilig M, Egli M. Pharmacological treatment of alcohol dependence: Target symptoms and target mechanisms. Pharmacology & Therapeutics 2006; 111: 855-76.
22. Rosenthal RN. Current and future drug therapies for alcohol dependence. J Clin Psychopharmacol. 2006;26 Suppl 1:S20-9.
23. Ochoa Mangado E. Abordaje farmacológico de las toxicomanías. En: Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. M Lozano Suárez, JA Ramos Brieva. Eds: Masson S.A. Barcelona 2002, 277-88.
24. Constitución Española. Título primero. De los derechos y deberes fundamentales. 1978.
25. Estatuto de los trabajadores. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
26. 19- Pardo FJ. Predicción del consumo de drogas en el trabajo. Madrid 1996.
27. Mangione T, Howland J, Amick B, Cote J, Lee M, Bell N, et al. Employee drinking practices and work performance. J Stud Alcohol. 1999;60:261-70.
28. Brodsky CM, Epstein IJ: The psychiatric disorders of aging in the work organization. Occupational Medicine 1996; 11: 739-744.
29. Farid I, Brodsky CM. The management of psychopathology in the workplace. Occupational Medicine 1996; 11: 617-650.
30. Mingote JC, del Pino P, Huidobro A, Gutiérrez D, de Miguel I, Gálvez M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. Medicina y Seguridad del Trabajo 2007; 2008: 29-52.
31. Carrasco JJ, Maza JM. Manual de Psiquiatría legal y forense. Ed. La Ley. 2005.
32. Otero Dorrego C, Huerta Camarero C, Duro Perales N. Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (I): aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. *Med. segur. trab.* [online]. 2008; 54: 15-23. [citado 2011-10-09].
33. Aceytuno Moreno L, Egea Molina E, Estévez Falcón M, Medina Sánchez PP, (Coordinación), Rodríguez Pérez NM. Más vale prevenir. Guía de prevención de adicciones en el ámbito laboral. Gobierno De Canarias. Consejería de Sanidad. ECCA. 2010.

El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención

Workers with mental health problems. General guidelines for detection, intervention and prevention

José Carlos Mingote Adán, Pablo del Pino Cuadrado, Raquel Sánchez Alaejos, Macarena Gálvez Herrer y M^a Dolores Gutiérrez García

Programa de Atención Integral al profesional sanitario enfermo (UVOPSE_PAIPSE). Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia:

José Carlos Mingote Adán
UVOPSE-PAIPSE
Pabellón 8, Ciudad Universitaria
28040 Madrid. España
Tfno.: 913303926
E-mail: jmingote.hdoc@salud.madrid.org

Resumen

Numerosos estudios han demostrado las relaciones entre condiciones psicosociales del trabajo y la salud mental de los empleados, y especialmente cómo la combinación de bajo control percibido y altas demandas laborales predicen determinados problemas de salud mental. Trastornos mentales tales como los de ansiedad y depresión tienen un efecto muy negativo sobre la calidad de vida y la capacidad funcional en el trabajo. Además, la salud mental del trabajador puede afectar a la percepción de las características del trabajo. Como consecuencia, es fundamental diseñar trabajos saludables, programas de reducción de estrés para los empleados y para la reincorporación laboral de empleados con trastornos mentales.

El objetivo del presente artículo es revisar las principales líneas de prevención, detección e intervención en las organizaciones, que pueden promover políticas saludables para la atención e integración de los trabajadores con trastorno mental.

Palabras claves: salud mental laboral, diagnóstico, prevención, condiciones psicosociales laborales.

Abstract

Numerous studies have demonstrated the relationship between psychosocial work conditions and the mental health of employees, and especially the combination of low perceived control and high labor demands predicts mental health problems. Mental health disorders such as anxiety or depression have a big detrimental effect on the individual's quality of life and the ability to function in the workplace. Mental health may also affect the perception of work characteristics. As a consequence, it is essential to design healthy jobs, stress reduction programs and return to work programs for employees with mental disorders.

The aim of this paper is to review the main lines of prevention, detection and intervention in organizations that can promote healthy policies for the care and integration of workers with mental disorder.

Key words: labour mental health, diagnosis, prevention, psychosocial work conditions.

INTRODUCCIÓN

La prevención, detección y tratamiento de los problemas de salud mental en el ámbito laboral no es tarea sencilla debido a su carácter multidimensional, interviniendo factores personales, organizacionales y socioculturales. A esta complejidad se une el estigma que pesa sobre la enfermedad mental, causante, entre otros factores, de que menos de una tercera parte de las personas con trastornos mentales (en la población general) reciba asistencia sanitaria¹⁻². El abordaje de estos aspectos requiere por tanto una perspectiva multidisciplinar, con aportaciones de la medicina del trabajo, la medicina de familia y comunitaria, la psiquiatría, la psicología, la sociología, la enfermería, el trabajo social...

El ámbito de la **Salud Mental Laboral** requerirá por otro lado, de una estrecha colaboración entre los diferentes servicios asistenciales implicados (atención primaria, especializada, empresa), de forma que se permita optimizar los recursos sanitarios disponibles y dar una respuesta más eficaz a la demanda asistencial de los pacientes con trastornos mentales. Objetivos recogidos por Otero (1995)³ para Atención Primaria, serían válidos para este abordaje multidisciplinar:

- Evaluación de factores psicosociales de riesgo.
- Identificación y orientación precoz de personas y grupos de riesgo.
- Diagnóstico y tratamiento de personas con trastornos mentales leves-moderados.
- Derivación de pacientes graves a nivel especializado.
- Actividades preventivas y de promoción de la salud mental en el ámbito sociolaboral, como se considera necesario para la detección precoz de la depresión mayor, el suicidio y el consumo de alcohol y otras drogas.

Como en otros ámbitos asistenciales⁴, será oportuno desarrollar distintas actividades protocolizadas como son:

- El Establecimiento de mecanismos de derivación y seguimiento compartido de casos.
- Sesiones de interconsulta de casos.
- Sesiones clínicas y teóricas.
- Grupos de aprendizaje, tipo Balint, etc. para lograr optimizar la colaboración entre los profesionales de este nuevo ámbito de conocimiento.

Para realizar este abordaje, quizás la primera dificultad a salvar sea la propia definición de **“trastorno mental”**. No existe una definición completamente consensuada que especifique de forma adecuada los límites del concepto, aunque este término se utiliza para distinguir entre trastornos mentales y otras enfermedades médicas (definidas por la existencia de patología estructural, desviación fisiológica y/o etiología conocida).

En general, según el DSM-IV-TR⁵ el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón de comportamiento de significación

En general, según el DSM-IV-TR⁸, el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón de comportamiento de significación clínica, asociado a un malestar presente, a una discapacidad funcional significativa o a un riesgo aumentado de sufrir un daño a la salud, de morir, de discapacidad o de pérdida de libertad.

A pesar de su complejidad diagnóstica, en los últimos años se han producido importantes avances en la validación de los diagnósticos psiquiátricos no sólo por criterios internos, tales como la consistencia de los síntomas y signos psicopatológicos, sino también por criterios externos que incluyen la realización de análisis de laboratorio, estudios genéticos, familiares y de neuroimagen, y el curso evolutivo de la enfermedad, que permiten delimitarla de otras enfermedades. Estas investigaciones han demostrado que gran parte de los trastornos mentales pueden ser diagnosticados y tratados con tanta eficacia como lo son otras enfermedades médicas, lo que permitirá a estos pacientes una mayor participación en la vida familiar y sociolaboral⁶.

El grado de salud mental, inseparable de la salud general, se manifiesta en todos los ámbitos de la vida personal, incluido el trabajo, que a su vez la codeterminan de forma circular, positiva o negativamente⁷⁻⁹. Cuando pensamos en el trastorno mental dentro del ámbito del trabajo, hay tres efectos básicos que enlazan las interacciones complejas que tienen lugar entre empleo y salud mental:

1. Los efectos de las condiciones de trabajo (o desempleo) sobre la salud mental
2. Los efectos de la enfermedad mental sobre el desempeño laboral
3. Los efectos de otros factores como son variables individuales, estatus marital, hijos en el hogar, origen sociocultural, etc., que deben ser considerados simultáneamente.

En general, el hecho de tener un empleo protege la salud mental de hombres y mujeres. Incluso los pacientes con esquizofrenia que pueden mantener el empleo, se observa menor nivel de ansiedad y mayor nivel de iniciativa y actividad. Sin embargo, el trabajo puede también intervenir como causa o agravante de los problemas de salud mental a través de tres factores fundamentales: condiciones del medio ambiente material, medio ambiente psicológico y medio ambiente socioeconómico, que suelen actuar de forma acumulativa y negativa sobre la salud del trabajador.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales¹⁰ define las **condiciones de trabajo** como: “cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador”. Dentro de dichas condiciones, son habitualmente los **factores psicosociales del trabajo** los que determinan la presencia o no de posibles **riesgos psicosociales** y por tanto, los que se relacionan en mayor medida con posibles problemas de salud mental.

Estos factores psicosociales comprenden aspectos del puesto y del entorno de trabajo, como el clima y la cultura organizacional, las funciones laborales, las relaciones interpersonales en el trabajo (como el grado de apoyo/conflicto social), y el diseño y el contenido de las tareas, como el grado de autonomía y control en su ejecución. Los factores psicosociales de riesgo son los antecedentes, los estresores, los agentes etiológicos capaces de provocar estrés en los trabajadores, como son los diferentes aspectos de la organización laboral, cuando no se ajustan a las necesidades, expectativas y capacidades del trabajador, moderados por factores individuales y del contexto organizativo.

En la mayor parte de los estudios realizados sobre estos temas, se pone de manifiesto que los factores organizacionales de riesgo explican una parte importante de la varianza de las diferentes variables de riesgo analizadas, por encima de la explicada por las variables individuales. Estos datos señalan la importancia de prevenir en el origen y en la mejora de la calidad de las condiciones de trabajo, resultados que apoyan el desarrollo de programas de mejora de la calidad laboral, como a través de promover el entrenamiento en habilidades de comunicación y control de las demandas laborales.

Sin embargo, una perspectiva integradora deberá incluir también la consideración de **los factores de vulnerabilidad y de protección individuales** con programas de prevención secundaria que desarrollen competencias y habilidades en los trabajadores para el manejo y control de los estresores y minimización de sus efectos para la salud. El concepto de *ajuste persona-ambiente* es un marco teórico muy útil para estudiar la conducta humana en las organizaciones y para desarrollar programas específicos para la mejora de la salud del empleado, así como para la prevención y control del estrés laboral mediante la aplicación de medidas correctoras, promoción de mecanismos compensadores o estructuras psicosociales de apoyo que permitan el empleo de estrategias adaptativas para el afrontamiento de los riesgos psicosociales del trabajo.

En otros artículos del presente monográfico se afronta de forma específica la influencia de determinados factores psicosociales del trabajo, riesgos psicosociales o condiciones del trabajador que se relacionan con su salud psíquica y laboral. El objetivo del presente artículo es reflexionar sobre algunas pautas de actuación ante trabajadores con problemas de salud mental, revisando algunos aspectos esenciales sobre su detección y diagnóstico, intervención y posibles líneas de prevención en el entorno laboral.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL LUGAR DE TRABAJO

Detección de los problemas de salud mental

Cada trabajador tiene unas actitudes diferentes en función del grado de salud, competencias, expectativas, valores y motivaciones, que van a condicionar su grado de satisfacción/insatisfacción laboral y vital, el nivel de estrés y de calidad de vida, tanto personal como laboral¹¹⁻¹².

Las personas con cualquier trastorno mental pueden experimentar varias alteraciones del comportamiento que constituyen **signos de alerta en el ámbito laboral** indicativos de la necesidad de una evaluación inicial.

Así por ejemplo la Guía de Salud del MIR editada por la Organización Médica Colegial y la Fundación Galatea¹³, destaca los siguientes signos de alarma (que en general, son aplicables a múltiples profesiones): absentismo laboral, desmotivación y disminución en el rendimiento laboral, desobediencia e incumplimiento de las tareas propias del rol laboral, conflictos interpersonales, irritabilidad excesiva y conductas agresivas en el trabajo, falta de colaboración y evitación del contacto con los compañeros y dificultad en la toma de decisiones.

Estos signos de alarma son similares a los que sugieren otras organizaciones profesionales¹⁴:

- Cambios en la personalidad: expresiones de distrés, tristeza, ansiedad, ira, hostilidad, expresiones de desvalorización o desesperanza constantes.
- Cambios de conducta: deterioro de la calidad del trabajo, cambio negativo en el rendimiento, ausencias o retrasos repetidos en actividades importantes, búsqueda continua de ventajas especiales, frecuentes conflictos interpersonales.
- Cambios físicos: deterioro del aspecto físico y del autocuidado, cambios importantes de peso, fatiga excesiva, alteraciones del sueño, indicadores físicos de adicción (marcas, edor...).
- Otros cambios: quejas de usuarios y/o compañeros, ordenes inapropiadas, ausencias no justificadas, conflictiva extra-laboral paralela a la del trabajo, expresiones de preocupación por parte de compañeros y/o supervisores.

La decisión de consultar a un especialista depende prioritariamente del propio trabajador. Este factor será esencial para tomar una adecuada conciencia de enfermedad, para comprometerse con su tratamiento, para adquirir un sentimiento de autocuidado y autoeficacia respecto a la propia salud, y por todo ello, para el éxito terapéutico. La primera y mejor ayuda desde la red de apoyo (sociofamiliar y laboral) consistirá en ayudarle a detectar dicha necesidad y fomentar su autonomía en la petición de ayuda.

En otras ocasiones, es el médico de atención primaria, quién detecta la posible problemática y decide tratar y/o derivar al paciente a salud mental (sea de forma ambulatoria o bien hospitalaria en los casos graves). Merece la pena recordar en este punto, que según algunos estudios en el ámbito europeo, el porcentaje de morbilidad psiquiátrica oculta oscila entre el 40 y el 65 % de casos en población general¹⁵⁻¹⁶.

El ámbito laboral es también un lugar frecuente de detección de casos. En muchas ocasiones la consulta de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales es el espacio donde el problema laboral y el de salud mental se presentan de forma conjunta.

Así, Atención Primaria, Salud Mental y Salud Laboral pueden constituir una red de apoyo profesional eficaz que haga posible una atención integral de calidad centrada en la comunicación con el paciente, agente principal y responsable del cuidado de su propia salud. Para hacer factible este modelo orientado a la prevención y la promoción de la salud se requiere el desarrollo de mecanismos eficaces de coordinación interdisciplinar en una red de apoyo sociosanitario profesional centrada en la comunicación con el paciente. Esta coordinación será especialmente relevante si se trata de:

- Trabajador con trastorno mental crónico
- Caso clínico complejo (por ejemplo con patología dual, complicaciones psicósomáticas, etc.).
- Empleos de elevada responsabilidad sobre terceros (profesiones asistenciales o de alto riesgo físico para sí mismos o terceras personas, por ejemplo).

Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente observados en el ámbito laboral son los mismos que con mayor frecuencia se detectan en la población general¹⁷:

1. Trastornos afectivos (principalmente depresión y ansiedad, incluyendo el trastorno por estrés postraumático)

Según algunos estudios realizados en empresas españolas¹⁸, la prevalencia global de trastornos afectivos durante el año 2001 fue de un 15,8% (8,4%-24%). Por ocupación, las prevalencias más altas las presentaron el personal administrativo (18%-26,7%), los operarios de maquinaria (21%) y los trabajadores no cualificados (21,9%).

Cuando existe una recurrencia depresiva, ésta se acompaña de un rápido empeoramiento del rendimiento sociolaboral, referido tanto a la eficacia en la realización de las tareas como a la aparición de conductas de aislamiento y frecuentes conflictos interpersonales. En el trabajo, las personas con depresión¹⁹:

- Están desmotivadas en mayor medida.
- Mantienen deseos de abandono profesional o retirada prematura.
- Establecen peores relaciones personales con problemas de comunicación.
- Se ven implicadas con mayor frecuencia en situaciones de conflicto laboral.
- Disminuyen su rendimiento, capacidad de concentración y eficacia.

En el ámbito psicosocial, la depresión produce un gran sufrimiento en la persona afectada y en las personas de su entorno, con importantes repercusiones laborales y socioeconómicas, debido a la pérdida de productividad, al absentismo y a las posibles bajas laborales relacionadas.

Una reciente revisión bibliográfica sobre depresión y trabajo²⁰ señala como los predictores de la depresión son multifactoriales y señalan por ejemplo:

- Diferencias de género: en mujeres, el bajo nivel de autoridad, los trabajos de baja cualificación del área industrial o los trabajos que tienen alta demanda emocional, están asociados con el riesgo de depresión, mientras que en hombres son el estrés, la inseguridad laboral, los trabajos pasivos y trabajos tanto de alta como de baja cualificación, los más frecuentemente asociados con depresión.
- En el ámbito del trabajo: la inseguridad laboral, el bajo apoyo social, la baja remuneración económica, el pobre clima laboral, el desequilibrio entre la tensión laboral y la recompensa al esfuerzo, el bajo control laboral son condiciones relacionadas estrechamente con mayores índices de depresión.

El Consejo de Administración de la OIT aprobó el 25 de marzo de 2010 una nueva lista de enfermedades profesionales, en la que se incluyen por primera vez los trastornos mentales y del comportamiento (epígrafe 2.4). Concretamente, el punto 2.4.1., codifica al Trastorno de estrés postraumático (TEPT) tras exposición a un estresor traumático en el trabajo, como puede ocurrir tras accidentes graves y a consecuencia de experiencias de violencia grave, externa o interna que ponen en peligro la vida o la integridad del trabajador.

Se trata del único trastorno mental definido por su etiología específica en la nosología actual. Es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general, aunque se reconoce que está infradiagnosticado y que la mayoría de los pacientes que le padecen no reciben tratamiento específico adecuado. Este hecho se explica por varios factores: porque estos pacientes buscan ayuda por síntomas inespecíficos de malestar que sugieren otros trastornos mentales, por la evitación característica de los estímulos relacionados con la experiencia traumática y por un enfoque asistencial orientado a los síntomas y no al cuidado de la persona que los padece.

2. Abuso y dependencia del alcohol y otras drogas

Algunos trabajos internacionales²¹ concluyen que en torno al 20% de los empleados consumen bebidas alcohólicas y otras sustancias de abuso de forma excesiva e inapropiada, con un elevado coste por pérdida de productividad, siniestralidad laboral y numerosas enfermedades relacionadas con este motivo. En España, según los datos de la última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas, aproximadamente un 10% de las personas activas son bebedoras de riesgo y el 27% ha consumido cannabis en el último mes, siendo éstas las dos drogas más prevalentes y con más repercusión en el ámbito laboral.

Son diversos los riesgos psicosociales que median en el incremento del riesgo para el consumo de drogas, como el estrés laboral y la turnicidad. Además, este tipo de adicciones generan problemas laborales tales como accidentes de trabajo con riesgo para sí mismo y terceras personas, absentismo, recurrentes bajas laborales, bajo rendimiento, baja calidad del trabajo y conflictos interpersonales.

Se ha constatado la relación entre sobrecarga de trabajo, ambigüedad y conflicto de rol con un riesgo 27,5 veces más frecuente de abuso de alcohol. El desarrollo de múltiples roles incrementa las posibilidades de experimentar mayores niveles de demandas y de exposición a más situaciones estresantes, al conflicto familia-trabajo y a la búsqueda de estrategias evitativas de afrontamiento como pueden ser las adicciones²².

La identificación precoz del problema y la motivación para su tratamiento será un elemento clave para la prevención de los efectos personales y sociolaborales de la adicción.

Pautas diagnósticas generales

Los dos sistemas de clasificación de los trastornos mentales más utilizados, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 de la OMS, 1992) y el DSM-IV-TR (2000), utilizan criterios operativos de diagnóstico, es decir, con definiciones formales de las categorías diagnósticas, con criterios estrictos de inclusión, de exclusión, y con especificadores temporales, lo que ha incrementado de forma notable la fiabilidad diagnóstica y con ella su utilidad clínica.

Sin embargo, en ocasiones estas clasificaciones se alejan de la realidad de la clínica-laboral. Por ejemplo, en la Clasificación DSM-IV-TR, la especificación "*Problema laboral*" aparece entre otros problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica en el Eje I y dentro de los Problemas psicosociales y ambientales en el Eje IV, donde aparecen solo algunos ejemplos como: "desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, etc.", sin un mayor desarrollo posterior. Tampoco en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) ocurre esto.

La evidencia científica avala que una práctica clínica de calidad ha de basarse en una medicina personalizada, es decir "la medicina de la persona como un todo" entendida como sujeto singular que tiene un conjunto de atributos, capacidades, problemas y experiencias, que es preciso tener en cuenta, y como miembro de un grupo que está sujeto a diferentes influencias familiares, sociolaborales y culturales. Incluye el estudio de la enfermedad (*disease*) y del padecimiento (*illness*), la percepción y experiencias subjetivas de los pacientes y cada uno de estos aspectos, debe ser evaluado de forma adecuada²³. Además, desde un punto de vista clínico los trastornos mentales podrán clasificarse según su evolución temporal en agudos o crónico-recurrentes, y según su gravedad clínica en leves-moderados o graves.

El diagnóstico del paciente enfermo debe ser multidimensional y no reduccionista, con inclusión del síndrome clínico, las características del funcionamiento personal, en el ámbito familiar y sociolaboral, así como de los agentes etiológicos que lo hayan determinado, sean de tipo biológico y/o psicosocial. El diagnóstico debe incluir la dimensión evolutiva, la relacional (como conflictos y apoyo social), así como las percepciones y creencias del paciente acerca de su enfermedad.

El diagnóstico diferencial de los trastornos mentales relacionados con circunstancias estresantes laborales no puede depender de la mera descripción de los hechos y de la interpretación subjetiva del trabajador, aunque sea muy importante la percepción que éste tiene. Aceptar el carácter causal de un estresor supone también llevar a cabo una interpretación que no puede demostrarse con certeza, sino como probabilidad. Resultan de utilidad los siguientes aspectos prácticos a tener en cuenta²⁴:

1. Excluir la posibilidad de que el estresor sea un resultado del trastorno mental más que su causa.
2. Tener en cuenta que algunos pacientes se descompensan al estar sometidos a estrés porque padecen un trastorno de personalidad preexistente.
3. Tener en cuenta el diagnóstico de trastorno adaptativo en presencia de un estresante identificable al que siguen algunos síntomas psiquiátricos, una vez excluidos los trastornos mentales, clínicos y de la personalidad.
4. Para diagnosticar un trastorno adaptativo se requiere la presencia de un estresante identificable que desencadene los síntomas.
5. Considerar la posibilidad de que exista un problema psicosocial que no sea originado por un trastorno mental, sino por problemas laborales, familiares o conflictos interpersonales.

Desde el modelo interactivo diátesis-estrés, las consecuencias de los acontecimientos vitales estresantes pueden ser: normales, adaptativas o patológicas y desadaptativas. En cualquier caso, siempre se parte de la demanda que presenta el paciente, con sus quejas, síntomas y disfunciones, cómo interfieren en sus diferentes entornos vitales (incluido el laboral) y sus opiniones acerca de la causa del malestar que padece. En este sentido se deben escuchar con respeto las opiniones de los pacientes, pero será también importante indagar, junto a él, posibles factores de vulnerabilidad individual que participen del problema.

El objetivo de una completa evaluación será:

- La identificación de síntomas y problemas que nos ayude a establecer un diagnóstico
- Determinar los posibles objetivos de intervención (farmacológica, terapéutica, laboral y psicosocial)
- Seleccionar las técnicas de intervención más adecuadas en función de las circunstancias concretas del paciente y del contexto (intervención en el lugar de trabajo, cómo y con quién, posibles derivaciones, etc)
- Valorar los resultados de la intervención y registrar la evolución del paciente.

Para realizar un adecuado proceso diagnóstico es importante recordar algunos procedimientos básicos:

1. La entrevista clínica

Es el elemento básico de evaluación. Requiere construir una relación de confianza que proporcione seguridad y actitudes de empatía. La entrevista clínica orientada a la exploración de los síntomas y los factores etiológicos relacionados, constituye a veces una verdadera "prueba de esfuerzo" para el paciente y también para el profesional que le atiende. La valoración debe ser gradual y contenedora de la ansiedad que se reactiva en ese momento. El profesional puede observar, monitorizar y modular el estado emocional del paciente a lo largo de la entrevista, según el estado clínico y la evolución del paciente.

Basadas en los sistemas vigentes de clasificación se han desarrollado varias entrevistas estructuradas para el diagnóstico (DIS; CIDI; SCAN), aunque su uso clínico ha sido escaso debido al consumo de tiempo que requieren y a la complejidad de algunas de ellas, que requieren un entrenamiento avanzado y una sólida formación psicopatológica.

La recogida de información se adaptará a cada caso concreto, pero en general incluirá información sobre la conducta, las actitudes y las emociones actuales y pasadas, además de un historial detallado de la vida del individuo en general y del problema que presenta.

El examen del estado mental abarcará:

1 Anarancia v conducta (vestimenta, higiene, expresión facial, conducta motriz...)

1. Atención y conducta (vocabulario, lenguaje, expresión facial, conducta motora...)
2. Procesos de pensamiento (de forma aproximada a través de la continuidad, contenido y velocidad del habla)
3. Estado de ánimo y afecto (estado emocional predominante, concordancia o no con lo expresado...)
4. Funcionamiento intelectual (tipo de vocabulario, uso de abstracciones o metáforas...)
5. Sensorio, conciencia general del entorno (en relación con la persona, el tiempo y el espacio)

Además de esas circunstancias de carácter clínico, en la evaluación dentro de un contexto laboral cobra también importancia la historia laboral del sujeto, adaptación durante la misma o posibles problemas previos.

A partir de esta información se dirigirá el resto de la entrevista clínica, ajustándose a cuestiones específicas en función del posible trastorno a evaluar, hábitos de consumo si es el caso, exámenes físicos complementarios, analíticas y otras pruebas diagnósticas.

2. Uso de instrumentos y cuestionarios de evaluación

La evaluación psicológica por medio de instrumentos de medición puede ser complementaria a otros métodos diagnósticos y de gran utilidad. Sin embargo, es importante no olvidar que todo instrumento tiene unos indicadores de fiabilidad y validez a tener en cuenta, que respecto a los cuestionarios, en su mayor parte, se trata de auto-registros, lo que implica que los resultados obedecen a la percepción subjetiva de la persona que los complementa, y que en su mayoría, no deben usarse como criterio único de diagnóstico.

Para mantener en lo posible la objetividad en la aplicación de un instrumento de evaluación y no añadir sesgos, se requiere una aplicación y corrección rigurosa (a todas las personas de igual manera, con instrucciones claras y siempre las mismas).

Además, la selección del instrumento debe estar debidamente justificada por su objetivo de evaluación y pertinencia para cada caso concreto. Algunos ejemplos instrumentos generales de utilidad en el ámbito clínico laboral son:

*La Escala de Acontecimientos Vitales y Dificultades*²⁵ desarrollada por Brown y Harris que utilizando dicha escala concluyeron que el trabajo protege la salud mental (en una muestra de 395 mujeres trabajadoras), mientras que su falta constituye un significativo factor de vulnerabilidad para la depresión. Identificaron también el efecto protector de las relaciones de apoyo y cómo las personas experimentan simultáneamente varios tipos de estresores, pertenecientes a sus diferentes ámbitos vitales que interactúan entre sí de forma dinámica. Así, por ejemplo, el estrés laboral puede exacerbar la frecuencia e intensidad de los conflictos familiares, que, a su vez, sensibilizan al trabajador para los estresores laborales.

Se trata de una entrevista semiestructurada, con una lista de 38 tipos de acontecimientos, agrupados en 8 categorías. El entrevistador, tras una serie de preguntas, utiliza un manual que tipifica estrictamente qué tipo de incidente debe ser calificado como acontecimiento vital y cuáles resultan significativos. Es un instrumento muy completo pero difícil de utilizar en poblaciones amplias por la necesidad de entrevistadores entrenados y el tiempo de administración y corrección.

*El Cuestionario de Salud General de Goldberg*²⁶: El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados²⁷⁻²⁹. Este cuestionario fue elaborado por Goldberg con la intención de identificar la severidad de problemas psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental más que el estado de salud general.

*El SCL-90 de Derogatis et al.*³⁰ es uno de los cuestionarios de autoinforme más utilizados internacionalmente para la evaluación de síntomas de psicopatología. Se ha empleado con éxito en clínica e investigación (evaluación de la eficacia del tratamiento, *screening*, separación entre grupos de pacientes, determinación del nivel de gravedad psicopatológica, etc.). Incluye nueve escalas que cubren la evaluación de nueve dominios psicopatológicos básicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo). Davison et al.³¹ desarrollaron la versión abreviada de 45 ítems, el *Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)*, manteniendo las principales virtudes del SCL-90 y sus mismas dimensiones, y que ha sido adaptado y validado en población española por Sandín et al.³²

PAUTAS GENERALES DE INTERVENCIÓN CLÍNICO-LABORAL

Autores como Zúñiga³³ plantean un sistema de clasificación de los enfermos con trastornos mentales en función de otras variables distintas al diagnóstico, concretamente, en relación con variables de tipo psicosocial; de forma que analiza gravedad clínica, disfunción psicosocial, conductas de riesgo y comorbilidad médica, definiendo en función de todo ello el grado de carga asistencial y lugar de intervención:

1.º Grupo de trastornos adaptativos, con sintomatología aguda y leve, sin disfunción psicosocial ni conductas de riesgo y que supone una carga asistencial baja.

2.º Grupo ansioso-depresivo, con presencia de sintomatología leve-moderada crónica, escasa disfunción psicosocial, problemas laborales leves, sin conductas de riesgo ni complicaciones médicas. Presentan una gravedad moderada-baja y una carga asistencial media-baja. Estos dos primeros grupos de pacientes podrían ser tratados a nivel de atención primaria y por otros especialistas que no son de salud mental.

3.º Grupo depresivo-psicótico, caracterizado por sintomatología moderada y riesgo de suicidio, problemas laborales y familiares moderados, según las demandas de su rol profesional, gravedad moderada y carga asistencial moderada, según el grado de adherencia terapéutica.

4.º Grupo inestable-conflictivo, con síntomas graves, problemas importantes de autocuidado, desempleo temporal, conflictos familiares, conductas de riesgo y complicaciones graves en su tratamiento, como oposición al mismo, vínculo de mala calidad con los profesionales que le atienden, gravedad alta y carga asistencial elevada.

5.º Grupo de alta discapacidad laboral y social, graves problemas de autocuidado, desempleo crónico, síntomas positivos y negativos graves, complicaciones graves con el tratamiento con oposición al mismo y difícil vínculo con los profesionales sanitarios, gravedad elevada y carga asistencial muy alta.

Los pacientes de estos tres últimos grupos requieren el tratamiento coordinado por una amplia red de profesionales sanitarios en la que junto a los de salud mental deben incluirse los de otras especialidades sociosanitarias para proporcionarles el apoyo profesional que precisan para su tratamiento eficaz.

Para ello será necesaria una adecuada **coordinación y seguimiento aceptado por el paciente y por las demás partes intervinientes**, de forma individualizada, con contrato terapéutico y las medidas que se consideren necesarias para lograr un control escrupuloso de la adherencia terapéutica de los pacientes con trastorno mental grave, según las demandas y responsabilidades específicas del rol profesional de cada paciente³⁴.

Para poder reducir las consecuencias personales y sociales y los costes que acarrea los problemas de salud mental en las organizaciones será

Para poder reducir las consecuencias personales y sociales y los costes que acarreamos los problemas de salud mental en las organizaciones será necesario:

- Un diagnóstico precoz e instauración de un tratamiento efectivo, para mantener la buena salud del paciente y prevenir la cronicidad y complicaciones graves.
- Prevención de nuevas recaídas: el objetivo clínico debe ser el tratamiento de la enfermedad y no sólo del episodio agudo, especialmente en trastornos como la depresión mayor.
- Habitualmente, la estrategia terapéutica más eficiente para la depresión crónica y recurrente es la combinación de farmacoterapia y psicoterapia. Ocurre lo mismo con la prevención de recaídas del trastorno bipolar, tras la introducción de varios anticonvulsivantes eutimizantes de nueva generación, igual que los clásicos carbonato de litio, ácido valproico y carbamazepina, después de observar la utilidad de abordajes terapéuticos integrados.
- Las elevadas comorbilidades relacionadas genéticamente con el episodio depresivo mayor (p. e. trastorno de angustia, trastorno obsesivo, bulimia nerviosa) implican un peor pronóstico, aunque suelen responder a los mismos tratamientos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- En el caso de los episodios psicóticos, la detección precoz, el diagnóstico diferencial y el afrontamiento integral y multidisciplinario, permitirán un abordaje efectivo como ya expusimos en previos trabajos en esta revista ³⁵.
- Los programas de atención a trabajadores con adicciones tendrán como objetivo prioritario que el trabajador con problemas de alcohol y/u otras drogas recupere su salud y pueda volver a normalizar su vida laboral.

En todo ello será esencial el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales ya que:

- 1.º Determina la aptitud del empleado para el desempeño de su trabajo.
- 2.º Detecta en numerosos casos los problemas de salud mental y posibles abusos de sustancias.
- 3.º Pueden determinar la posible condición de “*trabajador especialmente sensible*”, que incluye a los trabajadores que, por sus propias características personales o estado patológico conocido (incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial) tienen aumentada su vulnerabilidad individual a los riesgos laborales.
- 4.º En colaboración con otros servicios, puede gestionar y realizar un seguimiento del tratamiento rehabilitador para los empleados que lo precisen.

Se considera necesario **protocolizar la derivación de pacientes** a los servicios especializados de salud mental, según criterios operativos, como los siguientes propuestos por Ciurana y Tizón ³⁶:

- Pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor grave.
- Pacientes con antecedentes personales y/o familiares de suicidio, ante situaciones de riesgo.
- Cuando el paciente realiza conductas que suponen un riesgo real para él mismo o para los demás, como en el ejercicio de su profesión.
- Pacientes con el diagnóstico de psicosis o con síntomas psicóticos que requieren un diagnóstico preciso.
- Ante conductas disfuncionales con trastornos graves de la personalidad.
- En general, cuando el médico del Servicio de prevención de Riesgos Laborales considere que precisa el asesoramiento y la ayuda diagnóstica o terapéutica del equipo de salud mental.

En todos los casos es prioritaria la preparación adecuada del paciente antes de realizar la derivación, incluso a través de varias visitas, aunque en otros casos se precisa hacerlo de forma urgente e involuntaria, siempre que la indicación esté justificada desde el punto de vista clínico y de la dinámica asistencial preestablecida.

PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Prevención en salud mental implica plantear pautas de actuación para reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, evitando, retrasando o disminuyendo, el impacto de la enfermedad en la persona afectada, su familias y la sociedad.

El modelo de prevención de la enfermedad incluye tres perspectivas complementarias, la prevención primaria, secundaria y terciaria (o intervención propiamente dicha):

La Prevención Primaria

Está orientada a reducir la incidencia de los problemas de salud a través del conocimiento y eliminación de los factores causales en las personas o grupos de riesgo, por medio de programas de educación sanitaria para mejorar la calidad de vida laboral y el afrontamiento de los factores de riesgo para la salud.

En el caso de la salud laboral, la línea de actuación prioritaria se centrará en la potenciación de las políticas de prevención de riesgos laborales, la actuación sobre los factores organizacionales, el ajuste de expectativas en los profesionales y la potenciación de factores motivadores (formación continuada, carrera profesional).

Una medida fundamental será la educación sanitaria para el conocimiento y control de los factores de riesgo conocidos. A su vez, será necesario aumentar los recursos para la protección de la salud y la mejora de la calidad de vida laboral mediante estrategias de intervención dirigidas a las condiciones y los procesos de trabajo optimizando la gestión de los recursos humanos a través de:

- a) Enriquecimiento del trabajo incrementando la autonomía del trabajador, la calidad de la supervisión y la formación continuada.
- b) Favoreciendo estilos de supervisión y de liderazgo participativo-democráticos.
- c) Desarrollo de la carrera profesional según criterios objetivos y evaluables de calidad científica y de justicia.

Lamentablemente no es posible evitar todos los factores estresantes, pero a eso se une el hecho de que, en ocasiones, existen otros estresores autogenerados por el propio paciente, debido a características de personalidad ³⁷, estrategias poco funcionales de afrontamiento o vulnerabilidad genética a algún trastorno mentales (como puede ocurrir en la depresión).

Las estrategias organizacionales que favorezcan la integración laboral y el buen clima de trabajo serán determinantes para incrementar la autoeficacia percibida, un autoconcepto positivo y una buena integración social del individuo. Esto será especialmente importante en el caso de

trabajadores con mayor vulnerabilidad a la depresión, que pueden sobre-implicarse en el trabajo para intentar mejorar su mala autoestima básica y neutralizar los sentimientos negativos de incapacidad y desvalorización personal. Cuando la depresión se agrava se produce un cambio de actitud, incrementándose la irritabilidad y por tanto la conflictividad, disminuyendo la involucración con el trabajo e incrementándose los deseos de abandono y las conductas de absentismo.

Igualmente, se ha constatado la importancia del deterioro en los roles sociolaborales y en las relaciones interpersonales como consecuencia de la depresión, evaluando esta situación tanto de forma objetiva como subjetiva o percibida. En este último caso, destaca la insatisfacción y malestar experimentado en el trabajo y cómo, por el contrario, cuando la depresión mejora, se incrementa la satisfacción e incluso el rendimiento laboral de forma paralela a la disminución de los síntomas positivos.

La Prevención Secundaria

Se orienta al diagnóstico precoz y al tratamiento más eficaz para reducir la duración del trastorno y el riesgo de complicaciones.

En el terreno laboral, la detección temprana de los casos con mayor riesgo, así como la intervención tanto a nivel individual como grupal (equipos de trabajo), dotando a los profesionales de herramientas de afrontamiento y competencias de manejo y control de los riesgos, serán pautas de actuación esenciales.

Para el diagnóstico precoz de los problemas de salud mental, se requiere de la colaboración de todos los profesionales de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y de Salud Mental. Se recomienda un modelo de asistencia conjunta y combinada, en el que los profesionales sanitarios de los distintos estamentos y especialidades implicados en el caso trabajen en equipo, cada uno en su propio contexto, bajo la dirección del responsable del caso. Un aspecto decisivo en la prevención de recaídas consistirá en ofrecer la estructura adecuada para el control y la mejora de la adherencia terapéutica. Los familiares y compañeros son indispensables para ello, hacen la función de observadores y personas que dan apoyo, proporcionan feedback al clínico sobre la recurrencia precoz de los síntomas, y reiteran al paciente la importancia de acudir a las visitas y tomar la medicación.

Buscar las claves diagnósticas en el comportamiento de la persona afectada y síntomas de los que nos informa, realizar la exploración del estado mental actual y evaluar los criterios diagnósticos de los posibles síndromes que puede padecer, realizar una historia psiquiátrica (antecedentes personales y familiares, curso e intensidad del trastorno, impacto en la vida del paciente, enfermedades médicas y consumo de sustancias de abuso), realizar una formulación diagnóstica multiaxial y formular un pronóstico³⁸.

Según la información científica actualmente disponible, es prioritario partir del conocimiento de las diferentes trayectorias o mecanismos etiopatogénicos posibles para padecer un trastorno mental, ya que eso hará factible promover intervenciones preventivas eficaces³⁹⁻⁴²:

1.º Exposición acumulativa a un riesgo psicosocial del trabajo

Por ejemplo, ante el estrés laboral percibido por falta de control sobre el entorno o la tarea y ausencia de oportunidades para utilizar las propias capacidades, el rendimiento disminuye y se origina un estado de fatiga que puede correlacionar con trastornos mentales, como los adaptativos, así como con enfermedades psicosomáticas relacionadas con el estrés como las cardio y cerebro-vasculares, dolores osteomusculares, etc.

Los factores estresantes laborales comunes (no traumáticos), pueden causar un trastorno adaptativo o reacción desadaptativa relacionada con el trabajo. Se distinguen cinco posibles reacciones desadaptativas en el DSM-IV: con ansiedad, con estado de ánimo depresivo, con trastorno de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el comportamiento, y con estado de ánimo mixto, ansioso y depresivo, con posibilidad de que se mezclen varias de estas reacciones. La reacción desadaptativa ha de ocurrir en un intervalo de 3 meses desde la aparición del estresor y no persistir más de 6 meses, salvo que se trate de un estresor crónico.

Diversos estudios han sugerido la existencia de una asociación entre elevado estrés laboral y un mayor riesgo de depresión, aunque esté condicionada por los sesgos subjetivos de los empleados. Recientemente se ha constatado una relación significativa entre altas demandas laborales tasadas por un experto externo y un riesgo aumentado de depresión mayor⁴³. Los resultados de este estudio apoyan la necesidad de realizar intervenciones preventivas para el diseño de empleos saludables y programas de reducción de estrés basados en el rediseño de trabajos con menores demandas, mayores control del trabajador, a través de mayores posibilidades de cooperación, comunicación y aprendizaje.

Cuando el estrés ha causado mella en la salud mental, a las medidas organizacionales y de desarrollo de competencias y habilidades en el trabajador mencionadas debe unirse un trabajo psicoterapéutico sobre las vulnerabilidades individuales para el manejo del estresor y en la elaboración del daño. Esta acción conjunta: trabajo sobre estresores objetivos del trabajo, recursos y vulnerabilidades personales, conseguirá ayudar al profesional a manejar esa crisis pero también le aportará competencias para futuros acontecimientos problema.

2.º Exposición a riesgos psicosociales del trabajo que contribuyen al desencadenamiento de un trastorno mental para el que el trabajador es vulnerable

Aquí el riesgo psicosocial del trabajo interviene como factor desencadenante o agravante. Ocurre por ejemplo en casos de trastornos depresivos y de ansiedad, sobre todo en los primeros episodios. Se atribuye a las situaciones estresantes el 10-15% de la varianza sobre la sintomatología depresivo-ansiosa que padece el paciente. Se trata de trastornos de etiología multifactorial, de forma que cada factor explica una proporción relativamente pequeña de la varianza, lo que obliga a tener en cuenta diferentes factores de vulnerabilidad o modificadores, genéticos, evolutivos (como carencia afectiva infantil) psicológicos (como estilo atribucional negativo y baja autoestima) y sociales (como la falta de apoyo social).

3.º Exposición a situaciones laborales traumáticas

Como puede ocurrir en casos de accidentes laborales graves, haber sido víctima de un acto violento en el trabajo, y en algunas ocasiones, tras situaciones crónicas y graves de acoso psicológico en el trabajo.

Estos riesgos se relacionan con alteraciones a la salud como el trastorno de estrés postraumático. Cuando esto ocurre, el que la intervención sea preventiva o terapéutica dependerá en gran parte del momento en que se produzca y del caso clínico concreto. En líneas generales, será importante ayudar al trabajador a establecer la conexión entre el acontecimiento traumático y su sintomatología, la "normalización" de las reacciones de miedo y confusión, y a procesar emocional y cognitivamente lo acontecido.

4.º Padecer un trastorno mental puede relacionarse con una menor tolerancia posterior a situaciones estresantes

Este hecho será necesario tenerlo en cuenta y evaluarlo, especialmente para establecer las pautas adecuadas de la reincorporación laboral.

La Prevención Terciaria (o Intervención)

Se centra, como hemos visto en el apartado anterior de “Pautas generales de intervención clínico laboral”, en intervenir sobre el problema de salud mental y disminuir el riesgo de las recaídas y complicaciones ulteriores.

Un ejemplo aplicado de esta actuación lo constituyen los **Programas de Asistencia al Empleado (PAE)**, especialmente desarrollados en el ámbito de las adicciones.

Desde los años 1940, primero en Estados Unidos y luego en otros países (principalmente Europa y Latinoamérica) se han desarrollado PAEs para lograr un medio laboral saludable y seguro, proteger al trabajador, al empleador y a terceras personas de las consecuencias adversas del abuso de sustancias adictivas y de otros trastornos mentales. Surgen ante la realidad de que los problemas y presiones, ya sean de la vida personal o laboral, repercuten directamente en la salud y en el desempeño del empleado en sus dos esferas principales: personal y laboral.

Se trata de un servicio **confidencial**, proporcionado por consultoras o servicios externos o desde la propia organización, que provee al empleado de diversa información y atención. Algunos servicios ofertados se centran en el trabajador y otros se extienden a su ámbito familiar.

Según los diferentes objetivos y estructura de los PAE, los principales servicios ofertados son:

— Asesoría y tratamiento médico. Incluyendo salud mental, control del peso y nutrición, adicciones (tabaco, alcohol y otras drogas), y desarrollo de hábitos saludables (ejercicio físico por ejemplo).

— Asesoría y tratamiento psicológico. En salud mental y adicciones, situaciones de crisis, preparación para la jubilación, afrontamiento del estrés, etc.

— Asesoría e intervención jurídica (por ejemplo ante despidos y otras situaciones laborales o divorcios y otras situaciones personales).

Algunos estudios sobre las características y beneficios-costes de los PAE ⁴⁴⁻⁴⁶, estiman que con la implantación de estos servicios se ahorran entre 3 y 15 dólares por cada dólar invertido en el Programa (en organizaciones como General Motors o United Airlines). La empresa de aviación Boeing, indica que desde que implantó el PAE en su organización ha ahorrado 5,1 millones de dólares por la reducción de las ausencias laborales, rotaciones y bajas médicas y Chevron, una compañía energética americana, reporta una mejora en el desempeño de un 50% en los empleados que han recibido apoyo por parte del PAE.

Se han diseñado varios programas de intervención en adicciones ampliamente utilizados ^{21,47}, pero en general, todos los programas comparten dos componentes esenciales:

— El entrenamiento, con adecuada formación, información.

— Y una estrategia de “confrontación constructiva” sobre las variables del propio trabajador que participan del problema.

En España, dentro del ámbito sanitario, ha sido pionero el Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME), creado por los Colegios Médicos Profesionales y con la colaboración de la Organización Médica Colegial y el Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE), para la atención a personal sanitario en general.

Finalmente, si hablamos de **promoción de la salud mental**, esto implicará la creación de condiciones individuales, sociales y medioambientales que habiliten el desarrollo óptimo, psicológico y psicofisiológico, a través del fortalecimiento de los factores protectores que reducen la aparición y la recurrencia de trastornos mentales ⁴⁸. Es decir, no centrarse solo en la enfermedad, en lo que no funciona, sino potenciar lo saludable, los recursos, tanto del individuo como del entorno laboral.

En la literatura sobre estos temas se han definido algunas orientaciones generales que pueden contribuir a definir **políticas de promoción de la salud mental en el trabajo** ⁴⁹:

1. El objetivo global de la promoción de la salud mental es que los trabajadores tengan un mayor grado de control sobre su salud y bienestar, así como sobre las condiciones de trabajo que inciden en aquéllas, mejorando a la vez el ajuste con su medio ambiente humano y material.

2. La promoción de la salud mental debe enfatizar los aspectos salutogénicos del trabajo y privilegiar la prevención primaria, en contraste con la detección de enfermedades y su tratamiento y rehabilitación.

3. Las acciones de promoción deben estar dirigidas principalmente a los trabajadores sanos, incluyendo a aquéllos con síntomas inespecíficos de estrés, en todos los niveles de las organizaciones.

4. Más allá del estado de salud de los miembros individuales, las estrategias de promoción y prevención primaria deben dirigirse hacia el objetivo más amplio de lograr organizaciones saludables.

5. La promoción de la salud mental involucra cambios en valores, actitudes y comportamientos en los individuos y, por lo tanto, cambios en la cultura de la organización. Es requisito el compromiso de los líderes de la organización y la participación de los trabajadores en todos los niveles.

6. Las actividades de promoción de la salud mental pueden desarrollarse localmente, en cada empresa u organización individual y como un componente más de programas existentes o que se desee introducir.

7. La introducción de actividades de promoción de la salud mental, así como programas de prevención primaria en salud general, en empresas pequeñas y medianas implica dificultades adicionales y constituye un desafío. Puede facilitarse por medio de la información apropiada.

CONCLUSIONES

El estrés del trabajo se ha convertido en una de las principales causas de incapacidad laboral en los países desarrollados, al mediar en nuevas amenazas para la salud mental y como factor de riesgo de otras enfermedades como las cardiovasculares y los accidentes de trabajo.

Según la revisión realizada, la relación entre salud mental y salud laboral es compleja y multifactorial. La relación entre los factores laborales y el trastorno mental puede darse de diferentes maneras:

— Coincidente temporal que el trabajador considera causa de su trastorno. Depende de procesos atribucionales y características de personalidad como la capacidad de introspección y el “locus de control”. Una persona con poco “insight” y tendencia a hacer atribuciones estables y globales de atribución externa para los sucesos negativos, tenderá a atribuir dificultades propias a factores ajenos a él mismo. También patologías con sintomatología paranoide, por ejemplo, pueden focalizarse en personas o entornos laborales.

— Magnificador. El estresor revela y magnifica una alteración ya presente en el individuo (por una incidencia patológica en su estado cognitivo, emocional y/o conductual).

— Consecuencia. Una situación laboral, como por ejemplo la vivencia en el lugar de trabajo de una agresión por parte de un usuario, puede generar un nivel de estrés patológico y un trastorno mental consecuencia del mismo (TEPT por ejemplo). Para poder hacer de forma adecuada estas diferenciaciones esencial el análisis de la secuencia de los acontecimientos.

— Precipitante o desencadenante de un trastorno mental para el cual está predispuesto genéticamente o por la interacción genético-ambiental desde el nacimiento.

La prevención primaria, secundaria y terciaria, junto a medidas de promoción de la salud en los lugares de trabajo, permitirán el desarrollo de la salud mental laboral mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los distintos trastornos y sus aspectos laborales relacionados. Todo ello redundará en el logro de los siguientes objetivos:

a) La mejora continua de la calidad de vida laboral:

- Promoviendo programas de salud mental en el ámbito de la salud laboral con un modelo de trabajo interdisciplinario e integrador de las distintas actuaciones sanitarias, preventivas y de promoción de la salud con integración de la salud mental en la salud general.
- Establecer protocolos de derivación, coordinación y reincorporación laboral de los trabajadores con trastorno mental.
- Desarrollar actividades formativas compartidas entre salud mental y salud laboral con intercambio bidireccional de conocimientos teóricos y destrezas prácticas a través de sesiones de interconsulta de casos, sesiones clínicas, teóricas, grupos tipo Balint, etc.
- Colaboración mutua en los aspectos relacionados con la investigación de los trastornos mentales en el ámbito laboral.

b) La reducción de los costes de la enfermedad y una gestión eficiente de los recursos.

Para lo que será importante priorizar el control, la regulación y la prevención del riesgo. Intervenciones como las realizadas por los Programas de Asistencia al Empleado, han demostrado su eficacia y rentabilidad en este sentido.

Trabajar sobre la relación entre los problemas laborales y la salud mental, exigirá la colaboración entre los Servicios de Recursos Humanos, Prevención de Riesgos Laborales, Salud Mental, Inspección, Atención Primaria, etc. A su vez, será necesario evitar el uso indiscriminado e instrumental del abordaje psiquiátrico o psicológico por la búsqueda de un beneficio secundario. Sirva de ejemplo la búsqueda de informes psiquiátricos con la finalidad de un cambio de puesto de trabajo pero sin la intención de buscar la atención psíquica del problema. La posible intervención en el ámbito psíquico tendrá siempre el objetivo de buscar la salud y bienestar del individuo y si el problema está relacionado con el entorno laboral, la prevención "en origen", tal y como estipula la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, será una pieza clave para su resolución.

No quisiéramos terminar este trabajo sin recordar que la salud mental implica más que la ausencia de un trastorno mental. Las personas psíquicamente sanas presentan ante algunas circunstancias de conflictos personales, sociales o laborales, un rango de conductas, emociones y cogniciones, que pueden ser poco adaptativas y/o funcionales para su propia salud y para la resolución de dicho problema sin que por ello se trate de un trastorno mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Regier DA, Boyd JH, Burke JD y cols. One month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 977-86.
2. Regier DA, Narrow WE, Rae DS y col. The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective one-year prevalence rates of disorders and services. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 85-94.
3. Otero FJ. Trastornos psiquiátricos y Atención Primaria. Barcelona: Doyma S.A.; 1995.
4. Martín Zurro A. Salud Mental y Atención Primaria. Barcelona: Doyma S.A.; 1995.
5. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson, 2002.
6. Palao DJ, Márquez M, Jódar I. Guía Psiquiátrica en Atención Primaria. Madrid: SmithKline Beecham; 1996.
7. Steptoe A, Appels A. Stress, Personal Control and Health. Chichester: John Wiley & Sons; 1989.
8. Rutter DR, Quine L. Social Psychology and Health: European Perspectives. Avebury. Aldershot; 1994.
9. Steckler T, Kalin NH, Reul JM. Handbook of Stress and the Brain. Integrative and Clinical Aspects. Amsterdam: Elsevier; 2005.
10. Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de noviembre y actualización mediante Ley 25/2009 de 22 de diciembre.
11. Mingote JC. Satisfacción, estrés laboral y calidad de vida del médico. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid; 1995.
12. Stanfeld SA. Work, personality and mental health. Br J Psychiatry 2002; 181: 96-98.
13. Fundación Galatea, OMC. La salud del MIR. Guía para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Disponible en: <http://www.fgalatea.org/Upload/Documents/6/66.pdf>
14. Physician Health Services, Inc. Massachusetts. Disponible en: http://www.massmed.org/Content/NavigationMenu6/HelpingYourselforaColleague/Signs_of_Concern_PH.htm
15. Goldberg DP, Huxley PJ. Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care. Londres: Tavistock; 1980.
16. Muñoz PE. Epidemiología de los trastornos mentales. En: Vallejo, Leal (Dir). Tratado de Psiquiatría Vol. I. Barcelona: Ars Médica; 2005.
17. Trucco M. El estrés y la salud mental en el trabajo: Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. Ciencia & Trabajo 2004; 14: 185-88.
18. Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Jarque S, Cambra S, Devesa J. Trastornos afectivos en la población laboral: ¿un problema emergente en salud laboral?. Med Clin (Barc) 2001; 116: 493-95.
19. Mingote JC, Gálvez M, Del Pino P, Gutiérrez MD. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. Med Seg Tr 2009; 55(214): 41-43.
20. Córdoba JJ, Fuentes A, Ruiz C. Revisión bibliográfica sobre características sociodemográficas y repercusiones de la depresión en el trabajador. Med Seg Tr 2011; 57(223): 186-96.
21. Cook RF, Back AS, Trudeau J, McPherson TL. Integrating substance abuse prevention into health promotion programs in the workplace: A social cognitive intervention targeting the mainstream user. En: Bennett JB, Lehman EK (Eds), Preventing workplace substance abuse: Beyond drug-testing to wellness. Washington, DC: American Psychological Association; 2003.
22. Snow DL, Swan SC, Wilton L. A workplace coping-skills intervention to prevent alcohol abuse. En: Bennett JB, Lehman EK (Eds), Preventing workplace substance abuse: Beyond drug-testing to wellness. Washington, DC: American Psychological Association; 2003.
23. Mezrich JE, Salloum IM. Towards innovative international classification and diagnosis systems. ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. Acta Psychiatr Scand 2007; 116:1-5.
24. Frances A, Ross R. DSM-IV-TR. Estudio de Casos: Guía clínica para el diagnóstico diferencial. Masson; 2002.
25. Brown GW, Harris TO. The Bedford College Life-Events and Difficulty Schedule: Directory of contextual threat ratings of events. Londres: Bedford College; 1989.
26. Goldberg D. Manual del General Health Questionnaire. Windsor: NFER Publishing, 1978.
27. Jacobsen BK, Hasvold T, Hoyer G, Hansen V. The general health questionnaire. How many items are really necessary in population surveys. Psychol Med 1995;25(5):957-61.
28. Hemert van, Heijer M den. Vorstenbosh M, Bolk JH. Detecting psychiatric disorders in medical practice using the general health questionnaire. Why do cutt - off scores vary. Psychol Med 1995;25(1):165-70.
29. Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the general health questionnaire. Psychol Med 1979;(1): 139-45.
30. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. Psychopharmacol Bull 1973; 9: 13-28.

31. Davison MK, Bersnasky B, Bieder J, Silversmith D, Maruish ML, Kane RL. Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment* 1997; 4, 259-276.
32. Sandín B, Valiente RM, Chorot P, Santed MA, Lostao L. SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema* 2008; 20(2): 290-96.
33. Zúñiga A. Estudio de la casuística en un Centro de Salud Mental Comunitario: gravedad y utilización de servicios. Tesis doctoral. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad de Barcelona 2008.
34. Mingote JC, del Pino P, Gálvez M, Gutiérrez MD, Sánchez R. Utilidad preventiva del constructo "trastorno mental grave" en el ámbito sociosanitario. *Med Seg Tr* 2010; 56(221): 306-322.
35. Mingote JC, del Pino P, Huidobro A, Gutiérrez MD, de Miguel I, Gálvez M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Med Seg Tr* 2007; Vol LIII(208): 29-52.
36. Ciurana R, Tizón JL. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la Atención Primaria de Salud. Propuesta de Priorización en la prevención de los trastornos de la salud mental. En: Red de Centros Investigadores de la SEMFYC Ed., Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria, Libro de la V Reunión Anual. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1993.
37. Gálvez M, Mingote JC, Moreno-Jiménez B. El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Med Segur Trab* 2010, 56(220):226-47.
38. Othmer E, Othmer SC. La entrevista clínica, tomos I y II. Barcelona: Masson; 1996.
39. Furnham A. *The Psychology of Behaviour at Work. The individual in the organization*. Hove, U.K: Psychology Press Taylor and Francis Group; 1997.
40. Peiró JM, Prieto F, Roe RA. La aproximación psicológica al trabajo en un entorno laboral cambiante. En: Peiró JM, Prieto F, (Eds.). *Tratado de Psicología del Trabajo*. Madrid: Síntesis; 1996. p. 15-36.
41. Benavides FG, Ruiz-Frutos C, García AM. *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (2ª ed.) Barcelona: Masson; 2000.
42. García M, de la Casa S, Molina C. Regulación de los riesgos psicosociales en los ambientes de Trabajo: panorama comparado de modelos y experiencias en Europa y América. Albacete: Ed. Bomarzo; 2011.
43. Rau R, Morling K, Rösler U. Is there a relationship between major depression and both objectively assessed and perceived demands and control?. *Work & Stress* 2010, 24 (1): 88-106.
44. Federal Register USA. Department of Health and Human Services. *Mandatory Guidelines for Federal Workplace. Drug Testing Programs*. USA; 1988.
45. Coscatl. Programa de Asistencia al Empleado. Disponible en: <http://www.coscatl.com/articulos/programa-asistencia-empleado.htm>
46. Recursos Nacional Canadiense de Seguridad y Salud Ocupacional. Programas de Asistencia al Empleado. Disponible en: <http://www.ccsso.ca/oshanswers/hsprograms/eap.html>
47. Bray JW, Galvin DM, Cluff LA. (eds.) *Young Adults in the workplace: A Multisite Initiative of Substance Use Prevention Programs*. RTI Press publication. Disponible en: <http://www.rti.org/rtipress>
48. Hosma C, Jane-Llopis E, Saxena S (Eds.). *Prevention of mental disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Oxford University Press; 2005.
49. Trucco M. *Promoción de la salud mental en el ámbito laboral. Informe a la OPS*. Washington D.C.; 1998.

Trabajadores con discapacidad: problemas, retos y principios de actuación en salud ocupacional

Workers with disabilities: Concerns, challenges, and intervention principles in occupational health

Carlos María Alcover de la Hera, Vanesa Pérez Torres

Unidad de Psicología Social. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

Correspondencia:

Carlos María Alcover de la Hera
Paseo de los Artilleros, s/n.
28032 Madrid. España.
Tfno.: +34 914487754
E-mail: carlosmaria.alcover@urjc.es

Resumen

La participación y normalización de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo depende tanto de factores externos a la organización, como el contexto legal, económico u ocupacional, como de factores relacionados con la gestión de las personas en las empresas, entre los que destacan la cultura organizacional, las políticas y prácticas de recursos humanos, los estilos de supervisión y dirección y las relaciones entre sus miembros. Este artículo tiene como objetivo revisar los principales factores psicosociales relacionados con el acceso, la integración y el desempeño de las personas con discapacidad en las organizaciones y sus implicaciones para el bienestar, la salud ocupacional y la calidad de vida laboral de este colectivo. A partir del modelo teórico propuesto por Stone y Colella¹ analizamos los resultados de las principales investigaciones sobre los factores macroorganizacionales e interpersonales y su relación con los riesgos psicosociales y su prevención. Finalmente, se ofrecen una serie de conclusiones y de propuestas de intervención e investigación futura dirigidas a la mejora de la salud ocupacional de los trabajadores con discapacidad.

Palabras clave: *trabajadores con discapacidad, diversidad, factores psicosociales, salud ocupacional.*

Abstract

Participation and normalization of people with disabilities in the labor market are related to factors external to the organization as the legal, financial or occupational contexts, as well as factors related to people management in companies: organizational culture, HRM policies and practices, supervision and leadership styles and co-workers relationships. This paper aims to review the main psychosocial factors related to access, integration and performance of people with disabilities in organizations and their implications for wellbeing, occupational health and quality of work life of this collective. Based on the theoretical model proposed by Stone and Colella¹ we analyze the research findings about macro-organizational and interpersonal factors and their relations to psychosocial risks and their prevention. Finally, we offer a set of conclusions and proposals for intervention and future research aimed at improving the occupational health of workers with disabilities.

Key words: *workers with disabilities, diversity, psychosocial factors, occupational health.*

INTRODUCCIÓN

La discapacidad en los lugares de trabajo se ha considerado tradicionalmente de manera negativa o problemática, utilizándose enfoques basados en conceptos como estereotipo, prejuicio, *hándicap*, estigma, incapacidad o discriminación^{2, 3, 4}. Como resultado de ello las políticas y prácticas organizacionales y las disposiciones legales y normativas se han orientado hacia la compensación, la protección, la adaptación o los riesgos específicos asociados con este colectivo de la fuerza de trabajo. Sin embargo, en los últimos años y vinculado al movimiento más amplio dirigido a valorar la *diversidad* en las organizaciones, han surgido modelos y teorías que tratan la discapacidad de modo más positivo^{5, 6, 4}. Así, desde una perspectiva integradora o sistémica se analiza la variabilidad –evitando valoraciones positivas o negativas– en cómo las personas con diferentes discapacidades interactúan y afrontan las demandas y situaciones de trabajo en función de los recursos, el apoyo y las respuestas que brindan tanto la organización como los compañeros y el grupo de trabajo^{7, 8, 1, 9}.

La participación de las personas con discapacidad en la fuerza de trabajo de un país concreto depende de un gran número de factores. Como todo grupo *minoritario* que puede ser incluido en la denominada *gestión de la diversidad*, los condicionantes no solo se refieren a los habituales dentro de las organizaciones –factores individuales, grupales y de gestión/dirección–, sino también a los que Shore y sus colaboradores⁴ consideran dependientes de los *contextos externos* a las organizaciones, entre los que se encuentran la cultura nacional, el contexto ocupacional, el industrial, el legal, el familiar/comunitario y el económico; y los relacionados con dos tipos de resultados: los *resultados del trabajo o productivos*, en los que se incluyen los resultados organizacionales, los del grupo de trabajo y los individuales, y los *resultados ajenos al trabajo*, como son los familiares/comunitarios y los sociales. Todos ellos interactúan entre sí, creando dinámicas complejas que influyen en los diferentes niveles según ciclos de retroalimentación positiva o negativa.

Esta multicausalidad dificulta que las medidas o acciones concretas tengan un efecto directo o inmediato, ya que ningún factor por sí solo suele provocar los cambios deseados con independencia del resto de agentes que confluyen en los contextos de trabajo. Un ejemplo de ello puede encontrarse en el limitado (aunque, sin duda, importante) efecto que las medidas legales dirigidas a la protección y evitación de la discriminación de las personas con discapacidad en su acceso al empleo tienen en la práctica ya que interactúan con las percepciones, atribuciones, actitudes, evaluaciones y decisiones que llevan a cabo los responsables de recursos humanos en las organizaciones, desde los procesos de selección a los de evaluación del rendimiento, formación o promoción¹⁰⁻¹⁴. Y no solo esto, sino que también las percepciones, actitudes y valoraciones de los compañeros o del grupo de trabajo pueden influir negativamente sobre las expectativas, la capacidad percibida y el rendimiento de las personas con discapacidad, todo lo cual a su vez puede provocar efectos reales sobre las autopercepciones y los juicios acerca de sí mismas, afectando negativamente a los niveles de autoeficacia y de ajuste emocional y al rendimiento de los trabajadores con discapacidad^{13, 15}.

Las personas con discapacidad suelen encontrarse subempleadas o desempleadas en comparación con las personas sin discapacidad, y las tasas de ocupación en la mayoría de los países continúan siendo desproporcionadas respecto a la población general¹¹. Incluso algunos datos

señalan que los niveles de empleo de las personas con discapacidad están disminuyendo en los últimos años ¹⁵. En el caso de las discapacidades de origen psiquiátrico las tasas de desempleo suelen alcanzar el 90% ¹⁶, y también son muy elevadas cuando se trata de personas que presentan discapacidades severas ¹⁷, lo que aún se agrava más cuando éstas también son de naturaleza mental ¹⁸.

Por otro lado, la proporción de trabajadores con discapacidad declarada varía enormemente de unas ocupaciones a otras, encontrándose infrarrepresentados en ciertas ocupaciones y sobrerrepresentados en otras ¹⁹. Datos procedentes de la población trabajadora norteamericana muestran que, incluso teniendo en cuenta su menor nivel medio –en términos generales– de formación y cualificación, las personas con discapacidad se encuentran relegadas de una manera desproporcionada a un acceso al mercado de trabajo a través de ocupaciones en las que no se valoran las competencias mejor remuneradas, como son las relacionadas con habilidades de información, conocimiento y comunicación, además de tratarse de empleos en los que no se requiere habitualmente poseer experiencia previa. A su vez, el frecuente subempleo al que se ven obligadas las personas con discapacidad conlleva para ellas la percepción de bajos salarios y una menor seguridad y estabilidad laboral ¹⁹.

En España, a partir del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de la minusvalía, se entiende por persona con *discapacidad* aquella cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se encuentran disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales. A efectos de la inclusión en las medidas protectoras derivadas de la condición de persona con discapacidad se consideran en tal situación las personas en edad laboral (16 años) afectadas, como mínimo, por una disminución en su capacidad física o psíquica del 33%, con las dificultades consiguientes para el acceso al mercado laboral, el mantenimiento de un empleo y el desarrollo de una carrera profesional plena.

Según los datos del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), en España hay más de cuatro millones de personas con algún tipo de discapacidad, que junto a las que constituyen su entorno familiar suponen alrededor de doce millones de ciudadanos ²⁰. Los datos más actuales disponibles sobre las tasas de empleo de las personas con discapacidad proceden de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008), realizada entre el mes de noviembre de 2007 y febrero de 2008 en domicilios familiares. Como se señala en el *Informe Olivenza 2010*, elaborado por el Observatorio Español de la Discapacidad ²¹, la realidad reflejada en los datos de esta Encuesta tiene que matizarse no solo por los años transcurridos, sino también por el agravamiento de la crisis económica y financiera sufrida en España desde entonces, que ha incrementado significativamente los niveles generales de desempleo, afectando con mayor incidencia a los colectivos más desfavorecidos, entre ellos las personas con discapacidad. La [Tabla 1](#) resume los principales datos al respecto.

Tabla I. Tasas de actividad, empleo y paro en personas con y sin discapacidad y población total en edad laboral (16 – 64 años), por sexo. España 2008

		Personas con discapacidad	Personas sin discapacidad	Población total
Hombres	Tasa de actividad	40,3%	84,7%	82,7%
	Tasa de empleo	33,4%	77,4%	75,4%
	Tasa de paro	17,2%	8,6%	8,8%
Mujeres	Tasa de actividad	31,2%	65,3%	63,6%
	Tasa de empleo	23,7%	56,6%	54,9%
	Tasa de paro	24,0%	13,4%	13,6%
Ambos sexos	Tasa de actividad	35,5%	75,2%	73,2%
	Tasa de empleo	28,3%	67,2%	65,3%
	Tasa de paro	20,3%	10,6%	10,9%

Fuente: Informe Olivenza 2010, a partir de los datos del INE, Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, EDAD 2008 (Módulo de hogares).

Por lo que respecta a los tipos de contratos que se realizan a las personas con discapacidad, el *Informe Olivenza 2010* ofrece los siguientes datos, recogidos en la [Tabla 2](#).

Tabla II. Contratos realizados a personas con discapacidad, según tipo de contrato. 2008, 2009 y 2010 (enero-agosto)

TIPOS DE CONTRATOS	AÑO 2008		AÑO 2009		AÑO 2010	
	Acumulado anual		Acumulado anual		Acumulado a 01/09	
	N	%	N	%	N	%
Indefinido ordinario (Bonif./No bonif.)	728	1,31%	751	1,46%	465	1,18%
Indefinido F.C.I*	3.082	5,53%	2.323	4,50%	1.467	3,72%
Indefinido personas con discapacidad	10.431	18,72%	7.966	15,44%	5.370	13,60%
Obra o servicio	7.665	13,76%	7.316	14,18%	6.374	16,15%
Eventual	7.436	13,35%	8.445	16,37%	6.897	17,47%
Interinidad	6.074	10,90%	7.334	14,22%	5.861	14,85%
Temporal personas con discapacidad	15.327	27,51%	13.135	25,47%	9.539	24,17%
Prácticas	7	0,01%	6	0,01%	14	0,04%
Formación	563	1,01%	620	1,20%	313	0,79%
Otros contratos	98	0,18%	132	0,26%	88	0,22%
Convertidos en indefinidos	4.303	7,72%	3.549	6,88%	2.939	7,45%
TOTAL	55.714	100,00%	51.577	100,00%	39.471	100,00%
Indefinidos	10.513	22,28%	10.289	22,28%	6.837	25,05%

Individuos	10.711	33,40%	11.307	40,40%	10.411	43,73%
Temporales y otros	37.170	66,72%	36.988	71,72%	29.230	74,05%

Fuente: Informe Olivenza 2010, a partir de los datos del Servicio Público de Empleo Estatal.

En opinión del OED, el mantenimiento del dinamismo en la contratación de personas con discapacidad, pese a la situación de crisis, indica que las medidas incluidas en el Plan extraordinario de mantenimiento y fomento del empleo de los trabajadores con discapacidad establecido por la Ley 27/2009, de 30 de diciembre, de medidas urgentes para el mantenimiento y el fomento del empleo y la protección de las personas desempleadas, están teniendo un efecto positivo. No obstante, es importante señalar que estos datos sólo muestran el volumen de las contrataciones efectuadas, y no permiten obtener conclusiones acerca de la evolución de variables como las tasas de actividad, empleo y desempleo, que son esenciales para el conocimiento de la verdadera situación de empleo de las personas con discapacidad. En consecuencia, el Informe Olivenza 2010 considera necesario que la variable discapacidad se incorpore en las estadísticas de empleo, y en particular en la Encuesta de Población Activa y en las series estadísticas sobre afiliados en situación de alta laboral que difunde la Seguridad Social²¹.

De forma muy similar a lo que ocurre en otros países y contextos^{22, 23, 13, 25}, los problemas de acceso y de inserción en el mercado laboral de las personas con discapacidad en España responden a una diversidad de factores, que, según el CERMI²⁵, pueden resumirse en los siguientes:

- Un nivel educativo y una cualificación profesional deficiente o no adaptada a las demandas y necesidades reales del sistema productivo.
- Falta de motivación e información de la propia persona con discapacidad y de sus entornos familiares, que se traduce en dificultades para mejorar su cualificación profesional o desarrollar habilidades de búsqueda de empleo.
- Actitud inicial negativa de una parte de los empleadores o de los responsables de recursos humanos, que revela un prejuicio inicial hacia las capacidades potenciales de la persona con discapacidad o una serie de atribuciones, estereotipos e ideas falsas preconcebidas (baja capacidad de aprendizaje, escasa polivalencia, difícil reciclaje, altos costes por la adaptación de lugares y puestos de trabajo, etc.).
- Dificultades para acceder a fuentes de financiación de cara a crear su propio negocio, lo que limita su capacidad emprendedora.
- Dificultades de accesibilidad (transporte, adaptación de centros de formación o de trabajo) que pueden obstaculizar o encarecer la integración laboral.

En definitiva, la integración plena y la normalización —es decir, la similaridad de las condiciones de trabajo con los trabajadores sin discapacidad en todos los términos posibles—, de las personas con discapacidad en el mercado laboral se enfrenta a una serie de dificultades y de desafíos²⁶, que se suman a los de la población general en situaciones de crisis como la actual. Al mismo tiempo, la conciencia, la sensibilidad y la reivindicación de esta necesidad de normalización se incrementa tanto en el colectivo de personas con discapacidad como en las familias, las comunidades, los agentes sociales y las sociedades en su conjunto, lo que ayuda a contrapesar los problemas señalados con oportunidades, propuestas y acciones desarrollados por los legisladores y los poderes públicos, así como por los profesionales que trabajan desde disciplinas como la Psicología de la Salud Ocupacional.

El objetivo de este artículo es revisar los principales factores psicosociales que intervienen en la integración y en el desenvolvimiento de los trabajadores con discapacidad en contextos organizacionales normalizados, o de integración *ordinaria*, sin incluir los contextos laborales orientados a la integración *especial*²⁷, también denominado *empleo protegido*. A partir del modelo general formulado por Dianna Stone y Adrienne Colella¹, diferenciamos dos niveles de factores: macroorganizacionales e interpersonales, los cuales interactúan con los factores individuales y las características específicas de cada tipo de discapacidad, y analizamos los elementos más relevantes de cada uno de ellos. Adicionalmente, identificamos los principales riesgos de carácter psicosocial con mayor incidencia en este colectivo, así como algunas medidas para su prevención. Por último, se ofrecen una serie de conclusiones y de propuestas de intervención dirigidas a la mejora de la salud ocupacional de los trabajadores con discapacidad.

FACTORES MACROORGANIZACIONALES

Dentro de las condiciones que pueden conducir a la presencia de riesgos psicosociales en los trabajadores se encuentran los denominados factores macroorganizacionales. En este apartado analizamos específicamente los resultados de las investigaciones relacionadas con la cultura organizacional, el estilo de dirección y el liderazgo, así como las políticas y prácticas de la empresa que afectan a los trabajadores con discapacidad.

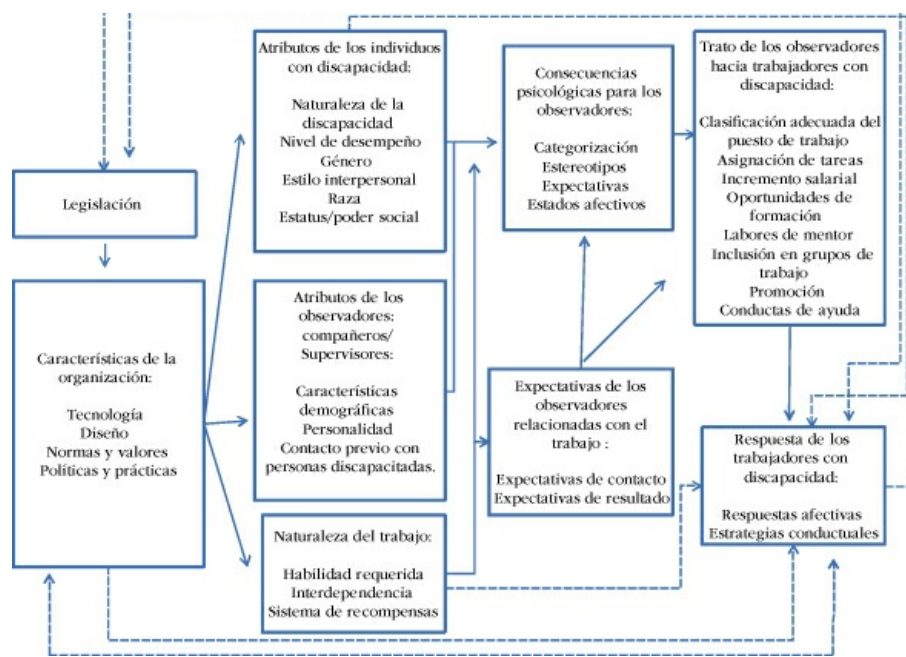
Cultura organizacional, estilo de dirección y liderazgo

Como señalamos más arriba, uno de los principales modelos teóricos sobre los factores organizacionales que afectan a los trabajadores con discapacidad fue propuesto por Stone y Colella¹, reflejado en la Figura 1. De acuerdo con esta propuesta teórica factores como la legislación, las características de la organización, de los compañeros y supervisores, los atributos de los trabajadores y la naturaleza del trabajo tienen influencia sobre el trato recibido, las oportunidades de formación y desarrollo, la inclusión en grupos de trabajo y la manifestación de conductas de ayuda hacia las personas con discapacidad.

Las variables consideradas en este modelo con mayor impacto en las personas con discapacidad incluyen las normas y valores organizacionales, las políticas de recursos humanos y la naturaleza del sistema de recompensas. Stone y Colella¹ predicen en su modelo que aquellas organizaciones más flexibles y que apoyan a sus empleados favorecen la incorporación y adaptación de las personas con discapacidad a su puesto de trabajo. Por otro lado, en aquellas organizaciones donde predominan valores de igualdad y estandarización en los puestos de trabajo (más burocráticas), los directivos pueden encontrarse ante dilemas o situaciones contradictorias, ya que no podrían brindar un trato igualitario a los trabajadores con discapacidad. Al mismo tiempo, al necesitar éstos una adaptación en mayor o menor medida de sus puestos de trabajo, esta acción podría ser interpretada por el resto de empleados como un acto injusto o poco equitativo —es decir, como un acto de *discriminación positiva*— o percibida como un desequilibrio de la justicia procedimental²⁸. Además, valores sociales como el desempeño competitivo o el individualismo pueden afectar negativamente en cómo se perciben las habilidades de las personas con discapacidad. Por el contrario, las organizaciones donde predominan valores de justicia social, igualdad, cooperación y ayuda, tienden a favorecer la percepción acerca de las contribuciones que pueden aportar los trabajadores con discapacidad a la organización. No obstante, los datos no son concluyentes, puesto que parece que las culturas *individualistas* son más proclives a llevar a cabo políticas activas para incrementar la presencia de personas con discapacidad en el mundo laboral que las culturas *colectivistas*²⁹, lo que podría indicar la influencia de aspectos culturales más amplios que los valores organizacionales.

Figura 1. Modelo de los factores que afectan el trato de los individuos con discapacidad dentro de las organizaciones





Fuente: Stone y Colella (1), p. 355.

Estas variables incluidas en el modelo de Stone y Colella¹ forman parte de la cultura organizacional (valores, normas y formas de comportamiento compartidos por los miembros de la organización) cuya importancia radica en su influencia sobre la transmisión de valores compartidos, la diferencia o igualdad entre los empleados así como en la prescripción de comportamientos apropiados en la interacción social y en las políticas y prácticas que se adoptan en relación con la diversidad³⁰. En un estudio de carácter cualitativo, Gilbride, Stensrud, Vandergoot y Golden³¹ identificaron los factores específicos que caracterizan a las empresas abiertas a la inclusión de personas con discapacidad, entre los que destacan: la igualdad de trato, la cultura inclusiva, un estilo directivo personal y flexible, énfasis en el desempeño del trabajador y no en su discapacidad, así como la disposición de proveer las adaptaciones necesarias para todos los empleados.

Schur, Kruse y Blanck³² realizaron un análisis de la influencia que tiene la cultura corporativa en el acceso al empleo, a las oportunidades de desarrollo profesional y al diseño de un entorno de apoyo que beneficie no solo a las personas con discapacidad, sino también al resto de empleados de la organización. Estos investigadores señalan que la cultura corporativa puede crear barreras actitudinales, conductuales y físicas, o por el contrario, facilitar el desempeño laboral de este colectivo. Por ejemplo, el compromiso de incorporar personal con discapacidad puede ser parte de los valores compartidos, aunque quizá no sea un patrón de comportamiento interiorizado por todos los miembros de la organización. Esto se puede reflejar en el nivel más visible de la empresa al no favorecer las adaptaciones necesarias para el acceso a personal discapacitado, el tipo de empleo ofrecido o si los supervisores y compañeros manifiestan actitudes negativas. Además, destacan la importancia que tienen los valores y las prácticas organizacionales en el trato que reciben las personas con discapacidad. Coinciden con Stone y Colella¹ en la importancia de favorecer un ambiente de apoyo y de respeto para la diversidad. De acuerdo con Triana, García y Colella³³ el apoyo organizacional a la diversidad es la percepción que los empleados tienen sobre las acciones que realiza la empresa para promover los valores de diversidad. Este apoyo no solo incluye la identidad personal y grupal de los miembros de la organización, sino también las actitudes individuales y las acciones de los directivos hacia los grupos minoritarios³³.

Estos valores deben reflejarse en las políticas y prácticas de la organización para integrar a las personas con discapacidad^{32, 30}. Como señala Spataro³⁰ es importante que la alta dirección esté atenta al sistema de valores subyacente a la cultura y que sea transmisora de la contribución que realizan los trabajadores con discapacidad.

De esta forma, tanto el estilo de dirección como el estilo de liderazgo influyen sobre la manera de abordar la inclusión y el trato de las personas con discapacidad en la empresa. Cubero³⁴ sugiere que un estilo de liderazgo cercano, como el situacional, puede impulsar la igualdad en el lugar de trabajo y mejorar la percepción de los trabajadores con discapacidad.

“(…) las personas con discapacidad pueden sentirse cómodas con un líder centrado en las relaciones..., con buena disposición hacia los trabajadores..., que contemple las necesidades individuales... y que provea del apoyo necesario dependiendo de la situación. Esta flexibilidad del líder que utiliza un estilo situacional tiene importantes implicaciones en aquellos trabajadores con discapacidad que necesitan autonomía en su puesto u orientación específica dependiendo de su nivel de disposición a cumplir con las tareas asignadas”³⁴.

Por lo tanto, fomentar una cultura inclusiva y orientada a la diversidad, donde predomine un estilo de dirección participativo debería ser uno de los primeros pasos en la prevención de riesgos psicosociales en trabajadores con discapacidad.

Políticas y prácticas de la empresa

Las políticas y prácticas de la empresa, especialmente las relacionadas con los procedimientos de reclutamiento y selección y la evaluación del rendimiento, están influidas por la cultura organizacional y tienen un efecto directo sobre el trato que reciben los trabajadores con discapacidad^{22,1}.

Los estudios realizados en el ámbito de la selección y contratación de personas con discapacidad exploran la influencia de la naturaleza o tipo de discapacidad de los candidatos a los puestos^{22,13} y las expectativas del futuro empleador sobre los trabajadores con discapacidad^{23, 24}. Algunas investigaciones sugieren que existe una jerarquía de preferencias hacia diferentes tipologías de discapacidad en los procesos de contratación, por ejemplo, aquellas personas con discapacidad física son valoradas de forma más favorable que los que poseen discapacidad cognitiva –disfunciones mentales o de aprendizaje–, o emocional –depresión u otros trastornos–^{22, 35, 36, 6, 1}. Se han dado algunas explicaciones al respecto, como la elección de un tipo de discapacidad más visible o la influencia de los estigmas asociados a algunas tipologías, especialmente las de tipo psiquiátrico^{22, 36}. Otros estudios^{37, 32} han mostrado que la experiencia o el contacto con personas con discapacidad por parte de los encargados de los procesos de selección influye durante la realización de las entrevistas y en el proceso posterior de decisión, indicando que la ausencia de contacto previo sesga negativamente las percepciones y los juicios.

En el contexto español, un estudio realizado en los años de 2006 y 2007 por la Fundación ONCE y la Fundación Manpower³⁹ sobre la situación de las personas con discapacidad en el entorno laboral, muestra resultados importantes en la percepción de este colectivo, la valoración de su desempeño en los puestos de trabajo, así como sobre las motivaciones y las barreras existentes para su contratación. En primer lugar, aparece una percepción diferenciada sobre la discapacidad entre los empresarios encuestados. Es decir, no existe una percepción de un colectivo único, sino que surgen diferentes categorías en función de la tipología de la discapacidad y el grado de severidad. Los resultados obtenidos a partir de los empresarios encuestados de 1.500 empresas mostraron que perciben de manera más positiva a las personas con discapacidad física, mientras que las personas con discapacidad cognitiva o emocional eran percibidas de manera más negativa. Además, existe una idea compartida por la mayoría de los participantes, según la cual las personas con discapacidad no pueden ocupar cualquier puesto de trabajo (por ejemplo, aquellos con elevada responsabilidad, intensa actividad física o de cara al público). En este sentido, se asoció a este colectivo con el desempeño de puestos de menor cualificación³⁹, un resultado coincidente con el obtenido en otros países¹⁹.

En cuanto a las expectativas de los empleadores sobre los trabajadores con discapacidad algunas investigaciones señalan la preocupación de las empresas sobre su desempeño futuro, acerca de si podrán afrontar las demandas de los puestos de trabajo o sobre los conocimientos o habilidades que realmente poseen^{23, 24}. En este caso, una experiencia previa de éxito –en cuanto a la contratación y el rendimiento posterior– de un trabajador con discapacidad incrementa la satisfacción del empleador y aumenta la probabilidad de que vuelva a emplear personas con discapacidad en el futuro²⁴; además influye el compromiso social expresado en la política de responsabilidad social de la empresa²³. Esto sugiere que las empresas dan mucha más importancia al desempeño individual y a los resultados del trabajador en los equipos de trabajo que a los aspectos relacionados con la discapacidad²⁴.

Dentro de la evaluación del desempeño, algunos estudios sugieren tener en cuenta la presencia de dos tipos de juicio previo que pueden hacerse sobre los trabajadores con discapacidad. Por un lado, existe una postura favorable o positiva en la que es necesario considerar aspectos como la deseabilidad social, el paternalismo o la denominada “*norma de amabilidad*” según la cual existe un sesgo de valoración positiva hacia las personas con discapacidad, aún cuando sus resultados no sean adecuados. Además, los evaluadores podrían tener expectativas iniciales más bajas sobre las personas con discapacidad, por lo que la valoración se realizaría sobre estas expectativas y no sobre el desempeño real^{13, 4}. Por otro lado, también aparecen juicios negativos relacionados con la discriminación, los estereotipos y los estigmas relacionados con las personas con discapacidad. Así, cuando las personas realizan una valoración de personas con discapacidad basada en juicios negativos, suelen considerarse menos capaces y por lo tanto receptoras de expectativas de bajo desempeño¹³.

En relación con este último aspecto, en el estudio de la Fundación Once mencionado²⁹ más de un 70% de los empresarios encuestados manifestaron una opinión positiva sobre el rendimiento de las personas con discapacidad. Por ejemplo, consideraron que se integraban adecuadamente a la plantilla y que su rendimiento era similar al del resto de trabajadores. Además, aquellas empresas que han tenido o tienen actualmente personas con discapacidad en su plantilla presentan una visión más favorable acerca de su desempeño en comparación con el resto de empresas encuestadas. Este resultado incide en la importancia de las experiencias reales con personas con discapacidad en el entorno laboral y su influencia en la integración de este colectivo posteriormente²⁹. Este aspecto concuerda con uno de los factores incluido también en el modelo de Stone y Colella¹, esto es, el contacto previo con personas con discapacidad. Según el modelo, aquellos supervisores o compañeros de trabajo que han tenido una experiencia anterior con personas con discapacidad (familia, amigos, compañeros de trabajo) reaccionan de manera más favorable ante este colectivo que aquellos que no la han tenido. De forma similar, Ch. Scherbaum, K. Scherbaum y Popovich⁴⁰ investigaron la relación entre la calidad de la experiencia previa con compañeros con discapacidad, las expectativas relacionadas con el trabajo de esos empleados y las reacciones afectivas hacia ese colectivo. En sus conclusiones señalaron que las experiencias positivas con compañeros de trabajo con discapacidad se asociaban igualmente a expectativas y reacciones afectivas positivas. De forma similar, los resultados de un estudio realizado con una muestra de 189 ejecutivos pertenecientes al grupo norteamericano de firmas incluidas en *Fortune 500*⁴¹ mostró que las empresas con menos exposición a las personas con discapacidad tenían expectativas más negativas hacia ellas.

En definitiva, es necesario destacar cómo el diseño y la aplicación de las políticas de la empresa se traducen en prácticas favorables de inclusión que tienen en cuenta las necesidades específicas de los trabajadores con discapacidad y previenen situaciones de discriminación o de valoración sesgada sobre sus competencias y su rendimiento.

FACTORES INTERPERSONALES

Actitudes, atribuciones, estereotipos y prejuicios

Una experiencia común a las personas con discapacidad es la de enfrentarse a conductas y actitudes estigmatizadoras⁴². Quienes son percibidos como portadores de *estigma* no son responsables de él, ya que depende de aquellos que poseen el poder social, económico y político para estigmatizar a otros⁴³. Según Link y Phelan⁴³ el estigma tiene cuatro componentes: la distinción y el etiquetamiento de las diferencias humanas; la vinculación de las personas etiquetadas con características indeseables; la separación de “ellos” (las personas estigmatizadas) de “nosotros”; y la consiguiente pérdida de estatus y discriminación que conducen a desigualdad de oportunidades y de resultados en la vida⁴³.

Una vez que un grupo es estigmatizado, las personas que no pertenecen a él interiorizan y asumen –habitualmente de manera acrítica– las creencias implícitas asociadas al estigma, las cuales influyen en las percepciones, atribuciones y actitudes hacia las personas estigmatizadas. Como otros factores psicosociales, este proceso de origen social se traduce en comportamientos interpersonales, de manera que las personas con discapacidad –como grupo estigmatizado– pueden enfrentarse a interacciones con compañeros de trabajo, supervisores, clientes, usuarios, gerentes o directivos en las que operan, implícita o explícitamente, estos procesos. Por ejemplo, un estudio reciente ha mostrado cómo la percepción de *estigma* media la relación entre la discapacidad y la aceptación de la persona que la posee, acentuando negativamente la percepción de la discapacidad cuando ésta se asocia con la pertenencia a un grupo estigmatizado⁴⁴.

Es importante subrayar estos aspectos, ya que los resultados de las investigaciones muestran que algunas de las mayores dificultades para la integración y normalización de las personas con discapacidad en contextos de trabajo se encuentra en los estereotipos y las actitudes negativas de buena parte de los empleadores y de los compañeros hacia ellas y hacia su capacidad de trabajar^{45, 46, 47, 48, 13, 49}. Así, los resultados de una de las investigaciones recientes de mayor envergadura, realizada con una muestra representativa de 1.200 empresas de EE.UU. y del Reino Unido¹¹, muestran que un 23% de los empleadores admite que las actitudes y los estereotipos negativos eran las barreras más significativas para contratar a personas con discapacidad. Este efecto negativo se manifiesta no solamente en los procesos de reclutamiento y selección, o en la adopción de medidas para la adaptación de los puestos de trabajo –ambos aspectos dependientes de la alta dirección–, sino que las actitudes, estereotipos y prejuicios hacia las personas con discapacidad suelen ser más insidiosas entre los compañeros de trabajo y los supervisores. No obstante esto último, algunos resultados de estudios realizados con empleadores⁴¹ señalan que una buena parte de ellos consideran que la *incomodidad* de los compañeros y los supervisores ante trabajadores con discapacidad no debería ser una barrera para su contratación, si bien no consultan acerca de

ello a sus empleados antes de tomar decisiones.

Otros estudios han encontrado diferencias en cuanto a las características y experiencias de los observadores y las actitudes hacia los trabajadores con discapacidad. Así, las mujeres y quienes han tenido experiencia previa con personas con discapacidad tienden a tener actitudes más positivas que los hombres y quienes no han tenido experiencia previa^{50, 51, 52}. Un aspecto interesante es el encontrado por Popovich, Ch. Scherbaum, K. Scherbaum y Polinko relativo a las diferencias significativas entre lo que las personas consideran como *discapacidad* y lo que no, y que no siempre coincide con las definiciones legales⁵². Por ejemplo, los participantes en este estudio consideraban *discapacidad* el trastorno por déficit de atención, los trastornos del habla o los problemas de visión (que legalmente no lo son, al menos en EE.UU.), y no consideraban *discapacidad* a la diabetes, a la esquizofrenia o al alcoholismo (que legalmente sí lo son). Esto puede dar lugar a la utilización de estereotipos y al desarrollo de actitudes negativas, así como eventualmente a situaciones de discriminación, de forma inadvertida, lo que puede tener importantes consecuencias para los individuos y las organizaciones.

Apoyo organizacional, apoyo del supervisor y apoyo de los compañeros

La investigación previa muestra que las principales fuentes de apoyo social dentro del entorno laboral son los supervisores, los compañeros de trabajo⁵³ y la organización en sí misma a través de sus políticas y prácticas⁵⁴. Este tipo de apoyo puede ser instrumental, al ayudar en la realización de las tareas, resolver dudas o facilitar las herramientas adecuadas de trabajo y también emocional, mediante la expresión de empatía, cuidado, escucha y amistad⁵⁵.

En el caso de las personas con discapacidad, en la literatura especializada se utiliza el término *apoyos naturales*⁵⁶ para referirse a aquellas personas que asumen proporcionar asistencia, información o compañía en el lugar de trabajo con el objetivo de facilitar el rendimiento independiente, total o parcialmente, de personas con discapacidad, y para quienes la prestación de esa asistencia, información o contacto no es su principal responsabilidad y es independiente de si será o no compensada por la organización^{57, 58, 59, 56, 60}. Este enfoque ecológico⁶¹ se basa en la evidencia de que el apoyo prestado por las personas habituales o del entorno laboral es mucho más eficaz que el dispensado por personal o servicios especializados⁶², de manera que los programas de empleo con apoyo (*supported employment*) constituyen una estrategia eficaz para el logro de beneficios sociales y económicos en la integración de las personas con discapacidad en entornos normalizados⁶³. Los resultados de la revisión realizada por Storey⁵⁶ sobre los efectos de apoyos naturales como la instrucción de los compañeros (en la adquisición de habilidades sociales y de comunicación, así como en las adaptaciones y modificaciones del puesto), su apoyo en el entrenamiento en solución de problemas y en el fomento de la iniciativa, y los programas formales e informales de *mentoring* –al igual que los de *coaching*⁶⁴– muestran que estas estrategias son eficaces para potenciar los logros laborales de las personas con discapacidad en contextos de trabajo integrados, especialmente en promover el aprendizaje y mejorar el rendimiento⁶¹. De igual modo, las relaciones sociales positivas en los contextos laborales contribuyen de manera significativa a prevenir y reducir el estrés en los trabajadores con discapacidad⁶⁵.

El apoyo de la organización, de los compañeros y supervisores de trabajo han sido estudiados por su impacto positivo en el bienestar de los empleados^{54, 66, 55, 53} y sobre las actitudes hacia el trabajo^{67, 68}. Es esperable que si en la población general los efectos de los distintos tipos de apoyo recibido en los contextos laborales son positivos, en el caso de los trabajadores con discapacidad sean similares o superiores.

En nuestro país, un estudio realizado por Verdugo y Jordán de Urríes⁶⁹ mostró que el apoyo ofrecido por los compañeros de trabajo a un grupo de empleados con discapacidad intelectual producía una mejora en los resultados de trabajo; además, cuando eran los supervisores o gerentes los que brindaban apoyo, los beneficios obtenidos sobre la calidad de vida general, la pertenencia social, la integración en la comunidad y la antigüedad en el puesto de trabajo aumentaban. También los resultados obtenidos por Flores, Jenaro, Orgaz y Martín⁷⁰ han mostrado que la percepción de apoyo de los supervisores y los compañeros, junto con las bajas demandas de tarea, eran buenos predictores de la calidad de vida laboral en trabajadores con discapacidad intelectual. Por su parte, los resultados de un estudio llevado a cabo por nuestro equipo recientemente⁷¹, con una muestra de 135 empleados con diferentes tipos de discapacidad que trabajaban en empresas privadas, indican que los empleados que perciben un elevado apoyo organizacional mostraban niveles elevados de satisfacción laboral; contrariamente a lo esperado, en los empleados que también percibían un elevado apoyo de los supervisores y de los compañeros la relación no fue estadísticamente significativa con la satisfacción laboral. En cuanto a las relaciones entre los tres tipos de percepción de apoyo y la intención de abandono de la organización, nuestros resultados confirmaron una relación inversa estadísticamente significativa en todos los casos, de manera que cuanto mayor era el apoyo percibido procedente de las tres fuentes, mayor era la intención de permanecer en la organización⁷¹. Estos resultados son prometedores, y suponen un primer paso para continuar profundizando en el estudio del papel que desempeña el apoyo en relación con otras conductas y actitudes de las personas con discapacidad en contextos organizacionales y laborales, y pueden contribuir de manera significativa al diseño de estrategias que faciliten y potencien la normalización de este colectivo en el mercado laboral.

Apoyo familiar y apoyo social

Aunque no se trata de un factor directamente relacionado con el contexto de trabajo, el apoyo familiar y el apoyo social dispensado por las personas de su entorno inmediato son factores importantes en la normalización de los trabajadores con discapacidad. En particular, el apoyo familiar puede ser un valioso recurso para que en la familia adquieran confianza y seguridad en sus propias competencias y para afrontar situaciones de tensión, conflicto o estrés en el trabajo. Así, el enriquecimiento trabajo-familia puede implicar tanto habilidades, destrezas o valores, de carácter más instrumental, como otros factores de naturaleza más afectiva, como el estado de ánimo, el clima o las emociones positivas⁷². De este modo, la percepción de apoyo familiar y del enriquecimiento trabajo-familia puede ser un protector eficaz en el afrontamiento y en las consecuencias de experiencias estresoras, actuando como un amortiguador de los potenciales efectos negativos^{73, 74}, un aspecto que sería interesante investigar específicamente en el caso de las personas con discapacidad. Sin embargo, hasta ahora la investigación sobre el apoyo familiar y social fuera del contexto organizacional en personas con discapacidad es prácticamente inexistente, y sería interesante estudiarlos en relación con las percepciones de apoyo organizacional, del supervisor y de los compañeros⁷¹ y conocer las posibles interacciones entre los distintos tipos de apoyo.

Por último, un aspecto que también reviste importancia es el referido a las posibles consecuencias negativas que puede tener la prestación de apoyo a las personas con discapacidad en entornos laborales, ya que el personal directamente implicado en este tipo de tareas suele ser más vulnerable al estrés, la depresión y al *burnout*^{75, 76, 77}, requiriendo a su vez medidas de apoyo por parte de la organización para realizar su trabajo adecuadamente y paliar las posibles consecuencias negativas para su bienestar y su salud ocupacional.

RIESGOS PSICOSOCIALES Y SU PREVENCIÓN

La incidencia de los riesgos de carácter psicosocial puede ser mayor en el colectivo de los trabajadores con discapacidad que en la población general^{78, 79}, y pueden afectar de manera significativa en la percepción de su satisfacción y su calidad de vida laboral^{70, 80}.

En este ámbito específico apenas se han formulado modelos ni se han realizado estudios con muestras significativas. Recientemente, Jenaro y Flores⁸¹ han propuesto un modelo que supone una primera aproximación al análisis de la calidad de vida laboral de las personas con discapacidad. A partir del conocido modelo de *demandas-recursos en el trabajo*^{82, 83}, predicen que la percepción de desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles genera estrés (como principal riesgo psicosocial) y supone una disminución de la calidad de vida laboral percibida, lo que tienen consecuencias tanto para el individuo –afectando a su bienestar y salud física y psicológica, su satisfacción laboral y sus relaciones sociales, dentro y fuera del contexto de trabajo– como para la organización –que se traduce en un descenso de la productividad y la calidad de los resultados de tarea y en un incremento del absentismo–. En un estudio realizado con trabajadores con discapacidad intelectual⁸⁴, pertenecientes a centros especiales de empleo y programas de apoyo, los resultados mostraron que el grado de equilibrio entre las demandas procedentes de las características y la organización del trabajo, de las relaciones con compañeros y supervisores y de los factores derivados de la cultura y el clima, en interacción con los recursos disponibles, tanto personales como contextuales, para afrontarlas es un antecedente clave en la experiencia de estrés y en la consiguiente disminución de la satisfacción y la percepción de calidad de vida laboral.

En un estudio posterior⁸⁵ el análisis se ha ampliado a la evaluación de otros riesgos psicosociales, en este caso el *burnout* o *síndrome de estar quemado*, y la consideración de otros factores positivos implicados en la percepción de calidad de vida laboral, como el *engagement* o la *vinculación personal* con el trabajo, mostrando que los trabajadores con discapacidad están expuestos a riesgos psicosociales como los mencionados en igual medida que la población general, y que el modelo *demandas- recursos en el trabajo* resulta un marco conceptual adecuado para el análisis y la prevención de estos procesos.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo establece una serie de recomendaciones específicas para la prevención de riesgos en los trabajadores con discapacidad⁸⁶. En primer lugar, recomienda tener en cuenta las diferencias individuales de los trabajadores, evitando las generalizaciones y las suposiciones acerca de los riesgos para la salud y la seguridad asociados a una discapacidad determinada. En concreto, sugiere lo siguiente:

- identificar grupos de trabajadores que podrían correr un mayor riesgo;
- realizar una evaluación específica de los riesgos que corren, teniendo en cuenta tanto la naturaleza y alcance de la discapacidad como el entorno de trabajo;
- tener en cuenta las capacidades específicas de las personas a la hora de planificar el trabajo; los trabajadores con discapacidad suelen tener habilidades especiales, que no deberían desperdiciarse debido a unas condiciones de trabajo mal o insuficientemente adaptadas;
- consultar a las personas implicadas durante el proceso de evaluación de riesgos, y consultarlas acerca de sus percepciones y experiencias concretas;
- solicitar asesoramiento cuando sea necesario; por ejemplo, a las autoridades y servicios de seguridad y salud en el trabajo, a los expertos en salud ocupacional y en ergonomía, y a los servicios de empleo para personas con discapacidad o las organizaciones de discapacitados.

Además, este organismo aconseja adoptar las medidas pertinentes dirigidas a la prevención de riesgos en al menos los siguientes aspectos: entorno de trabajo (accesibilidad, condiciones ambientales, soporte técnico), colocación de señales, comunicación (información adaptada sobre prevención de riesgos), organización del trabajo y de las tareas, horario de trabajo, formación y supervisión, promoción y traslado, y procedimientos de emergencia adaptados a todos los tipos de discapacidad. Adicionalmente, la Agencia recomienda la consulta a los trabajadores, una práctica aún más relevante en este caso que en el de los trabajadores sin discapacidad, así como la formación en materia de igualdad que permita la prevención y detección de posibles actitudes y conductas de discriminación en los lugares de trabajo, un aspecto especialmente importante en el caso de los riesgos de carácter psicosocial.

Un aspecto que requiere atención específica es el relativo a la prevención de todo tipo de acoso en el trabajo –*mobbing*, sexual, etc.– dirigido hacia las personas con discapacidad, así como al establecimiento de mecanismos de detección y de sanción eficaces cuando se produzcan. Este colectivo puede ser más vulnerable aún que el de los empleados sin discapacidad a este tipo de comportamientos de abuso, de hostigamiento y de daño psicológico o moral, y es posible que carezca tanto de habilidades para detectarlo como de estrategias de afrontamiento eficaces, por lo que resulta ineludible para los responsables de la organización, los supervisores y los compañeros la adopción de medidas que prevengan este tipo de riesgo psicosocial. Por ejemplo, un reciente estudio realizado en el sector público en el Reino Unido⁸⁷ ha mostrado cómo el propio proceso de ajuste y de adaptación al puesto de trabajo de las personas con discapacidad puede convertirse en una experiencia de acoso por parte del responsable o supervisor y derivar en estrés y en mala salud de los empleados a pesar de que les asistan derechos legales y los trabajadores estén obligados a adoptar las medidas de adaptación exigidas por la ley.

Por último, quisiéramos destacar un aspecto acerca del que no conocemos que se hayan realizado estudios específicos, como es el de los trabajadores de edad y la *anticipación* de algún tipo de posible discapacidad, salvo en sus aspectos preventivos para la salud general⁸⁸ y la evaluación de su capacidad funcional⁸⁹. En el caso específico al que nos referimos, se trata de posibles riesgos para el bienestar y la salud de personas actualmente sin discapacidad, pero cuya edad les sitúa ante la posibilidad de desarrollar o adquirir una discapacidad en un futuro más o menos cercano, como puede ser reducción o pérdida de movilidad total o parcial, reducción de capacidades sensoriales o cognitivas, etc. Estos trabajadores pueden ser mucho más vulnerables a riesgos de carácter psicosocial (estrés, acoso, tensión y sobrecarga de trabajo) debido a su condición de *posible* o *probable* empleado con discapacidad, lo que puede presionarles a cambiar de trabajo, abandonar la organización o aceptar ofertas de jubilación o retiro laboral anticipado en contra de su voluntad, o al menos bajo condiciones de pérdida de control y experiencias de indefensión antes situaciones laborales aversivas, como hemos comprobado en estudios realizados con trabajadores de edad y salida anticipada del mercado laboral⁹⁰. En este sentido, los modelos teóricos y la literatura sobre reestructuraciones y reducciones de plantilla –*downsizing*– pueden contribuir al análisis de este tipo específico de riesgos psicosociales y de discriminación laboral que combinan en su objetivo la edad con la (anticipada) discapacidad, y que creemos que pueden tener a su vez importaciones repercusiones considerando las diferencias de género y las diferencias ocupacionales en distintos sectores de actividad.

CONCLUSIONES

El denominado *mercado accesible* de la década de 1990, que permitió y facilitó un significativo incremento en el acceso de las personas con discapacidad al mercado laboral integrado, ha sido objeto en los primeros años del siglo XXI de importantes desafíos, turbulencias e incertidumbres⁶¹, que se han agravado con la actual crisis presupuestaria, financiera y económica global.

Esta situación externa, pero que afecta a las políticas y prácticas organizacionales concretas en buena parte de los países, viene a sumarse a las barreras y dificultades que a pesar de los indudable avances logrados en las dos últimas décadas aún persisten y que dificultan o retrasan la plena normalización de las personas con discapacidad en el mercado laboral¹³. Aunque los datos disponibles no son completamente fiables, la realidad es

31. Gilbride D, Stensrud R, Vandergoot D, Golden K. Identification of the characteristics of work environments and employers open to hiring and accommodating people with disabilities. *Rehabilitation Couns Bull* 2003; 46 (3): 130-137.
32. Schur L, Kruse D, Blanck P. Corporate culture and the employment of persons with disabilities. *Beh Sci & Law* 2005; 23 (special issue): 3-20. doi: 10.1002/bsl.624
33. Triana MC, García MF, Colella A. Managing diversity: how organizational efforts to support diversity moderate the effects of perceived racial discrimination on affective commitment. *Personnel Psychology* 2010; 63 (4): 817-843.
34. Cubero CG. Situational leadership and persons with disabilities. *Work* 2007; 29: 351-356
35. Cesare SJ, Tannenbaum RJ, Dalessio A. Interviewers' decisions related to applicant handicap type and rater empathy. *Human Performance* 1990; 3: 157-171.
36. Jones BJ, Gallagher BJ, Kelley JM, Massari LO. A survey of Fortune 500 corporate policies concerning the psychiatrically handicapped. *J Rehabilitation* 1991; 57: 31-35.
37. Macan TH, Hayes TL. Both sides of the employment interview interaction: Perceptions of interviewers and applicants with disabilities. *Rehabilitation Psych* 1995; 40: 261-278.
38. Schweitzer NJ, Deely J. Interviewing the disabled job applicant. *Personnel Journal* 1982; 61: 205-209.
39. Fundación ONCE y Fundación MANPOWER. *Perspectivas del mundo empresarial, respecto a la contratación de personas con discapacidad*. [Informe]. Madrid: Autor; 2008.
40. Scherbaum Ch. A, Scherbaum KL, Popovich P. Predicting job-related expectancies and affective reactions to employees with disabilities from previous work experience. *J App Soc Psych* 2005; 35 (5): 889-904.
41. McFarlin DB, Song J, Sonntag M. Integrating the disabled into the work force: A survey of Fortune 500 company attitudes and practices. *Employee Responsibilities & Rights J* 1991; 4: 197-123.
42. Sayce L. Beyond goods intentions. Making anti-discrimination strategies work. *Disability & Society* 2003; 18: 625-642.
43. Link BG, Phelan JC. On the nature and consequences of stigma. *Annual Review of Sociology* 2001; 27: 363-385.
44. McLaughlin ME, Bell MP, Stringer DY. Stigma and acceptance of persons with disabilities. Understudied aspects of workforce diversity. *Gr & Org Manag* 2004; 29: 302-333.
45. Berry JO, Meyer JA. Employing people with disabilities: Impact of attitude and situation. *Rehabilitation Psych* 1995; 40: 211-222.
46. Crudden A, McBroom LW. Barriers to employment: A survey of employed persons who are visually impaired. *J Visual Impairment & Blindness* 1999; 93: 341-350.
47. Havranek JE. The social and individual costs of negative attitudes toward persons with physical disabilities. *J App Rehabilitation Couns* 1991; 22:15-21.
48. Lawthom R. Against all odds: Managing diversity. En N. Chmiel ed., *Introduction to Work and Organizational Psychology: A European Perspective*, pp. 387-406. Oxford: Blackwell; 2000.
49. Thomas A. The multidimensional character of biased perceptions of individuals with disabilities. *J Rehabilitation* 2001; 67: 3-9.
50. Jones G E, Stone DL. Perceived discomfort associated with working with persons with varying disabilities. *Perc & Motor Skills* 1995; 81: 911-919.
51. Livneh H. On the origin of negative attitudes toward people with disabilities. *Rehabilitation Literature* 1982; 43: 338-347.
52. Popovich P, Scherbaum Ch. A, Scherbaum K L, Polinko N. The assessment of attitudes towards individuals with disabilities in the workplace. *J of Psychology* 2003; 137: 163-177.
53. LaRocco JM, House JS, French JRP. Social support, occupational stress, and health. *J Health Social Behav* 1980; 21: 202-218.
54. Eisenberger R, Huntington R, Huntington S, Sowa D. Perceived organizacional support. *J App Psych* 1986; 71: 500-507.
55. Beehr TA, Jex SM, Stacy BA, Murray MA. Work stressors and coworker support as predictors of individual strain and job performance. *J Organ Behav* 2000; 21: 391-405.
56. Storey K. A review or research on natural support interventions in the workplace for people with disabilities. *International J Rehabilitation Research* 2003; 26: 79-84.
57. Chadsey JG. Promoting social relationships in employment settings through natural support strategies. *Giornale Italiano delle Disabilita* 2004; 4: 11-21.
58. Cимера RE. Utilizing co-workers as natural supports. *J Disability Policy Studies* 2001; 11: 194-201.
59. Murphy ST, Rogan PM. *Developing Natural Supports in the Workplace: A Practitioner's Guide*. St Augustine: Training Resource Network; 1994.
60. Storey K, Certo N J. Natural supports for increasing integration in the workplace for people with disabilities: a review of the literature and guidelines for implementation. *Rehabilitation Couns Bull* 1996; 40: 62-76.
61. Bricourt JC. Partnering with the 21st century workplace: Leveraging workplace ecology. *Work: J Prevention, Assessment & Rehabilitation* 2003; 21: 45-56.
62. Butterworth J, Hagner D, Kielnan W E, Schalock R L. Natural supports in the workplace and community: defining an agenda for research and practice. *J Association Persons Severe Handicaps* 1996; 21:103-113.
63. Jenaro C, Mank D, Bottomley J, Doose S, Tuckerman P. Supported employment in the international context: An analysis of processes and outcomes. *J Vocat Rehabilitation* 2002; 17: 5-21.
64. McHugh SH, Storey K, Certo NJ. Training job coaches to use natural support strategies. *J Vocat Rehabilitation* 2002; 17: 155-163.
65. Chadsey J, Beyer S. Social Relations in the Workplace. *Mental Retar & Develop Disabilities* 2001; 7: 128-133.
66. Beehr TA, Drexler JA. Social support, autonomy, and hierarchical level as moderators of the role characteristics-outcome relationship. *J Occupat Behav* 1986; 7: 207-214.
67. Chiaburu D, Harrison D. Do peers make the place? Synthesis and metaanalysis of co-worker effects on perceptions, attitudes, OCBs and performance. *J App Psych* 2008; 93: 1082-1103.
68. Ng TW, Sorensen KL. Toward a further understanding of the relationships between perceptions of support and work attitudes: A meta-analysis. *Gr & Org Manag* 2008; 33: 243-268.
69. Verdugo MA, Jordán de Urries FB. Investigación sobre características del empleo con apoyo y resultados en diferentes variables. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urries, coords., *Hacia la integración plena mediante el empleo*. Actas del VI Simposio Internacional de Empleo con Apoyo. Publicaciones del INICO; 2002.
70. Flores N, Jenaro C, Orgaz MB, Martín MV. Understanding quality of working life of workers with intellectual disabilities. *JARID* 2011; 24: 133-141.
71. Pérez V, Alcover CM. Apoyo social, satisfacción laboral y abandono en trabajadores con discapacidad. *Boletín de Psicología* 2011; 102: 23-41.
72. Carlson DS, Kacmar KM, Wayne JH, Grzywacz JG. Measuring the positive side of the work-family interface: Development and validation of a work-family enrichment scale. *J Vocational Behav* 2006; 68: 131-164.
73. Greenhaus J H, Powell GN. When work and family are allies: A theory of work and family enrichment. *Acad of Manag J* 2006; 31: 72-92.
74. Viswesvaran C, Sanchez JI, Fisher J. The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *J Vocational Behav* 1999; 54: 314-334.
75. Jenaro C, Flores N, Arias B. Burnout and Coping in Human Service Practitioners. *Prof Psych: Res & and Prac* 2007; 38: 80-87.
76. Kowalski C, Driller E, Ernstmann N, Alich S, Karbach U, Ommen O, et al. Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developmental Disab* 2009; 31: 470-479.
77. Mutkins E, Brown, RF, Thornsteinsson E B. Stress, depression, workplace and social supports and burnout in intellectual disability support staff. *J Intellect Disab Research* 2011; 55: 500-510.
78. Lunsky Y, Bramston P. A preliminary study of perceived stress in adults with intellectual disabilities according to self-report and informant ratings. *J Intellect & Developmental Disab* 2006; 31: 20-27.
79. Merz MA, Bricout J, Kock L. Disabilities and job stress: implications for vocational Rehabilitation planning. *Work: J Prevent Assessment Rehabilitation* 2001; 17: 85-96.
80. Verdugo MA, Jordán de Urries B, Jenaro C, Caballo MC, Crespo M. Quality of life of workers with an intellectual disability in supported employment. *J App Research Intellect Disab* 2006; 19: 309-316.
81. Jenaro C, Flores N. Evaluación de la Calidad de Vida Laboral de trabajadores con discapacidad intelectual en empleo protegido: salud y riesgos psicosociales. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
82. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: State of the art. *J Manag Psych* 2008; 22: 309-328.
83. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli W B. The Job Demands-Resources model of burnout. *J App Psych* 2001; 86: 499-512.
84. Jenaro C, Flores N, Caballo C, Arias B, De Elena J. Demandas y riesgos psicosociales en trabajadores con discapacidad intelectual. *Comunicación e Ciudadanía* 2006; 2: 1-21.
85. Flores N, Jenaro C, González-Gil F, García-Calvo PM. Análisis de la calidad de vida laboral en trabajadores con discapacidad. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria, Revista de Servicios Sociales* 2010; 47: 95-107.
86. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores con discapacidad. Factsheet, nº 53. Disponible en URL: <http://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/53>

- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0950080407000880>
87. Foster D. Legal obligation or personal lottery? Employee experiences of disability and the negotiation of adjustments in the public sector workplace. *Work, Employ & Soc* 2007; 21: 67-84.
 88. Gimm G, Ireys H, Gilman B., Croake S. Impacto of early intervention programs for working adults with potentially disabling conditions: Evidence from the national DMIE. *J Vocat Rehabilitation* 2011; 34: 71-78.
 89. León B. de, Díaz S. Revisión bibliográfica de la capacidad funcional en trabajadores de más de 65 años. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2011; 57: 63-76.
 90. Alcover CM, Crego A. Factores implicados en la decisión de retiro laboral temprano: aproximaciones desde el análisis del discurso de una muestra de prejubilados españoles. *Rev de Psic Soc Aplic* 2005; 15: 133-163
 91. Taylor H. Conflicting trends in employment of people with disabilities 1986-2000. *The Harris Poll* 2000; 59.
 92. Bromet ES, Growick B. Telework: A new frontier in vocational Rehabilitation. *J App Rehabilitation Couns* 2001; 32: 19-24.
 93. Blakwell TL, Leierer SJ, Haup, S, Kampitsis A. Predictors of vocational Rehabilitation return-to-work outcomes in workers' compensation. *Rehabilitation Couns Bull* 2001; 46: 108-114.
 94. Martz E, Schiro-Geist C, Broadbent ED, Crandall LA. Predicting employment outcomes of individuals with disabilities: Attitudes and perceived barriers to work. *J Appl Rehabilitation Couns* 2010; 41: 36-41.

Salud laboral y bienestar. Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo

Occupational health and well-being: incorporation of positive models to the understanding and the prevention of psychosocial risk

Eva Garrosa Hernández, Isabel Carmona Cobo

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Correspondencia:

Eva Garrosa Hernández
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Madrid
C/ Ivan Pavlov, 6
Ciudad Universitaria de Cantoblanco
28049 Madrid, España.
Tfno.: +34 914973384
E-mail: eva.garrosa@uam.es

Resumen

Las variables de personalidad positiva del trabajador tienen una función decisiva en el desarrollo de los recursos personales que ayudan a los trabajadores a orientarse a la salud y el bienestar, y al óptimo desarrollo laboral. Desde esta perspectiva, se trata de exponer algunas de las teorías más representativas que intentan ofrecer una aproximación y explicación de los mecanismos implicados e intervinientes.

Potencialmente, se pretende explorar y ofrecer un recorrido sobre cómo los aspectos positivos organizacionales y personales pueden tener una vinculación concluyente con la productividad, creatividad, y calidad del trabajo realizado, esto es, con los resultados organizacionales. Desde esta configuración, se va más allá de la clásica línea de prevención de los riesgos laborales y se intenta comprender cuáles son los factores organizacionales, laborales y personales que promueven la salud y el bienestar en las organizaciones, tanto para los trabajadores como para los usuarios del servicio prestado. Por último, se muestran algunos ejemplos que desde estas perspectivas pueden contribuir en la realización de buenas prácticas laborales.

Palabras clave: *bienestar, emociones positivas, engagement, personalidad positiva, recursos personales, salud laboral.*

Abstract

Workers' positive personality variables have a crucial role in the development of personal resources which help workers to provide guidance to health and well-being, and optimum employment development. From this perspective we have exposed some of the most representative theories that try to offer an approximation and explanation of the mechanisms involved.

Potentially, we aim to explore and offer a general view on how organizational and personal strengths may have a conclusive linkage with productivity, creativity, and quality of work, that is, with the organizational results. From this configuration, we go beyond the classic line of occupational risks prevention trying to understand the organizational, work and personal factors that promote health and well-being in organizations, both for workers and the users of the service provided. As a final point, some examples are discussed which can help in the realization of good labour practices.

Keywords: *well-being, positive emotion, engagement, positive personality, personal resources, occupational health.*

INTRODUCCIÓN

La salud laboral desde la perspectiva de la psicología, también ha sido influida por la emergencia de la psicología positiva¹ en el sentido de tratar de buscar y comprender cuáles son las variables personales y recursos que conseguirían una mayor adaptación, salud y bienestar para los trabajadores. Las variables de personalidad positiva del trabajador activarían los recursos personales que ayudan a los trabajadores a orientarse a la salud y el bienestar, y al óptimo desarrollo laboral.

Al mismo tiempo, también se ha producido una aproximación con los modelos de la Psicología Organizacional Positiva preocupada por conocer en qué medida los aspectos positivos organizacionales pueden tener una implicación decisiva a nivel de productividad, creatividad, y calidad del trabajo realizado, esto es, en los resultados organizacionales. De buena parte de la combinación de estas perspectivas surge lo que a nivel internacional se ha denominado como *Positive Occupational Health Psychology* (POHP)².

Desde esta configuración, se va más allá de la clásica línea de prevención de los riesgos laborales (p.ej., estrés y *burnout*) y se trata también de conocer cuáles son los factores organizacionales, laborales y personales que promueven la salud y el bienestar en las organizaciones, tanto para los trabajadores como para los usuarios del servicio prestado.

Una concepción errónea de este enfoque sería centrarse exclusivamente en fomentar o desarrollar las variables del trabajador que le pueden ayudar a nivel de resistencia en las condiciones adversas laborales, sin realizar cambios organizacionales necesarios. Desde esta perspectiva se pretende desarrollar contextos laborales positivos donde el respeto y las conductas cívicas sean la norma, así como generar posibilidades de desarrollo profesional y entornos amigables donde el trabajador pueda conciliar en mayor medida su vida laboral y personal. En definitiva, un entorno laboral saludable.

Al mismo tiempo, las variables personales positivas ayudan a favorecer este entono saludable laboral y desarrollar soluciones creativas frente a los problemas laborales. En el caso de que el trabajador esté sufriendo un entorno tóxico de trabajo, estas variables personales le ayudarán a afrontar mejor la situación y le pueden ayudar a resolver el problema desde una perspectiva realista, con la valoración de si conveniente seguir en este entorno o si se pueden conseguir cambios significativos de otro modo.

EMOCIONES POSITIVAS, SALUD Y BIENESTAR LABORAL

Desde los modelos de emociones positivas, el modelo de Barbero-Ferrández³ propone, con la teoría de emociones positivas de

Dentro de los modelos de emociones positivas, es el modelo de Barbara Fredrickson que propone con la teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas, que contribuyen al crecimiento y el desarrollo de la persona, también tiene implicaciones en el medio laboral. Los contextos laborales donde las emociones negativas son frecuentes (p.ej., la ira o la ansiedad) limitan el repertorio pensamiento-acción del trabajador, y entre otras consecuencias, su creatividad y desarrollo eficaz. De manera opuesta, las emociones positivas amplían este repertorio, ofreciendo la oportunidad de desarrollar recursos personales duraderos, que a su vez, ofrecen la posibilidad de crecimiento personal mediante la creación de espirales positivas o adaptativas de emoción, cognición y acción, con el consecuente desempeño laboral sobresaliente. Por ejemplo, la alegría genera un clima laboral positivo, fortalece las redes sociales de apoyos laborales, el trabajo en equipo, la creatividad y la resolución creativa de los problemas laborales, la productividad y el bienestar del trabajador.

Las emociones que sienten los trabajadores son una parte muy importante del bienestar laboral, ya que son necesarias para fomentar la salud en las organizaciones, influyendo en el clima laboral positivo, en la calidad del trabajo que se realiza y en el servicio prestado. Las emociones positivas tienen una influencia importante sobre la motivación, la creatividad y el rendimiento en la tarea del trabajador⁴.

Los profesionales se benefician de las emociones positivas, ya que éstas influirán de manera importante en la organización, generando un clima laboral positivo y contribuyendo en las relaciones interpersonales, generando entornos cívicos y amigables, donde la cooperación y el trabajo en equipo son productivos. Igualmente, este entorno permite cambios constructivos y mejora continua de las condiciones adversas a través por ejemplo, de programas psicoeducativos. Los trabajadores pueden diferenciar las condiciones laborales que no son óptimas para el bienestar, y este proceso de crítica constructiva posibilita un continuo cambio y mejoría en la dirección de la salud laboral y el bienestar.

Equivalentemente, es importante que el profesional sea sensible a las emociones de los clientes/usuarios y compañeros para manejar adecuadamente las situaciones de conflictos interpersonales y de regulación emocional, que se derivan de las situaciones cotidianas laborales, especialmente en las profesiones asistenciales. Estos elementos pueden prevenir también las situaciones de agresión laboral, ya que de esta manera se rompe la espiral de agresión que suele darse entre las conductas incívicas y que pueden llevar a situaciones de agresión continua y entorno laborales tóxicos⁵.

Por lo tanto, son importantes las investigaciones que han demostrado los efectos de las emociones positivas a nivel de prevención de riesgos laborales⁶, motivacional y de las acciones eficaces y la productividad asociada⁷, el aumento de la creatividad^{8, 9}, una mayor flexibilidad cognitiva y mayor apertura a las nuevas experiencias¹⁰, desarrollo de feedback constructivo y mayor pensamiento crítico¹¹. A nivel interpersonal, las emociones positivas generan un sentimiento de mayor vinculación con los otros¹², actitudes cívicas y empatía¹³ lo que sin duda contribuye a entornos laborales positivos y al bienestar del trabajador.

ENGAGEMENT

Otro de los modelos más influyentes en POHP para explicar el bienestar laboral, ha sido el modelo de demandas y recursos laborales¹⁴⁻¹⁸ que especifica cómo los trabajadores pueden orientarse y conseguir el bienestar laboral a través de la equilibrada interacción de las demandas y los recursos laborales. Las demandas laborales se refieren a los aspectos físicos y psicosociales de la organización que requieren un importante esfuerzo, y coste físico y psicológico (p. ej., emocional, cognitivo y conductual) por parte del trabajador¹⁹.

Los recursos laborales son aspectos del trabajo que permiten hacer frente a las demandas laborales y además facilitan el desarrollo personal y profesional, así como el aprendizaje de nuevos recursos y nuevas capacidades de perfeccionamiento y progreso^{20, 6}. Desde esta perspectiva, las demandas laborales y los recursos estarían negativamente relacionados, así, las demandas laborales como el estrés, las demandas emocionales de la interacción con pacientes movilizan recursos personales^{15, 17}. No obstante, los recursos personales no son una fuente inagotable y en este sentido la organización debe posibilitar recursos de apoyo al trabajador, por ejemplo, para que pueda llevar a cabo procesos de recuperación.

El modelo de demandas y recursos laborales (JD-R model)¹⁷ sugiere dos procesos psicológicos interrelacionados. Concretamente, las demandas del trabajo (p. ej., estrés de rol) suponen un importante agotamiento de los recursos emocionales del trabajador que puede extenuarlo y llevarlo a la situación de agotamiento emocional^{15, 21}. De manera contraria otros recursos personales orientan al trabajador a un proceso energético, un estado motivacional positivo, denominado *engagement*. Desde esta perspectiva los recursos organizacionales y personales están vinculados al *engagement* y los resultados positivos en las organizaciones, como el bienestar laboral¹⁸.

Así, dentro de los modelos de bienestar laboral, donde los trabajadores se muestran conectados psicológicamente con su trabajo, surge el modelo de *engagement*, que comprende una visión contemporánea de las organizaciones donde los trabajadores se encuentran vinculados a su rol profesional, y que genera conductas proactivas y de compromiso con la realización del trabajo. Los trabajadores con *engagement* manifiestan energía y dedicación en su trabajo²². Las investigaciones han demostrado que *engagement* está relacionado con una buena realización laboral^{23, 24}, satisfacción de los clientes²⁵, beneficios económicos para las empresas²⁶ y bienestar laboral⁶.

Engagement con frecuencia se ha definido como un sentimiento positivo relacionado con el trabajo, que implica un estado de bienestar psicológico caracterizada por vigor, dedicación y absorción^{27, 28}. En definitiva la definición recoge el sentimiento positivo de estimulación y energía que genera el trabajo, que tiene un significado y que genera una completa concentración. Desde este punto de vista, se ha observado que los trabajadores con *engagement* muestran una mayor energía y autoeficacia lo que claramente influye en cómo se perciben las situaciones laborales^{29, 30}. Esta actitud positiva genera un estado de bienestar en el trabajador que le lleva a disfrutar de la tarea que realiza, así como de rol profesional, este sentimiento no suceden en experiencias como la adicción al trabajo donde el profesional pierde la capacidad para disfrutar con el trabajo³¹.

¿Cuáles son los factores que se relacionan con *engagement*? La mayoría de las investigaciones sobre *engagement* se han desarrollado de acuerdo con el modelo de demandas y recursos laborales que se ha definido anteriormente¹⁵ (Job Demands-Resources model) donde se considera que el trabajador haría frente a las exigencias laborales a través de los recursos laborales. Desde este punto de vista, previos estudios han mostrado que los recursos laborales y personales facilitan *engagement*^{32, 22, 33}. Los recursos laborales se refieren a los aspectos del trabajo que ayudan a manejar adecuadamente las demandas laborales, que permiten un óptimo funcionamiento, la consecución de objetivos y estimulan el crecimiento personal¹⁵. Estos recursos son particularmente importantes cuando el trabajo tiene un nivel alto de demandas y los trabajadores tienen que poner en práctica un repertorio importante de estrategias y habilidades³⁴. Algunos ejemplos de estos recursos laborales serían, la autonomía, el apoyo de los compañeros y supervisores, entornos laborales igualitarios y respetuosos, políticas de conciliación vida personal y laboral, etc. Los recursos personales, se refieren a variables vinculadas al propio trabajador que permiten una óptima adaptación con su entorno laboral, y que posibilitan una interacción positiva del trabajador con el medio del trabajo, generando emociones positivas y bienestar laboral.

PERSONALIDAD POSITIVA Y RECURSOS PERSONALES

Igualmente las investigaciones en salud laboral, han avanzado en cuanto a la clásica consideración exclusiva de los modelos tradicionales de la

personalidad o en la focalización limitada en afectividad positiva y negativa para entender el bienestar laboral^{34, 6, 35, 36}. Actualmente, se ha ampliado la perspectiva de estudio sobre los recursos personales y las variables de personalidad positiva implicadas en la salud laboral y en el bienestar, haciendo hincapié en la importancia de las capacidades psicológicas y de resistencia del trabajador para el desarrollo óptimo laboral^{6, 37, 38, 39}.

Este planteamiento ofrece una aproximación a algunos aspectos positivos de los recursos personales, lo que ayuda a nuestra comprensión de los procesos de compromiso para conseguir la salud laboral y el bienestar. Desde este enfoque, los programas dentro de la organización destinados a conseguir un mayor bienestar, deberían también preocuparse por el fortalecimiento de los recursos personales, además de conllevar los respectivos cambios organizacionales. Por ejemplo, aprender a tener una visión optimista, el desarrollo de las competencias emocionales (la expresión verbal de las emociones y la empatía) y habilidades de personalidad resistente (es decir, sentirse con capacidad de control para modificar las condiciones adversas, y considerar que merece la pena invertir esfuerzo en cambiar aquello que genera malestar, así como, aprender a percibir desafíos en las situaciones cambiantes o nuevas).

El enfoque centrado en el fortalecimiento de los recursos personales puede igualmente tener consecuencias positivas en la organización a través del desarrollo de las emociones positivas, la cooperación, la credibilidad, la creatividad, y la puesta en práctica de recursos que ayudan a cambiar la situaciones laborales negativas, y una mayor determinación hacia el bienestar^{40, 41}.

De las variables personales positivas las más vinculadas a la salud laboral han sido el optimismo⁴²⁻⁴⁴, la autoestima⁴⁵⁻⁴⁸, la personalidad resistente⁴⁹⁻⁵¹, la competencia emocional^{52, 53} y la auto-eficacia⁵⁴⁻⁵⁶. No obstante, otras también influyentes han sido el sentido de la coherencia⁵⁷ y el flujo. No hay duda de que estas variables positivas están relacionadas, pero no hay muchos estudios de varias de ellos simultáneamente. Desde esta perspectiva, podríamos hablar de dos modelos que tratan de tener en cuenta de manera conjunta estas variables: el modelo de Capital Psicológico de Luthans, Youssef, y Avolio³⁷ y el modelo de los Recursos Emocionales de Resistencia^{58, 6}.

CAPITAL PSICOLÓGICO

El constructo de Capital Psicológico (Psychological Capital; PsyCap) es considerado como un conjunto de recursos personales que recoge autoeficacia, atribuciones positivas como el optimismo y la esperanza que mantiene la ilusión hacia la consecución de objetivos³⁷. A nivel longitudinal, se ha observado que los trabajadores con variables de PsyCap explican un porcentaje significativo de la varianza en las puntuaciones de *engagement*, y que PsyCap ayuda a controlar las situaciones laborales conflictivas y los trabajadores muestran una mayor orientación al bienestar laboral⁵⁹.

Desde este modelo se insiste en la importancia que tienen para las organizaciones de las relaciones laborales positivas entre la organización y los usuarios, y entre la organización y los trabajadores⁶⁰. Para estos autores el verdadero motor de la salud laboral y el bienestar son los trabajadores y sus actitudes para generar entornos laborales constructivos y amigables, al referirse a los trabajadores, se piensa en todos los niveles profesionales, donde la dirección tiene que mostrar un compromiso para facilitar este bienestar laboral.

Las características específicas que se definen con PsyCap son las siguientes: (1) sentimiento personal de autoeficacia, esto quiere decir que el trabajador se siente capaz de cambiar las situaciones adversas, así como generar entornos de aprendizaje y desarrollo; (2) optimismo, expectativas positivas sobre el futuro y que las cosas se pueden cambiar para mejorar; (3) esperanza, perseverancia hacia las metas, así como cambiar los aspectos o metas según los objetivos personales y (4) resistencia, antes los problemas o adversidades, consiste en no abandonar las metas personales y trabajar en la consecución de los objetivos o reformularlos si fuera necesario³⁷.

En definitiva, según proponen estos autores, estos recursos personales son la clave para conseguir el bienestar y el desempeño laboral sobresaliente, y pueden influir en la capacidad de aprendizaje por parte de los trabajadores.

No obstante, no hay muchos estudios actualmente que demuestren el impacto real de PsyCap, sólo los conducidos por Luthans, Avolio, Avey, y Norman⁶¹ donde los altos niveles de PsyCap fueron relacionados con una mayor productividad y satisfacción laboral. Otros estudios de Luthans, Norman, Avolio y Avey⁶² han demostrado el efecto mediador de PsyCap entre clima organizacional y productividad. De manera adicional, en el estudio de diario de Xanthopoulou, Bakker, Heuven, Demerouti, y Schaufeli⁶³ la productividad está relacionada con la autoeficacia (uno de los componentes de PsyCap) y *engagement*. Igualmente, se ha podido comprobar cómo los Recursos organizacionales (p.ej., autonomía, formación, clima laboral) están relacionados con cambios en la autoeficacia, autoestima y optimismo⁵⁹.

RECURSOS EMOCIONALES DE RESISTENCIA

Desde este modelo se insiste en la importancia del optimismo, la personalidad resistente y la competencia emocional para explicar el bienestar laboral, además de la importancia de las condiciones laborales positivas y el control de los factores de riesgo. El optimismo ha sido descrito como una actividad relacionada con la consecución de objetivos, expectativas positivas, y la autorregulación⁶⁴. Desde esta perspectiva, el optimismo ayuda en la autorregulación y la planificación del futuro para gestionar los obstáculos y conseguir los objetivos. Igualmente el optimismo se relaciona con la confianza en que, a pesar de los obstáculos, el comportamiento persistente puede conseguir la realización de objetivos⁶⁵.

Las personas optimistas se caracterizan por no vencerse ante la adversidad, y por tener una mayor flexibilidad cognitiva, esta visión positiva puede ayudar a tener un repertorio más amplio de solución de problemas. Son importantes los resultados de optimismo y una mayor vinculación con la realización personal y a un menor desgaste^{42, 43, 44, 66}. Las personas optimistas planifican las situaciones difíciles⁶⁷, son más persistentes⁶⁸ y tienen una perspectiva más flexible ante las situaciones de estrés⁶⁹. Igualmente, algunas investigaciones relacionan el optimismo con una mayor satisfacción laboral y compromiso organizacional⁷⁰⁻⁷².

La personalidad resistente ha sido entendida como una forma distintiva y activa de la comprensión de una persona con los demás, con los objetivos, con las situaciones cambiantes y con las situaciones laborales difíciles^{6, 73, 74}. Este modelo de personalidad positiva se compone de tres variables⁷⁵: el compromiso se refiere a la participación en la vida y a la implicación en los aspectos relevantes para la vida de la persona, el control está relacionado con el reconocimiento de la influencia sobre los acontecimientos, especialmente en la situación adversa, y el desafío o reto es la orientación al cambio, a la búsqueda de situaciones y soluciones alternativas.

Actualmente, se han propuesto dos mecanismos para explicar el efecto de la personalidad resistente: una percepción más optimista de los acontecimientos^{76, 77} y el uso de determinadas estrategias de afrontamiento más centrado en la búsqueda de solución al problema y la reformulación de los acontecimientos y sus consecuencias^{78, 79}. Según Ford-Gilboe y Cohen⁸⁰, la forma de afrontamiento de los individuos con personalidad resistente consiste en la transformación de los acontecimientos estresantes directamente o si esto no fuera posible, cambiar la percepción de las situaciones. Esta forma de realización puede movilizar distintos recursos para el perfeccionamiento y mejora de las condiciones laborales. Otra acción complementaria es la práctica de hábitos saludables (p.ej., utilizar el ejercicio físico en situaciones de estrés). una consecuencia de las

creencias sobre la responsabilidad de la salud y la felicidad, también en las organizaciones.

La personalidad resistente se asocia de manera positiva con la efectividad organizacional⁸⁰⁻⁸³ y negativamente con el *burnout* o desgaste profesional^{53, 66}.

La competencia emocional se refiere a las habilidades necesarias en las interacciones socio-emocionales⁸⁴ y en el respeto a los compañeros y usuarios en las relaciones del día a día. En el contexto de trabajo, la competencia emocional implica un manejo de las emociones, teniendo en cuenta los valores morales y éticos, donde la cooperación y la ayuda mutua forman parte del trabajo en equipo de manera natural, y los valores profesionales son valorados.

De acuerdo con Saarni, la competencia emocional tiene consecuencias muy apreciables en el comportamiento: la habilidad para manejar las propias emociones con las estrategias de afrontamiento adaptativas, la sensación de bienestar subjetivo facilitado por la existencia de valores morales y éticos, y la fortaleza ante situaciones adversas. Estas consecuencias han sido confirmadas en contextos personales, sociales, y en el lugar de trabajo^{85, 86, 87, 88, 89, 6, 90, 91}.

BUENAS PRÁCTICAS ORGANIZACIONALES E INDIVIDUALES QUE FOMENTAN LA SALUD LABORAL Y EL BIENESTAR

En definitiva, de acuerdo a estos modelos planteados se proponen una serie de buenas prácticas que tienen por objetivo, orientarse a la salud y al bienestar laboral, a través de la interacción y el equilibrio de cambios positivos organizacionales y en el desarrollo de los recursos saludables y positivos por parte del trabajador. Las intervenciones centradas en la interacción del contexto laboral y el individuo entienden la salud laboral y el bienestar como fruto de la relación del trabajador y el medio laboral. Entre otros factores, se trataría de mejorar las condiciones laborales, los recursos del trabajador y la forma de afrontamiento ante las situaciones de malestar laboral, todo ello de una manera integrada.

Entre los principales factores psicosociales que deben seguir este planteamiento, es decisiva la **cultura organizacional saludable**; así, las organizaciones óptimas, son aquellas que comparten valores y comportamientos éticos. Desde este punto de vista, las organizaciones no son simples estructuras severas de funcionamiento, sino que las organizaciones tienen su singularidad y unos valores que las identifican. Cuando la organización es saludable transmite a sus trabajadores un ambiente sano que se caracteriza por valores éticos, emociones positivas como el compañerismo, un estilo de trabajar cooperando y con profesionalidad, que fomenta las relaciones sociales y el apoyo mutuo.

Desde esta perspectiva, la cultura puede fomentar los aspectos positivos en los trabajadores como el apoyo social, el respeto por la singularidad y diversidad, la autonomía, la ética, etc. Sin embargo, existen igualmente culturas organizacionales tóxicas que pueden dar lugar a disfunciones organizacionales o ser principio de problemas o conductas hostiles y de discriminación para los trabajadores que puede fomentar patologías laborales como el acoso psicológico, sexual, etc.

De manera contraria, la cultura de respeto y saludable, contribuye a generar un **clima laboral positivo**, que consiste en la satisfacción con las relaciones interpersonales. La importancia de las relaciones emocionales, en la medida que exista un entorno amistoso de trabajo, las relaciones se establecerán de una forma más segura y positiva. Las organizaciones con un clima negativo de trabajo fomentan emociones hostiles y entornos poco amistosos, donde se pueden favorecer situaciones de estrés y conductas violentas.

Evitar el estrés de rol, otra disfunción importante y frecuente en las organizaciones que viene determinada por las situaciones de conflicto y ambigüedad de rol. Estas características negativas generan situaciones que se relacionan con el estrés y las sobrecarga lo que se afecta a la probabilidad de sufrir en mayor medida riesgos psicosociales (p.ej., desgaste profesional, conflictos interpersonales, etc.). La **clarificación de roles** permite una sensación de control por parte del trabajador, así como evitar situaciones de ambigüedad derivadas por la escasa clarificación de funciones. Igualmente, es importante la posibilidad de tener unas condiciones de trabajo que eviten la sobrecarga con una distribución más equitativa del trabajo y en relación a los recursos del trabajador.

El **liderazgo**, supone un manejo adecuado de las habilidades de comunicación, motivación, resolución de conflictos y desarrollo de equipos, pero tales funciones no resultan efectivas sin una buena interacción con los miembros del equipo y los objetivos éticos de las organizaciones. Un liderazgo ético, eficaz y atento a las normas y valores positivos de la organización puede evitar problemas graves en las organizaciones, como las situaciones de agresión laboral (p.ej., acoso psicológico y sexual). Cuando en la organización hay un liderazgo flexible y eficaz, la organización es más competente para aplicar los valores éticos y de respeto mutuo, así como orientarse al bienestar y la felicidad.

La organización está compuesta por personas, desde este punto de vista el **apoyo social por parte de la organización**, es el elemento más relevante para buscar soluciones en las situaciones problemáticas. Si los trabajadores cuentan con apoyo social por parte de la organización, tienen una menor probabilidad de experimentar patologías laborales. Ante un problema laboral, es fundamental para el trabajador que pueda contar con el reconocimiento y la ayuda mutua. Así, se produce una estrategia de solución de problemas compartidos, donde no se generan estrategias de evitación que pueden llevar al desarrollo de espirales negativas o activar situaciones de violencia o agresión. De la misma manera, el contacto social favorece las relaciones de amistad y reduce los sentimientos de soledad. La pertenencia al grupo hace posible el establecimiento y consecución de metas que no podrían ser conseguidas por un solo individuo. Desde esta perspectiva una organización que fomenta el apoyo social, es fuente de satisfacción, se produce una comunicación fluida y genera sentimientos de pertenencia, socialización y que, además, pueden ser factores de protección de situaciones estresantes.

La **participación** es un elemento muy importante de mejora. Contribuye a la formación y al crecimiento personal de quienes participan, puesto que implica el uso de técnicas de resolución de problemas, análisis de las situaciones, buscar alternativas, trabajar en equipo, mejorar la comunicación, etc. La participación también está muy vinculada al **desarrollo profesional** en términos de competencias, hasta qué punto la organización posibilita la puesta en práctica de las habilidades o competencias del trabajador. Un trabajo que posibilita el desarrollo personal y profesional debe permitir al trabajador sentir que su trabajo sirve para algo, que tiene una utilidad en el conjunto del proceso en el que se desarrolla y también para la sociedad en general. Además debe ofrecerle la posibilidad de aplicar y desarrollar sus conocimientos y capacidades, así como descubrir nuevas experiencias y posibilidades.

PRACTICAR LOS RECURSOS EMOCIONALES DE RESISTENCIA

El entrenar los recursos personales de resistencia se plantea dentro de un contexto laboral, donde los recursos de los individuos juegan un papel fundamental, por lo que se presta especial atención a las habilidades positivas personales que estarían relacionadas con el bienestar en las organizaciones. Tal y como se ha comentado, los *recursos emocionales de resistencia* delimitan un conjunto de variables relevantes para conocer y predecir las fuentes de resistencia a las patologías psicosociales. Así, incluye la personalidad resistente, el optimismo y la competencia emocional.

El desarrollo de este constructo parte de una concepción de la personalidad como un sistema de procesos cognitivos, emocionales y conductuales que interactúan entre sí, cambiándose consecutivamente, pero que también mantienen una relativa independencia⁹². Desde este modelo se han seleccionado variables que tienen componentes emocionales y motivacionales, relacionados con estados de ánimo positivos que potencian los procesos de salud y bienestar del individuo en el trabajo.

El profesional pueden aprender a manejar y regular sus emociones, y conseguir entender las emociones de los demás (p. ej, manejar las situaciones difíciles con los usuarios, los compañeros, etc.), aspectos estos que tienen que ver con el manejo de pensamientos, imágenes, emociones, etc., y que implican una comprensión de la competencia emocional y de los recursos personales para resolver las dificultades laborales. Por ello, los profesionales con un repertorio amplio de estrategias de competencia emocional resolverán un mayor número de situaciones problemáticas.

Especialmente, estas habilidades son imperiosas en el caso de los trabajadores de tipo asistencial que requieren el manejo de las emociones como una parte importante de su trabajo, además de responder a las exigencias físicas y mentales de las características propias de sus trabajos. Estos profesionales tienen que tener competencias personales que les permita planificar, manejar y regular sus necesidades para expresar las emociones deseadas durante las transacciones interpersonales en el lugar del trabajo, y además conseguir alcanzar los objetivos planteados organizacionales.

Finalmente, las habilidades emocionales son relevantes y tienen importantes aplicaciones en el trabajo⁹³ específicamente en la generación de un clima laboral positivo⁹⁴ lo que a su vez se relaciona con la productividad y la calidad de vida de los trabajadores^{95, 82, 96}. De esta perspectiva, la expresión de las emociones, las emociones positivas y la sensibilidad hacia las emociones de los otros puede fomentar el compromiso, la eficacia y la realización personal.

Educar y fomentar los procesos emocionales de resistencia implica también trabajar la personalidad resistente del individuo para fomentar una actitud ante la vida de compromiso, control y reto. Esta percepción sobre el mundo, los otros y sí mismo, implica una serie de estrategias o habilidades para resolver las distintas situaciones de la vida, el estrés y modificar el estado de ánimo negativo. Estas actitudes incluyen diferentes estrategias de afrontamiento, y de interacción social, así como prácticas de autocuidado (la relajación, la alimentación saludable, el ejercicio físico, etc.). La personalidad resistente tiene que ver con aprender a evaluar las situaciones cambiantes como oportunidades, como retos y no como peligros.

Las personas con estas características se implican en el trabajo y con las personas. Igualmente, la percepción de control sobre la vida, ayuda a manejar de una manera más adecuada los estresores y a tomar las decisiones más positivas para el individuo⁷⁵. Las personas con estas características de resistencia no evitan las situaciones o aguantan sin más ante los acontecimientos negativos, son capaces de tomar una decisión en su propio beneficio y en el de la organización, así como manifestar las situaciones injustas o que generan malestar. No son personas pasivas, que resisten sin crítica, son todo lo contrario, personas que están dispuestas a cambiar las situaciones negativas y que tratan de orientarse a la salud y el bienestar, modificando los aspectos que se pueden alejar de sus objetivos en este sentido.

De igual manera, otro elemento importante consiste en fomentar el optimismo, sobre todo la expectativa generalizada de que las cosas se resolverán de forma positiva⁹⁷. Desde esta perspectiva los profesionales aprenden que el pensamiento influirá de manera importante en las metas personales, en la definición de los valores deseados y en los procesos de autorregulación⁹⁸. El aprendizaje del optimismo implica un proceso o mecanismo de autorregulación que las personas utilizan para conseguir las metas, descubrir los impedimentos que pueden encontrarse en el camino, y elegir la estrategia más adecuada.

Una actitud optimista ante la vida aumenta la probabilidad de mantener un continuo esfuerzo por conseguir los objetivos, la persistencia y la determinación de la acción, mientras que las personas con actitudes pesimistas abandonan prontamente. Desde esta perspectiva, los profesionales aprenden que una disposición optimista está relacionada con los resultados y con las estrategias de afrontamiento activas y efectivas⁶⁴. El planteamiento que aquí se trata de seguir es la consecución de los objetivos que se marca la persona y la organización.

El optimismo eficaz es aquel que es capaz de comprender la situación de una manera crítica, así con la demostración de la capacidad de expresar abiertamente los elementos que necesitan cambios y que no se corresponden con los valores éticos y de respeto de la organización, a la par que con los objetivos personales. Las personas optimistas en el medio laboral, mantienen la esperanza, pero son críticas con las situaciones que tienen que modificarse y deben solucionarse, y trabajan para realizar cambios e intentan buscar soluciones creativas.

Para desarrollar la competencia emocional es importante trabajar una serie de capacidades que tienen que ver con el conocimiento de las propias emociones, las habilidades para diferenciar y entender las emociones de otros, las habilidad para usar un vocabulario amplio y variado de expresión de las emociones, la capacidad para empatizar, las habilidades para diferenciar entre la expresión emocional interna y externa, el conocimiento de la comunicación emocional dentro de las diferentes relaciones sociales y la capacidad de autoeficacia emocional⁹⁶. La competencia emocional, aplicada al trabajo, consiste en trasladar este contenido al mundo laboral.

La competencia emocional en el lugar de trabajo hace referencia a dos niveles distintos, pero conectados entre sí, el nivel intrapersonal y el nivel interpersonal. El nivel intrapersonal, implica cómo desarrollar las competencias emocionales y cómo usarlas personalmente. En cuanto al nivel interpersonal, todas estas competencias serán extendidas al ámbito social, a las relaciones con los demás, para ser más efectivos en las relaciones con los otros.

La competencia emocional de los trabajadores ayuda en la creación de una cultura de respeto, ética y de atención entre los trabajadores y hacia los usuarios o clientes, un sistema directivo respetuoso y atento a las formas, una mayor adaptación a las exigencias laborales, un sistema de comunicación eficaz y flexible, una gestión más eficaz de la organización, una aceptación de la expresión de las emociones negativas^{82, 99}.

En definitiva, estos recursos tendrán una relación directa con la valoración positiva del trabajador lo que se relaciona con una mayor efectividad en las relaciones interpersonales¹⁰⁰. Igualmente, esta visión positiva de sí mismo se ha considerado como un importante recurso frente a los estresores laborales¹⁰¹. Maslach¹⁰² reconoce la importancia de los sentimientos positivos en el contexto laboral y en relación al desgaste profesional su implicación en los procesos de autoevaluación y autoconceptualización.

Los estudios realizados ponen de manifiesto que cuando los trabajadores se sienten con menos recursos frente al estrés hay una mayor vulnerabilidad frente a los riesgos psicosociales. Cuando un trabajador tiene sentimientos negativos sobre sí mismo, puede mostrar incompetencia en las relaciones interpersonales (pacientes/usuarios y compañeros de trabajo) los que puede generar dificultades en el contexto laboral. Sin embargo, la valoración positiva del trabajador cuando se percibe con recursos, se relaciona con la eficacia¹⁰³. Desde la perspectiva de aumento de los recursos, es importante fomentar los aspectos valorables de los profesionales, los logros personales y profesionales, trabajar una perspectiva positiva sobre sí mismo, el aumento de los niveles de competencia y el aumento del valor social del profesional, así como una cultura de respeto y ética compartida.

Concluyentemente, además de los cambios organizaciones propuestos, trabajar las variables positivas de los trabajadores, genera un aumento de los recursos personales, lo que se relaciona con una mayor autoestima, mayor frecuencia de emociones positivas y una mayor competencia emocional^{6, 104, 105}.

Todas estas variables definidas se trabajan de manera vinculada para desarrollar los recursos emocionales de resistencia que actuarían como elementos protectores de las patologías psicosociales y que aumentan la probabilidad de que los trabajadores desarrollen el bienestar en las organizaciones. Los recursos emocionales de resistencia tienen un marcado carácter saludable, estarían vinculados a puntuaciones más bajas de estrés, a estados emocionales positivos, al uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, a puntuaciones altas en *engagement* y autoeficacia, y a un mayor bienestar subjetivo⁶.

En conclusión, los modelos aquí esbozados sugieren la importancia de la salud laboral y el bienestar para proporcionar resultados favorables en el trabajo. Los beneficios de estos planteamientos implican efectos deseables con respecto a la actividad en la tarea, la persistencia, el funcionamiento cognitivo y la creatividad, así como en la calidad del servicio prestado y en las relaciones positivas interpersonales, donde se contribuye a desarrollar y proteger el respeto mutuo.

Las personas que trabajan en organizaciones saludables, se benefician de las emociones positivas mutuas y de las acciones positivas de los otros al verse influidos por ellos. Por último, se producen comportamientos éticos, altruistas y de cooperación con los otros, así como un entorno laboral comprometido con el respeto. Todo ello derivaría en unos resultados favorables en el lugar del trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An introduction. *Am Psychol* 2000; 55: 5-14.
2. Bakker AB, Rodríguez-Muñoz A. Positive Occupational Health Psychology: An introduction. *Psicothema*; In press.
3. Fredrickson BL, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychol Sci* 2002; 13 (2): 172-175.
4. Erez A, Isen AM. The influence of positive affect on the components of expectancy motivation. *J Appl Psychol* 2002; 87: 1055-1067.
5. Lim S, Cortina LM, Magley VJ. Personal and workgroup incivility: Impact on work and health outcomes. *J Appl Psychol* 2008; 93 (1): 95-107.
6. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Rodríguez-Carvajal R. Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 479-489.
7. Fredrickson BL, Branigan C. Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion* 2005; 19 (3): 313-332.
8. Rowe G, Hirsh JB, Anderson AK. Positive affect increases the breadth of attentional selection. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 2007; 104 (1): 383-388.
9. Isen AM, Daubman KA, Nowicki GP. Positive affect facilitates creative problem solving. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52 (6): 1122-1131.
10. Kahn BE, Isen AM. The influence of positive affect on variety seeking among safe, enjoyable products. *Journal of Consumer Research* 1993; 20 (2): 257-270.
11. Raghunathan R, Trope Y. Walking the tightrope between feeling good and being accurate: Mood as a resource in processing persuasive messages. *J Pers Soc Psychol* 2002; 83 (3): 510-525.
12. Waugh CE, Fredrickson BL. Nice to know you: Positive emotions, self-other overlap, and complex understanding in the formation of a new relationship. *The Journal of Positive Psychology* 2006; 1 (2): 93-106.
13. Dunn JR, Schweitzer ME. Feeling and believing: The influence of emotion on trust. *J Pers Soc Psychol* 2005; 88 (5): 736-748.
14. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Åsberg M, Nygren Å. Work characteristics and sickness absence in burnout and non burnout groups: A study of Swedish health care workers. *International Journal of Stress Management* 2008; 15 (2): 153-172.
15. Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology* 2007; 22: 309-328.
16. Bakker AB, Demerouti E, Euwema MC. Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *J Occup Health Psychol* 2005; 10: 170-180.
17. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs* 2001; 32: 454-464.
18. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior* 2004; 25: 293-315.
19. Bakker AB, Hakanen JJ, Demerouti E, Xanthopoulou D 2007. Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology* 2007; 99: 274-284.
20. Demerouti E, Bakker AB, de Jonge J, Janssen PPM, Schaufeli WB. Burnout and engagement at work as function of demands and control. *Scand J Work Environ Health* 2001; 27: 279-286.
21. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol* 1996; 81: 123-133.
22. Bakker AB, Demerouti E, Ten Brummelhuis LL. Work engagement, performance, and active learning: The role of conscientiousness. *Journal of Vocational Behavior*; 2011 - in press.
23. Bakker AB, Bal PM. Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2010; 83: 189-206.
24. Halbesleben JRB, Wheeler AR. The relative roles of engagement and embeddedness in predicting job performance and intention to leave. *Work & Stress* 2008; 22: 242-256.
25. Salanova M, Agut S, Peiró JM. Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate. *J Appl Psychol* 2005; 90: 1217-1227.
26. Demerouti E, Cropanzano R. From thought to action: Employee work engagement and job performance. In: Bakker AB, Leiter MP, Eds. *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press; 2010. p. 147-163.
27. Schaufeli WB, Bakker AB. Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. In: Bakker AB, Leiter MP, Eds. *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press; 2010. p. 10-24.
28. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: a confirmatory analytic approach. *Journal of Happiness Studies* 2002; 3: 71-92.
29. Bakker. Building engagement in the workplace. In: Cooper C, Burke R, Eds. *The peak performing organization*. London: Routledge; 2009. p. 50-72.
30. Schaufeli WB, Taris TW, Le Blanc P, Peeters M, Bakker AB, De Jonge J. Maakt arbeid gezond? Op zoek naar de bevlogen werknemer [Does work make happy? In search of the engaged worker]. *De Psycholoog* 2001; 36: 422-428.
31. Gorgievski MJ, Bakker AB, Schaufeli WB. Work Engagement and Workaholicism: Comparing the Self-Employed and Salaried Employees. *Journal of Positive Psychology* 2010; 5 (1): 83-96.
32. Bakker AB, Demerouti E. Towards a model of work engagement. *Career Development International* 2008; 13: 209-223.
33. Bakker AB, Hakanen JJ, Demerouti E, Xanthopoulou D. Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology* 2007; 99: 274-284.
34. Halbesleben, J. R. B., & Wheeler, A. R. (2008). The relative roles of engagement and embeddedness in predicting job performance and intention to leave. *Work & Stress*, 22, 242-256.
35. Cooper CL. Introduction: a discussion about the role of negative affectivity in job stress research. *Journal of Organizational Behavior* 2000; 21: 77-78.
36. Payne RL. Comments on "Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: Don't throw out the baby with the bath water". *Journal of Organizational Behavior* 2000; 21: 97-100.
37. Spector PE, Zapf D, Chen PY, Frese M. Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: don't throw out the baby with the bathwater. *Journal of Organizational Behavior* 2000; 21: 79-96.
38. Luthans F, Youssef CM, Avolio BJ. Psychological capital: Developing the human competitive edge. Oxford, UK: Oxford University Press; 2007

38. van der Sluis, He Y, Snannon JK, Iager D, Bieunan MM, Cnaicanasaku A, Mendoza MM, maininkroa B. Multi-dimensional inresnoad effects of social support in iireigniers: is more support invariably better? *Journal of Counseling Psychology* 2007; 54 (4): 458–465.
39. Zellars KL, Hochwarter WA, Perrewé PL, Hoffman N, Ford EW. Experiencing job-burnout: the roles of positive and negative traits and states. *Journal of Applied Social Psychology* 2004; 34: 887–911.
40. Maddi SR. The story of hardiness: twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychological Journal* 2002; 54: 173–185.
41. Maddi SR, Khoshaba DM, Pammenter A. The hardy organization: Success by turning change to advantage. *Consulting Psychological Journal: Practice and Research* 1999; 1: 117–124.
42. Chang EC, Rand KL, Strunk DR. Optimism and risk for job burnout among working college students: stress as a mediator. *Personality and Individual Differences* 2000; 29: 255–263.
43. Grau A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. (-Burnout in health care professionals and its relation with personal and environment factors). *Gaceta Sanitaria* 2005; 19: 463–469.
44. Riolli L, Savicki V. Information system organizational resilience. *Omega* 2003; 31: 227–233.
45. Browning L, Ryan CS, Greenberg MS, Rolniak S. Effects of cognitive adaptation on the expectation-burnout relationship among nurses. *J Behav Med* 2006; 29: 139–150.
46. Janssen J. June. Self-enforcement of joint implementation and clean development mechanism contracts. In: Paper Presented at the First World Conference of Environmental and Resource Economists, Venice; 1999.
47. Mäkikangas A, Kinnunen U. Psychosocial work stressors and wellbeing: Self-esteem and optimism as moderators in a one-year longitudinal sample. *Personality and Individual Differences* 2003; 35: 537–557.
48. Pruessner JC, Hellhammer SDH, Kirschbaum C. Low self-esteem induced failure and the adrenocortical stress response. *Personality and Individual Differences* 1999; 27: 477–489.
49. Chang WC. The lived experience of role transition of being advanced practice nurses in collaboration. Unpublished thesis. National Taipei College of Nursing, Taipei, Taiwan; 2003.
50. Demerouti E, Bakker AB, Voydanoff P. Does home life interfere with or facilitate performance? *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2010; 19: 128–149.
51. Michielsen HJ, Willemsen TM, Croon M, De Vries J, Van Heck GL. Determinants of general fatigue and emotional exhaustion: a prospective study. *Psychology and Health* 2004; 19: 223–235.
52. Cherniss C. Emotional Intelligence: What it is and Why it Matters. Issues in Emotional Intelligence. [Electronic Version]. Volume not included 2000; 1-14.
53. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Liang Y, González JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45 (3): 418-427.
54. Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, Eds. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. London: Taylor & Francis; 1993. p. 135–149.
55. Salanova M, Grau R, Martínez I. Job demands and coping behaviour: the moderating role of professional self-efficacy. *Psychology in Spain* 2005; 10: 1–7.
56. Xanthopoulou D, Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management* 2007; 14: 121–141.
57. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, González JL. El desgaste profesional de enfermería: Desarrollo y validación factorial del CDPE (Professional nurses' burnout. Development and factor validation of the CDPE). *Archivos prevención de riesgos laborales* 2000; 3: 18–28.
58. Garrosa E. 2003. Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. Estudio en una muestra de enfermería. Tesis doctoral no publicada. Facultad de psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
59. Xanthopoulou D, Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. Work engagement and financial returns: A diary study on the role of job and personal resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2009; 82: 183–200.
60. Larson M, Luthans F. Potential added value of psychological capital in predicting work attitudes. *Journal of Leadership and Organizational Studies* 2006; 13: 45–62.
61. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology* 2007; 60: 541–572.
62. Luthans F, Norman SM, Avolio BJ, Avey JB. The mediating role of psychological capital in the supportive organizational climate—employee performance relationship. *Journal of Organizational Behavior* 2008; 29: 219–238.
63. Xanthopoulou D, Bakker AB, Heuven E, Demerouti E, Schaufeli WB. Working in the sky: A diary study on work engagement among flight attendants. *Journal of Occupational Health Psychology* 2008; 13: 345–356.
64. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology* 1985; 4: 219–247.
65. Lebsack RR, Lebsack S, Luthans KW. Positivity in the workplace: the impact of nurses' optimism on their rated performance. *Midwest Academy of Management*. 2004
66. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, Corzo S, Boada M. Personalidad Resistente y Capital Psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*; en prensa.
67. Strack S, Carver CS, Blaney PH. Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: the role of dispositional optimism. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 53: 579–584.
68. Seligman MEP. *Learned Optimism*. New York: Simon & Schuster; 1998.
69. Carver CS, Gaines JG. Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research* 1987; 11: 449–462.
70. Lum L, Kevin J, Clark K, Reid F, Sirota W. Explaining nursing turnover intent: job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment? *Journal of Organizational Behavior* 1998; 19: 305–320.
71. Segerstrom SC. Optimism and resources: effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality* 2007; 41: 772–786.
72. Wanberg CR, Banas JT. Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *Journal of Applied Psychology* 2000; 85: 132–143.
73. Maddi SR, Harvey RH, Khoshaba DM, Lu JL, Persico M, Brow M. The personality construct of hardiness. III: relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of Personality* 2006; 74: 575–598.
74. Kobassa-Ouellette SC, Di Placido J. Personality's role in the protection and enhancement of health: where the research has been, where it is stuck, how it might move. In: Baum E, Revenson TA, Singer JE, Eds. *Handbook of Health Psychology*. NJ: Erlbaum, Mahwah; 2001. p. 175–193.
75. Kobassa SC. The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. In: Sanders GS, Sals J, Eds. *Social Psychology of Health and Illness*. NJ: Erlbaum, Hillsdale; 1982. p. 3–32.
76. Alfred KD, Smith TW. The hardy personality: cognitive and physiological responses to evaluative threat. *Journal Personality and Social Psychology* 1989; 56: 257–266.
77. Wiebe DJ. Hardiness and stress moderation: a test of proposed mechanisms. *Journal Personality and Social Psychology* 1991; 60: 89–99.
78. Westman M. The relationships between stress and performance. The moderating effects of hardiness. *Human Performance* 1990; 3: 141–155.
79. Williams PG, Wiebe DJ, Smith TW. Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *Journal Behaviour Medicine* 1992; 15: 237–255.
80. Ford-Gilboe MC, Cohen JA. Hardiness: a model of commitment, challenge and control. In: Rice H, Ed. *Handbook of Stress, Coping and Health. Implications for Nursing Research, Theory and Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000. p. 425–436.
81. Moreno-Jiménez B, Morett NI, Rodríguez-Muñoz A, Morante ME. La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. (Hardy personality as a moderating variable of burnout in a sample of firemen). *Psicothema* 2006; 18: 413–418.
82. Garrosa E. Los procesos emocionales de resistencia: un afrontamiento adaptativo ante el desgaste profesional. (The Emotional Processes of Resistance: Adaptive Coping to Professional Burnout). Madrid: Ediciones Universidad Autónoma; 2006.
83. Pollock SE. Human responses to chronic illness: physiological and psychosocial adaptation. *Nursing Research* 1986; 35: 90–95.
84. Saarni C. *The Development of Emotional Competence*. New York: Guilford Press; 1999.
85. Asher S, Rose A. Promoting children's social-emotional adjustment with peers. In: Salovey P, Sluyter D, Eds. *Emotional Development and Emotional*. New York: Basic Books; 1997. p. 196–224.
86. Compas B, Worsham N, Ey S. Conceptual and developmental issues in children's coping with stress. In: Greca AL, Siegal L, Wallander J, Walker C, Eds. *Stress and Coping in Child Health*. New York: Guilford Press; 1992. p. 7–24.
87. Crick N, Dodge K. A review of social-information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin* 1994; 115: 74–101.
88. Denham SA. *Emotional Development in Young Children*. New York: Guilford; 1999.

89. Garber J, Braafladt N, Zeman J. The regulation of sad affect: an information processing perspective. In: Garber J, Dodge K, Eds. *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. New York: Cambridge University Press; 1991. p. 208–240.
90. Parke RD, Cassidy J, Burks V, Carson J, Boyum L. Familial contribution to peer competence among children: the role of interactive and affective processes. In: Parke R, Ladd G, Eds. *Familypeer Relationships: Modes of Linkage*. NJ: Erlbaum, Hillsdale; 1992. p. 107–134.
91. Wolchik SA, Sandler IN. *Handbook of Children's Coping: Linking Theory and Intervention*. New York: Plenum Press; 1997.
92. Moreno Jiménez B. *Psicología de la personalidad. Procesos*. Madrid: Thomson Paraninfo; 2007.
93. Boyatzis RE. *The Competent Manager*. NY: Wiley; 1982.
94. Kelner S, Rivers C, O'Connell K. *Managerial style as a behavioural predictor climate*. Boston: McBer; 1994.
95. Cherniss C, Goleman D. *The emotionally intelligent workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2001.
96. Saarni C. Emotional competence. A developmental perspective. In: Bar-On R, Parkes JDA, Eds. *The Handbook of Emotional Intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass; 2000. p. 68–91.
97. Carver CS, Scheier MF. Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review* 1990; 97: 19–35.
98. Sundstrom E, DeMeuse KP, Futrell D. Work teams: applications and effectiveness. *Am Psychol* 1990; 45: 120-133.
99. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, Galindo C, San Julián L, Rodríguez R, Morante ME, Losada M. *Manual sobre acoso psicológico: Transportes y comunicaciones de la Comunidad de Madrid*. Madrid: UGT; 2002.
100. Ross L. The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In: Berkowitz L, Ed. *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press; 1977. p. 173–240.
101. Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, Editors. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1993.
102. [Maslach C](#). Burnout: A multi-dimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, Editors. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1993.
103. [Brockner J](#). [Self-esteem at work: Research, theory and practice](#). [Lexington, MA: Lexington Books; 1988](#).
104. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Garrosa Hernández E, Morante Benadero ME. Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: un estudio exploratorio. *Psicothema* 2005; 17 (4): 648-653.
105. Zapf D, Einarsen S, Hoel H, Vartia M. Empirical findings on bullying in the workplace. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, Eds. *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis; 2003.

Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud laboral: una responsabilidad compartida

Importance of mental health in labour health management: a shared liability

José Carlos Mingote Adán ¹, Concepción Núñez López ²

1. Programa de Atención Integral al personal Sanitario Enfermo de la Comunidad Autónoma de Madrid. España.

2. Asociación Madrileña de Medicina del trabajo en el Ámbito Sanitario (AMMTAS). Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Universitario La Paz (SERMAS). Madrid. España.

Correspondencia:

José Carlos Mingote Adán
UV OPSE-PAIPSE
Pabellón 8. Ciudad Universitaria
28040 Madrid. España.
Tfno.: +34 913303926
E-mail: jmingote.hdoc@salud.madrid.org

Resumen

El artículo se centra en la descripción de las intervenciones que se pueden realizar desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) y de Salud Mental ante los trastornos de salud mental y el abuso de sustancias en los trabajadores. Se requieren una atención integrada que contemple la prevención-promoción y asistencia al trabajador con este tipo de trastornos, así como de los derivados de factores psicosociales en el ámbito laboral. Actualmente existe un amplio acuerdo entre profesionales y gestores acerca de que debe priorizarse la atención en los Servicios de Salud Mental a las personas que padecen un trastorno mental grave, ya que son las que suelen tener una mayor discapacidad derivada del padecimiento del mismo. Para ello es necesario disponer de instrumentos que mejoren el diagnóstico precoz de esos casos, así como de los recursos necesarios que permitan realizar un tratamiento efectivo. España se encuentra dentro del grupo de países con alto consumo alcohólico. Entre los trastornos relacionados con sustancias, el abuso y la dependencia del alcohol son los trastornos más frecuentes, por lo que es necesario desarrollar programas de prevención de estos trastornos con detección de sustancias en el trabajo y programas de ayuda al empleado que ya han demostrado su eficacia.

Palabras claves: Salud mental y laboral. Factores psicosociales. Trastornos mentales y T. adictivos. Procedimientos y Propuestas de intervención desde Salud Mental y Salud Laboral.

Abstract

The article focuses on the description of interventions that can be made from the Labor Risk Prevention Services and Mental Health towards mental health disorders and substance abuse in workers. Integrated care is required including prevention, promotion and employee assistance with these disorders, as well of those derived from psychosocial factors in the workplace.

Currently there is widespread agreement among professionals and managers about the fact that attention on Mental Health Services should give priority to people with severe mental disorder, as they tend to have greater disability resulting from these disorders. For this project it necessary to have tools to improve the early diagnosis of such cases as well as the resources needed to conduct effective treatment.

Spain is among the group of countries with high alcohol consumption. Among the disorders associated with substances, abuse and alcohol dependence are the most common disorders, therefore it is necessary to develop programs to prevent these disorders with detection of substances in the workplace and employee assistance programs which have already proved effectiveness.

Key words: Labour mental health. Psychosocial factors. Mental disorders and substance abuse. Procedures and proposals of intervention from Mental Health and Labour Health.

INTRODUCCIÓN

Es evidente que en este momento no se puede tratar la salud mental laboral al margen de la problemática social general y de la actual crisis del sistema económico-financiero que ya ha llegado a ser una crisis total, es decir una situación extraordinaria de ámbito global. Tras una época de abundancia y expansión económica aparentemente inagotable, hoy nos encontramos en una situación de inseguridad y estrés colectivo por frustración de expectativas comprensibles como la imposibilidad de realizar en el presente las capacidades creativas que tiene el ser humano, al no tener las oportunidades que precisan las nuevas generaciones de jóvenes: una realidad social caracterizada por altas tasas de paro y miedo a perder el empleo, y un tipo de trabajo precario que no permite la emancipación y la independencia personal

El derecho a un medio de trabajo saludable como derecho humano fundamental que promueva el bienestar de los trabajadores está en conflicto con algunas prácticas empresariales en el actual escenario globalizado en el que todo se mide por el beneficio y la rentabilidad económica a corto plazo. El mundo del trabajo y de las organizaciones de la sociedad de consumo y de riesgo global se encuentra inmerso en un proceso de cambio acelerado debido a factores tales como la grave crisis económica actual, el proceso de globalización de los mercados, que muestran una gran inestabilidad, la movilidad geográfica de las materias primas e incluso de los recursos humanos, el incesante desarrollo tecnológico, las nuevas técnicas de gestión de recursos y personas como el "downsizing" y otras formas de disminución estructural del personal laboral a fin de disminuir costes y aumentar productividad y rentabilidad, aunque ello suponga el desmoronamiento de la infraestructura económica de forma alarmante. El resultado de este tipo de prácticas extendidas es, que con independencia de la motivación y de la formación del trabajador, este se encuentra amenazado de perder el empleo o verse obligado a aceptar peores condiciones de trabajo si quiere conservarle con resignación y sumisión, que deteriora la autoestima de las personas, y a menudo reaccionan con violencia, todo lo cual tiene importantes efectos en la conducta de los trabajadores y genera nuevos riesgos para su salud. De hecho, en estos últimos años han empeorado las condiciones laborales, sobre todo las condiciones psicológicas de trabajo, según Rodríguez ¹ y Ovejero Bernal ².

Esta grave situación plantea la exigencia de un código ético de conducta que regule las relaciones de obligación entre los empleados y las empresas de forma solidaria, dada la responsabilidad social de todo tipo de empresas. El fin de las organizaciones empresariales debe ser un fin

social, porque una empresa “que se plantea únicamente el máximo beneficio en un corto plazo es de hecho suicida y mal va a poder sobrevivir en estos tiempos de dura competencia, en que la responsabilidad a largo plazo es una garantía de supervivencia”, según Adela Cortina³. La actual crisis económico-financiera pone de manifiesto la falta de responsabilidad social de personas sin escrúpulos, movidas exclusivamente por el afán de lucro individual, y reclama una regeneración ética global que permita recuperar la confianza en la empresa como núcleo básico a partir del cual se organizan las sociedades en los países poscapitalistas. Porque como subraya Adela Cortina: “La clave de tales sociedades no es ya tanto la familia o el Estado-nación, como las organizaciones. Una ética de las organizaciones es, pues, indispensable para reconstruir el tejido de una sociedad, para remoralizarla”.

La descripción de la gestión de los trastornos de salud mental en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales se centra en la identificación y abordaje de aquellos trastornos mentales derivados de factores psicosociales, y de los trastornos mentales y adictivos que están presentes en la población activa. El abordaje de los problemas de salud mental se plantea partiendo de un diseño preventivo en el que se establecen estrategias de intervención en las diferentes fases del Plan de prevención de riesgos laborales. Las estrategias preventivas están contempladas en la normativa vigente y recogidas en procedimientos, protocolos y propuestas de mejora, elaboradas para conseguir dos objetivos fundamentales, la reincorporación y rehabilitación del trabajador y, la mejora de la calidad y productividad en el trabajo. Comisión Europea: “Mejorar la calidad y productividad en el trabajo: Estrategia comunitaria (2007-2012) de seguridad y salud en el trabajo⁴.”

La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace, reconocida subespecialidad de la Psiquiatría, constituye un área de conocimiento cada vez mayor que se ha desarrollado hasta enlazar con todas las especialidades médico-quirúrgicas hasta la Medicina del Trabajo, para atender los problemas psicopatológicos de los pacientes y de los profesionales sanitarios que les atienden, ayudándoles en la adquisición de las necesarias habilidades para el abordaje eficaz de los mismos. Así por ejemplo, los riesgos psicosociales del trabajo sanitario codeterminan no sólo el daño a la salud de los sanitarios, sino la calidad y la seguridad de los pacientes que atienden, según como sean gestionados a nivel individual y organizativo. En consonancia con la situación detectada es necesario establecer estrategias de intervención, en función de si la causa está relacionada con factores psicosociales presentes en el puesto de trabajo o si estamos ante trastornos mentales o aditivos no originados exclusivamente por estos factores y que pueden estar presentes en la población activa.

El desarrollo de las actuaciones y procedimientos establecidos en los trastornos de salud mental en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Madrid persiguen un objetivo fundamental implantar y gestionar las medidas de prevención y protección con la intervención de todos los miembros de la Organización, los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, el Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE), el Colegio de Enfermería y el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid a través de la Comisión de Ayuda y Prevención del Médico Enfermo (CAYPAM), la Organización Médico Colegial, junto con todos los profesionales de la Red de Salud Mental de las Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid, así como los que de forma privada o concertada puedan contribuir a mejorar la calidad de vida laboral y la seguridad de los trabajadores.

MARCO LEGISLATIVO REFERENCIAL

La salud mental de los trabajadores tiene un marco legal importante en el mandato Constitucional contenido en el artículo 40.2⁵ donde se encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo y las Directivas Europeas como la Directiva Marco 89/391/CEE⁶ por la que se establecen medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores, que en esta materia configuran el soporte básico en el que se asienta la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales⁷, el Reglamento de los Servicios de Prevención⁸ y demás normativa que la desarrolla. Es importante la referencia legislativa del artículo 21 de la Ley 14/1986, General de Sanidad,⁹ donde se determinan las actuaciones sanitarias en el ámbito de la salud laboral. Así mismo contamos con los compromisos contraídos con organizaciones internacionales como la OIT que enriquecen el contenido al incorporar sus prescripciones y darle rango legal dentro de nuestro sistema jurídico.

Destacamos los artículos de la Ley 31/1995 de Prevención más significativos en relación a la prevención y protección de la salud de los trabajadores. Así, en el artículo 14 se hace referencia a que el empresario deberá garantizar la seguridad y salud de los trabajadores, llevando a cabo la prevención de los riesgos laborales, integrando la actividad preventiva en la empresa adoptando cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores. En el mismo apartado redactado según la Ley 54/2003, de reforma del marco normativo de prevención de riesgos laborales, se hace constar que el empresario desarrollará una acción permanente de seguimiento de la actividad preventiva. En relación a la vigilancia de la salud, el artículo 22, hace referencia a que el empresario tiene que garantizar la vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores, en función de los riesgos inherentes al trabajo y con el consentimiento de los mismos a excepción de, supuestos en que los que el reconocimiento médico sea imprescindible para evaluar las condiciones de trabajo sobre la salud o verificar si el estado de salud de los trabajadores puede constituir un peligro para el mismo o para los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad. En relación con la protección de la salud de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, en el Artículo 25, se responsabiliza al empresario de manera específica de la protección de la seguridad y salud de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, y sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias. Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

SALUD MENTAL Y SALUD LABORAL

Son numerosos e importantes los motivos por los que debemos prestar atención a los problemas de salud mental en el trabajo. El incremento de su frecuencia, los efectos para la salud de los trabajadores, así como la interacción con la organización laboral, aumentando el absentismo con un importante coste tanto humano como económico. Los costes totales de una enfermedad incluyen no sólo los costes directos e indirectos, sino también los denominados costes intangibles, que incluyen el sufrimiento experimentado por el paciente y su familia. El potencial perdido por las personas con un determinado trastorno, a menudo marginadas de la vida económica, cultural y social, no se puede cuantificar en términos económicos pero constituye un coste inaceptable, dados las posibilidades preventivas y terapéuticas actualmente disponibles. La economía sanitaria es uno de los temas de mayor alcance mundial. Los gestores que controlan el gasto sanitario insisten en la necesidad establecer prioridades para el uso eficiente de los escasos recursos disponibles.

La atención a la salud mental en el medio laboral se considera una de las actuaciones prioritarias, teniendo en cuenta el incremento de la incidencia y su prevalencia, los efectos que causa en la salud del trabajador, en la organización y su repercusión en la calidad y productividad en el

trabajo. Los estudios epidemiológicos realizados concluyen que:

1. Una gran proporción de personas padece un trastorno mental diagnosticable con criterios nosológicos precisos, con una prevalencia-vida total de 32,6%, es decir que a lo largo de la vida un tercio de personas van a padecer un trastorno mental.

2. Sólo una pequeña parte de estas personas están siguiendo un tratamiento efectivo, la mayor parte de las veces en fases avanzadas de la enfermedad, de forma que el porcentaje de morbilidad psiquiátrica oculta oscila entre el 40 y el 65 % de casos en población general, en su mayor parte entre la población trabajadora o desempleada.

3. El padecimiento de los diferentes trastornos mentales se asocia a determinados factores de riesgo, como el género y la pertenencia a las clases sociales más desfavorecidas, lo que permite desarrollar estrategias preventivas eficaces. Destaca por su importancia el contraste cuantitativo entre las diversas prevalencias estimadas para cada población o nivel asistencial: en la comunidad, en atención primaria y en los servicios de salud mental. En consecuencia, en atención primaria se detectan menos del 50% de los casos psiquiátricos existentes en la población, el primer filtro asistencial que podría identificarlos y tratarlos de forma eficiente, y en salud mental se atiende una escasa proporción de miembros de la comunidad con trastornos mentales, el denominado índice de penetración (porcentaje de morbilidad real que es atendida en un servicio de salud mental) que está en torno al 10% del total de casos existentes en la población general. La capacidad de identificación de los trastornos mentales depende de los conocimientos teóricos y de las destrezas de entrevista clínica. El primer filtro, la decisión de consultar, depende del paciente y de su red de apoyo sociofamiliar de la que forman parte los compañeros y jefes del trabajo, el segundo filtro es la detección del caso por el médico de atención primaria, quién decide tratar y/o derivar al paciente a salud mental, sea de forma ambulatoria o bien hospitalaria en los casos graves, según los diferentes estudios realizados en el ámbito europeo, Por estos motivos, **el cuarto filtro puede ser la detección de casos en el medio laboral, porque el trabajador aporta sus propios trastornos mentales que se manifiestan en el trabajo, cualquiera que sea su origen.** La consulta de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales puede ser el espacio más adecuado para la detección y gestión de los casos con trastorno mental, así como para su prevención y la promoción de la salud mental. Los servicios de Atención Primaria, Salud Mental y Salud Laboral pueden constituir una red de apoyo profesional eficaz que haga posible una atención integral y de calidad centrada en la comunicación con el paciente-agente principal responsable del cuidado de su propia salud. Para hacer factible este modelo orientado a la prevención y la promoción de la salud se requiere el desarrollo de mecanismos eficaces de coordinación interdisciplinar en una red única de apoyo sociosanitario profesional centrada en la comunicación con el trabajador enfermo, a través de programas integradores de salud contruidos por objetivos específicos, y sobre todo en los siguientes casos:

- Enfermo con trastorno mental crónico y que requiere un tratamiento prolongado para la prevención de recaídas.
- Caso clínico complejo como con patología dual, con trastornos de personalidad asociados y que muestran una menor tolerancia al estrés, con probable repercusión en el desempeño laboral.
- Trabajadores con trastornos mentales y que tienen empleos de elevada responsabilidad social como medicina y enfermería que requieren una elevada fiabilidad y calidad que garanticen la seguridad del usuario, lo que sólo posible en un medio laboral saludable.

En los últimos años se ha detectado un incremento evidente de las enfermedades consideradas emergentes como el estrés, la depresión o la ansiedad, así como la violencia en el trabajo, el acoso, la intimidación, son responsables del 18% de los problemas de salud asociadas con el trabajo, una cuarta parte de las cuales implica dos semanas o más de ausencia laboral. La frecuencia de estas patologías es dos veces superior en los sectores de la educación y los servicios sociales y de salud ¹⁰.

En muchos países europeos, las enfermedades mentales son la causa del 45-55% del absentismo laboral ¹¹. Además, las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad ¹². El principal ámbito de discriminación para las personas con enfermedad mental es el laboral; sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tiene un empleo regular, según un estudio en la Comunidad de Madrid ¹³.

La característica fundamental de la atención a la salud mental en el medio laboral, es integrar la prevención-promoción y la atención al trabajador. Por este motivo las estrategias de prevención de las Empresas y los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales tienen que orientar las medidas de intervención a las tres fases de la prevención: prevención primaria, secundaria y terciaria, e integrarlas en las actividades preventivas definidas en el plan de prevención. El proceso se inicia analizando la situación, con la identificación de las tareas que desempeña el trabajador, los factores de riesgo del puesto y los factores psicosociales asociados, la valoración de la salud del trabajador y la planificación de actuaciones preventivas, asistenciales y de formación e información. La intervención preventiva más eficaz es el reconocimiento de las vulnerabilidades individuales y de los estresores laborales objetivos, así como el tomar medidas eficaces que les disminuyan, erradiquen o les gestionen eficientemente.

Estas intervenciones preventivas, formativas y de investigación basadas en la evidencia, centradas en los procesos de trabajo, permitirán el desarrollo de la salud mental laboral y lograr así el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los distintos trastornos mentales en los trabajadores afectados en su inicio, al poder detectarles por su repercusión sociolaboral, incluso con independencia de su etiología, a través de la implementación de una cultura proactiva de aprendizaje a través del reconocimiento y estudio de los errores y de un liderazgo transformacional, según las propuestas de Pickering y Thompson ¹⁴.

¿De quién es la responsabilidad de la salud del trabajador?

España, como miembro de la Unión Europea, tiene la obligación de incorporar al derecho nacional lo dispuesto en la Directiva 89/391/CEE (Directiva Marco), relativa a la aplicación de las medidas necesarias para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el ámbito laboral. La directiva establece como principio general **la responsabilidad del empresario**, que “debe garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados en el trabajo” que debe integrar la prevención de riesgos laborales en el sistema general de gestión de la empresa, tanto en el conjunto de sus actividades como en todos los niveles jerárquicos de la misma. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995), que es el cuerpo básico de garantías y responsabilidades precisas para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo, determina en su artículo 31 que los servicios de prevención deberán estar en condiciones de proporcionar a la empresa, el asesoramiento y el apoyo que precise en función de los riesgos existentes, así como lo referente al diseño, aplicación y coordinación de los planes y programas de actuación preventiva.

Situación de riesgo laboral es: toda aquella situación o condición laboral que tiene la posibilidad de causar un daño personal en el medio laboral. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la gravedad del mismo. Tareas de riesgo son todas aquellas actividades desarrolladas en el medio laboral que por sí solas o como consecuencia de ellas, pueden desempeñar un riesgo para el trabajador. **Factores de riesgo psicosocial** son aquellas condiciones que se encuentran presentes en el ámbito laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y tienen capacidad para afectar tanto al bienestar y la salud del trabajador como al desarrollo del trabajo. El entorno psicosocial del trabajador lo conforma la

organización, tanto en cuanto al contenido como a la realización de la tarea, así como sus actitudes, conductas y las relaciones interpersonales que establece el trabajador.

Igualmente, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su Capítulo V determina que los trabajadores tienen derecho a participar activamente en cuestiones relacionadas con la prevención de riesgos laborales, a través de los cauces representativos establecidos legalmente, para asegurar que se alcancen los objetivos de prevención y se cumpla la política de la entidad, con la colaboración de todos los trabajadores y del equipo directivo de la entidad. Posteriormente el Reglamento de los Servicios de Prevención, aprobado por Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, se dedica a desarrollar la organización de los recursos, “medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas”, con carácter interdisciplinario y total, es decir que incluye vigilancia y control de la salud, seguridad, higiene y ergonomía y psicología como **responsabilidad de los servicios de prevención**, ya que las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados determinarán la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención. En este sentido se desarrollarán protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador, para lo que se desarrollarán las necesarias actividades de coordinación preventiva.

Además, **el trabajador responsable** conocerá y actuará según las normas establecidas, sean de carácter general o de tipo específico, como en el caso de detectar una anomalía o funcionamiento deficiente, debiendo comunicarlo de forma inmediata al responsable jerárquico superior. El trabajador debe utilizar las protecciones personales que sean precisas para prevenir los accidentes y enfermedades profesionales a los que estén expuestos, como la fatiga mental y sus diferentes complicaciones, como las relacionadas con el estrés laboral. La vigilancia y el control de la salud requieren que el trabajador preste su consentimiento para la realización de reconocimientos médicos, salvo en los siguientes supuestos:

1. Cuando sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud de los trabajadores puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa, previo informe de los representantes de los trabajadores, al respecto.
2. Cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la presentación de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

En todo caso, se deberá optar por la realización de aquellos reconocimientos o pruebas que causen las menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo, respetando siempre el derecho de intimidad y la dignidad de la persona, así como la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud según Vicente Pérez¹⁵. Estas consideraciones éticas que protegen la autonomía del paciente han sido reguladas por la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina, salvo cuando existe riesgo para la salud pública o riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo. Salvo en estos casos, el paciente-agente autónomo, adecuadamente informado participa de forma corresponsable en el proceso de toma de decisiones clínicas sobre su propio estado de salud-enfermedad. El lenguaje de los derechos de los pacientes se complementa con el de la ética de la responsabilidad respecto de las decisiones que se toman con intencionalidad, conocimiento y sin control externo. Salvo que se demuestre lo contrario se trata de pacientes autónomos que en su procedimiento decisorio asumen su responsabilidad personal. El respeto de la autonomía promueve también la **responsabilidad individual y colectiva compartida, debiendo establecerse los mínimos exigibles a todos mediante consensos basados en la participación solidaria y la deliberación reflexiva**, como propone Gracia¹⁶.

PERFIL DE RIESGO DE UN TRABAJADOR CON PROBABLE TRASTORNO MENTAL GRAVE

Cualquier trastorno mental de moderada a severa intensidad puede producir un significativo deterioro en el desempeño de los roles sociales y familiares, como por mal cumplimiento del rol laboral, sea por omisión o por conductas inadecuadas del rol específico, como por abuso de confianza, negligencia o procrastinación. Numerosas enfermedades médicas y trastornos mentales pueden interferir en las capacidades psicomotoras, emocionales y cognitivas necesarias para el ejercicio competente del rol profesional, y entre ellas destacan los trastornos relacionados con sustancias adictivas y los trastornos graves del estado de ánimo. Los mayores problemas asistenciales dependen de los trastornos mentales caracterizados por la falta de conciencia de enfermedad (o “insight”), o por la negación de sus aspectos principales (como gravedad, repercusiones para la propia persona o para terceros, etc.), como ocurre con los problemas relacionados con el alcohol, los trastornos psicóticos y los trastornos graves de personalidad. De forma característica, al paciente con estos trastornos le resulta muy difícil asumir la conducta adecuada del rol de enfermo, consultan raramente de forma espontánea, y es esencial la presencia de un eficaz sistema de soporte social organizacional que permita la detección precoz de estos casos de trastornos mentales graves, así como la más rápida y eficaz instauración de su tratamiento, y la prevención de sus complicaciones más frecuentes. *El trabajador afecto de un trastorno mental grave podrá ser detectado de forma precoz y recibir un tratamiento eficaz gracias a la colaboración solidaria de sus compañeros o jefe inmediato, por el examen de salud inicial o periódico, o porque él mismo demande asistencia sanitaria inducido y apoyado por sus buenos compañeros de trabajo que no le aíslan ni le impiden tener un mejor pronóstico.* En cualquier caso, dada su responsabilidad ética y social, es esencial que el trabajador incapacitado sea identificado lo más precozmente posible y remitido a los profesionales más adecuados según los procedimientos legales específicos. Se recomienda además que su control posterior deba realizarse por un comité médico independiente, como desde el SPRL y no sólo por el médico que le trate.

Aunque es imposible eliminar todos los riesgos para el trabajador como para los usuarios de su servicio, es importante prevenir las consecuencias para terceros y otras responsabilidades a través de algunos procedimientos preventivos eficaces como son los siguientes: la creación de procedimientos eficaces de evaluación continua de procesos y de resultados, el establecimiento de estándares de calidad laboral y la protocolización de la actividad basada en la evidencia científica. La práctica inadecuada se caracteriza por las cuatro “DES” siguientes: que hubiera “Descuido” de un “Deber” que “Directamente” provoca un “Daño”. Es decir: que el profesional no actúa con el grado esperable de pericia habitual en los miembros de una profesión, en la que se dan unas normas de calidad asistencial y unas regulaciones administrativas claramente definidas.

El término “práctica profesional inadecuada” se utiliza para referirse a la negligencia producida por mal cumplimiento del rol profesional según los estándares vigentes de calidad, tanto a nivel instrumental científico-técnico como a nivel psicosocial. La “práctica inadecuada” puede estar mediada por varios factores no excluyentes, como son:

- 1.º La existencia de un trastorno mental grave no diagnosticado ni tratado adecuadamente.
- 2.º Una insuficiente competencia profesional específica, sea en el ámbito científico-técnico y/o en el psicosocial.
- 3.º Unas condiciones inadecuadas de trabajo, como por excesiva demanda, y apoyo social y supervisión insuficiente.

De forma habitual serán las personas próximas al trabajador las que con mayor probabilidad detecten la problemática asociada al posible trastorno mental grave. Las señales de alarma a detectar y comportamientos de riesgo a tener en cuenta serán:

- Comportamiento alterado de forma manifiesta y patrones desadaptativos de conducta: Excesiva e inadecuada irritabilidad, apatía, inhibición

y falta de responsabilidad en el cumplimiento de las tareas propias del rol profesional, aislamiento, problemas de comunicación y/o frecuentes conflictos interpersonales.

— Hiper-reactividad al estrés cotidiano con baja tolerancia a situaciones estresantes comunes: como cambios en rutinas laborales, situaciones de incertidumbre y conflictos inherentes a la actividad sanitaria.

— Incumplimiento de los hábitos básicos de auto-cuidado: hábitos de salud y aspecto externo.

— Padecimiento de enfermedades crónicas (como las neurológicas) que impliquen deterioro de la capacidad funcional, necesidad de asumir el rol de enfermo y ausencia de conciencia de enfermedad.

— Situaciones estresantes específicas graves como la muerte de un familiar próximo, separación de la pareja, situaciones económicas desfavorables

Los siguientes aspectos comportamentales objetivos pueden ser útiles como signos indicativos de la existencia de dificultades adaptativas de un trabajador para afrontar las demandas del rol ocupacional y/o de otros roles personales:

- Aspecto personal descuidado, desarreglado, y/o insano, con los signos característicos de la enfermedad alcohólica.
- Bajo rendimiento laboral con llamativa desmotivación, absentismo, escasa participación en las actividades programadas del servicio, etc., con manifiesto incumplimiento del rol laboral sanitario.
- Alta conflictividad en el ámbito de las relaciones con diferentes compañeros, frecuentes quejas de enfermos y familiares en el Servicio de Atención al Paciente, o a otros sanitarios, etc.
- Aislamiento social.
- Problemas legales repetidos.
- Conflictividad familiar persistente e intensa, con dejación de responsabilidades y comportamientos agresivos.
- Sospecha de probable trastorno mental sin constancia de que realice el tratamiento adecuado, con alteraciones del comportamiento, cambio significativo de conducta, pérdida de control ante frustraciones comunes, etc.
- Negación de responsabilidad personal con atribuciones externas y racionalizaciones continuadas de estos problemas.

Las personas con trastornos mentales pueden experimentar varias alteraciones del comportamiento en el terreno laboral que constituyen signos de alerta indicativos de la necesidad de tratamiento especializado. Así por ejemplo la Guía de Salud del MIR editada por la Organización Médica Colegial y la Fundación GALATEA, disponible en: <http://www.fgalatea.org>, destaca los siguientes signos de alarma:

- Absentismo laboral, desmotivación y disminución en el rendimiento laboral.
- Desobediencia e incumplimiento de las tareas propias del rol laboral.
- Conflictos interpersonales, irritabilidad excesiva y conductas agresivas en el trabajo.
- Falta de colaboración y evitación del contacto con los compañeros.
- Dificultad en la toma de decisiones clínicas por disminución de capacidades neurocognitivas.

Signos de alarma similares a los de otras organizaciones profesionales como los propuestos por los Servicios de Salud del Médico de la Sociedad Médica de Massachussets (Physician Health Services 2003) como signos de alarma de abuso de sustancias: Cambios de personalidad, cambios de conducta con deterioro de la calidad del rendimiento en el trabajo, cambios físicos significativos, cambios en el trabajo: quejas de pacientes y compañeros, patrón inusual de prescripción de drogas, ausencias durante las guardias. Otros factores a considerar son: pérdidas personales como muertes y divorcios, deterioro del autocuidado de la salud, expresiones de preocupación por los compañeros y "el sentimiento" que puedes tener de que "algo va mal". Estas señales de alarma están disponibles en: http://www.massmed.org/Content/NavigationMenu6HelpingYourselforaColleague/Sings_of_Concern_PH.htm

El descenso significativo en el rendimiento laboral, el aumento de los conflictos interpersonales y el aislamiento en el ámbito laboral constituyen signos objetivos de varios trastornos mentales como por ejemplo:

1. Ser consecuencia del consumo crónico de cannabis, que además disminuye la capacidad de introspección e impide tener conciencia de enfermedad y buscar ayuda médica.
2. Constituir los síntomas prodrómicos de una persona que padece una esquizofrenia, con síntomas tales como: falta de interés, disminución de la concentración, apatía y falta de energía, abatimiento y depresión, deterioro de la higiene y en el funcionamiento laboral.

Estos ejemplos ponen de manifiesto la necesidad del trabajo interdisciplinario y de promover la responsabilidad corporativa con programas preventivos y de mejora del bienestar del empleado, que hagan posible el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo de los trastornos mentales, igual que ocurre con el resto de enfermedades.

Ante la sospecha de un probable caso psiquiátrico en el ámbito laboral se recomienda abordar al compañero probablemente enfermo de la forma más adecuada, directamente pero con respeto y motivación de ayuda genuina, con las máximas garantías de confidencialidad, por parte de dos o más colaboradores de igual rango jerárquico y el supervisor o tutor responsable, quienes le orientarán-acompañarán al profesional del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales con la mayor diligencia.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ANTE LOS TRABAJADORES CON PROBABLE TRASTORNO MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL

La gestión de la salud mental en el trabajo ha de seguir un modelo conceptual con dos objetivos principales en la intervención ante los problemas de salud mental:

- *En las condiciones de trabajo*
- *En las características del individuo o las consecuencias de la salud mental en el trabajador.*

Las actuaciones preventivas tienen que ir dirigidas a los diferentes tipos de la prevención con medidas de intervención a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria:

— *En la prevención primaria se debe evitar la aparición del trastorno de salud mental. Estará orientada a evitar los factores precursores tanto en el lugar de trabajo como en el individuo.*

— *La prevención secundaria se orienta hacia el mantenimiento de la población activa, que ya padece algún tipo de trastorno, encaminada a la detección precoz de los problemas de salud mental, mejorando la salud de los trabajadores y evitar o minimizar sus consecuencias sobre el*

la detección precoz de los problemas de salud mental, mejorando la salud de los trabajadores y evitar o minimizar sus consecuencias sobre el medio ambiente en el trabajo.

- La prevención terciaria estará orientada a la reincorporación y rehabilitación del trabajador con problemas de salud mental.

Las intervenciones preventivas se llevarán a cabo en cada una de las funciones que integran el Plan de Prevención de los Centros de Trabajo:

- Evaluación de Riesgos.
- Vigilancia y control de la Salud.
- Formación e información

En el plan de prevención tienen que estar integrados los procedimientos y protocolos de actuación ante de factores psicosociales de riesgo, así como, programas de actuación ante trastornos de salud mental y trastornos adictivos en el los Centros de Trabajo.

Intervención Preventiva desde un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del ámbito sanitario

¿Cómo abordar la prevención de los factores psicosociales de riesgo y de los trastornos mentales y adictivos en la población activa?

Las actuaciones desde los SPRL abordarán los niveles de prevención mencionados y deben de ir dirigidas tanto al medio laboral como a las características individuales de los trabajadores o a la repercusión de la salud mental sobre el individuo.

Las actuaciones preventivas tienen que estar integradas en el Plan de Prevención de la Empresa y se planificarán partiendo de la evaluación de riesgos del puesto, de factores psicosociales y de la valoración Médico-laboral del trabajador:

A. Evaluación de riesgos y factores psicosociales

El punto de partida en la planificación de las actuaciones preventivas es la identificación y análisis de los factores de riesgo y factores psicosociales relacionados directamente con la organización, el contenido del trabajo, la realización de la tarea, las relaciones interpersonales, y demás factores que pueden ser generadores de problemas de salud mental o actuar como agravantes de los mismos:

- En las condiciones generales de trabajo se identifican los riesgos para la seguridad y salud, teniendo en cuenta, con carácter general, la naturaleza de la actividad, las características de los puestos de trabajo existentes y de los trabajadores que deban desempeñarlos
- La evaluación de factores de riesgo psicosociales se hará efectiva con métodos de evaluación como: FPSICO 89, ISTAS-21 100, PREVNLAB-PSICOSOCIAL 91, INSL 93, MARC-UV 95 y otros métodos de evaluación validados y aplicación efectiva.
- Se revisará la evaluación de riesgos con una periodicidad establecida, cuando cambien las condiciones de trabajo y con ocasión de daños para la salud.
- La valoración del riesgo siempre estará en relación con la capacidad funcional del trabajador.

B. Vigilancia y control de la salud

La valoración del estado de salud físico y psicosocial del trabajador, consiste en el examen de salud específico y la valoración psiquiátrica dirigida teniendo en cuenta las tareas o funciones que realiza el trabajador y los factores de riesgo detectados en el puesto de trabajo. En la mayoría de las ocasiones el trabajador con problemas de salud mental o de consumo abusivo de sustancias es remitido al SPRL por sus Jefes, mandos inmediatos o compañeros de trabajo, siendo en otras ocasiones detectado en un examen de salud programado o con ocasión de una consulta de salud por este u otros motivos. El control y seguimiento de la salud en estos casos se realizará con la periodicidad establecida por el facultativo que asiste al trabajador, además el trabajador tendrá que llevar a cabo los exámenes de salud específicos con la periodicidad establecida: a la incorporación al trabajo, periódico, por ausencia prolongada por motivos de salud, cuando cambien las condiciones de trabajo y con ocasión de accidentes o incidentes en el puesto de trabajo.

La valoración específica de salud mental se lleva a cabo por el médico del trabajo con un modelo de entrevista psiquiátrica dirigida y con derivación, si cumple criterios, a atención especializada a través de un modelo de comunicación entre los SRPL/Centros Salud Mental/Programas de Asistencia Especializada. Posteriormente se lleva a cabo la valoración médico-funcional con la sintomatología y disfunción que provoca y las limitaciones funcionales detectadas, así como las medidas de protección y prevención establecidas en personas con incompatibilidad laboral por sus condiciones psíquicas.

C. Medidas de actuación preventiva

a) **Medidas intervención individuales:** La actuación sobre las características individuales o de repercusión en la salud mental del trabajador deben de estar orientadas a la educación para la salud, con información de pautas de actuación en técnicas de afrontamiento en el medio laboral y en la vida diaria, así como formación e información en habilidades de comunicación, trabajo en equipo, manejo de conflictos, y estrategias específicas según las características individuales del trabajador.

b) **Medidas de intervención organizacional:** Aplicación de medidas correctoras sobre los factores psicosociales, el contenido de las tareas, los procedimientos de trabajo utilizados, los turnos y la carga mental en el puesto de trabajo. Estas medidas están orientadas a evitar los factores precursores implicados en la aparición de los trastornos de salud mental en el trabajo.

c) **Medidas de adaptación de tareas/o cambio de puesto por motivos de salud.**

En los Centros de trabajo se aplica el protocolo de adaptación y/o cambio de puesto por motivos de salud. Después de evaluar las condiciones de trabajo y específicamente los f. psicosociales y su repercusión en la salud mental de los trabajadores, se pueden derivar actuaciones de adaptaciones y/o cambio de puesto con el objetivo de proteger la seguridad y salud del trabajador y/o de los compañeros y usuarios del Centro. Las medidas pueden ser de:

- Medidas de adaptación, buscando mecanismos de adaptación de las tareas y/o funciones que puedan agravar o perjudicar la salud del trabajador o de los usuarios del Centro.
- Medidas de Cambio, que se establecen cuando no se puedan llevar a cabo las medidas de adaptación y existen factores de riesgo que puedan comprometer la seguridad o salud del trabajador, de otros trabajadores y/o de los usuarios de los centros de trabajo.

d) **Valoración de Incapacidad:** En situaciones en las que las medidas intervención contempladas no son efectivas o no hay posibilidad de implantación dentro de la organización y el trabajador tiene una incapacidad funcional evidente para su categoría profesional y la tarea habitual

que desempeña, es susceptible de valoración de Incapacidades por parte de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) . En estas situaciones el facultativo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales elaborará un informe de valoración médico-laboral que incluya la información de atención especializada, así como la relación de medidas de intervención implantadas para poder adaptar o cambiar al trabajador dentro de la organización sin que existan riesgos para su salud ni para trabajadores y/o usuarios del centro, así como repercusiones en la calidad y productividad del centro de trabajo.. Este informe puede ser solicitado por el trabajador o por EVI con el objetivo de valorar la evaluación médico-laboral del trabajador, así como la posibilidad de implantación de medidas de prevención y protección que puedan hacer posible la adaptación de las condiciones del puesto al trabajador .

e) **Formación e Información de los Trabajadores:** Es imprescindible como estrategia de intervención preventiva la formación e información de los trabajadores tanto a nivel individual como en los programa de formación continuada de los centros de trabajo:

- Formación específica sobre el puesto trabajo.
- Formación gestión factores psicosociales: Manejo Conflictos, Gestión estrés, habilidades de comunicación, etc. Impartida por los SPRL y expertos en la materia.
- Información de las Evaluaciones del puesto y medidas de prevención y protección a adoptar: Información aportada por los SPRL.

f) **Procedimientos de actuación en casos de situaciones conflictivas:**

Protocolo de actuación en situaciones de violencia interna en el trabajo.

Los Centros de trabajo tienen que disponer de un Plan general de intervención ante conflictos internos entre sus trabajadores En las Instituciones Sanitarias se ha desarrollado un proyecto sobre el plan de situaciones conflictivas internas en trabajadores de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid. El objetivo principal estará orientado a la prevención de la violencia interna y como objetivo secundario la mejora de la asistencia sanitaria a los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Dentro del procedimiento se establecerá un registro de conflictos internos centralizado en la Comunidad de Madrid, siendo los Servicios de Prevención los encargados del registro en el ámbito de su competencia, del análisis epidemiológico y de la elaboración de un MAPA de riesgos con el objetivo de establecer medidas de prevención y protección así como el control y seguimiento de su eficacia ¹⁷.

Protocolo de actuación en situaciones conflictivas con los ciudadanos: Violencia externa.

Orden 212/2004, de 4 de Marzo ¹⁸ por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas. Las consecuencias de las agresiones comprenden lesiones físicas y trastornos psicológicos tales como desmotivación, ansiedad, miedo a acudir al trabajo, alteraciones del sueño, deterioro de las relaciones laborales, disminución del rendimiento y/o concentración, e incluso en casos severos, trastornos de estrés postraumático. El protocolo de actuación que llevan a cabo los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales comprende el registro de las situaciones conflictivas en una aplicación REMAC para posterior control y seguimiento, análisis epidemiológico de los datos y elaboración del MAPA de riesgos con el objetivo de establecer medidas de protección y prevención con los trabajadores que nos permitan evitar o minimizar estas situaciones así como el control de su eficacia.

Gestión del probable caso con un trastorno de salud mental

Aunque no existe ningún síntoma patognomónico de un trastorno mental específico, es fundamental conocer los síntomas característicos de los diferentes trastornos mentales graves para permitir la identificación temprana e iniciar un tratamiento precoz.

En relación a los trastornos mentales deben diferenciarse dos grupos bien definidos las patologías graves con afectación de las facultades superiores y de patologías menos graves en las que no suele estar afectadas las facultades superiores y que suelen ser compatibles con la actividad laboral:

A. Patologías Graves y habitualmente crónicas: Esquizofrenia, otras psicosis de curso crónico, T. Bipolares, T. Depresivo crónico severo, Demencias, etc:

- Alteración de funciones de nivel superior
- Suelen ser progresivas
- Evolución favorable y sin criterios de severidad suelen ser compatible con la actividad laboral
- Cuando presentan evolución desfavorable y criterios de severidad la capacidad laboral suele estar disminuida.

B. Síndromes Depresivos, Distimia, Fobias, T. Personalidad, Trastornos .Adaptativos:

- No alteración funciones de nivel superior.
- Limitaciones por otros aspectos en relación a la motivación, emotividad, aislamiento, etc.
- Compatibles en muchos casos con actividad laboral, a veces recomendada como factor beneficioso en el tratamiento y rehabilitación.

No existe una definición consensuada sobre el constructo de trastorno mental grave, éste puede variar según que el objetivo prioritario sea la planificación y gestión sanitaria, la investigación, la intervención clínica, etc., y son numerosas las posibles definiciones que se pueden encontrar al respecto en la bibliografía científica. Una revisión de las mismas de Thornicroft y Tansella en 2005 ¹⁹, indica como elementos comunes la necesidad de prestar atención a tres dimensiones:

- Diagnóstico: Incluyendo, de forma prioritaria, la psicosis y trastornos crónicos.
- Duración: Variable según las diferentes definiciones desde 1 a 5 años desde el inicio del trastorno.
- Discapacidad: Operativizada en función del desempeño de roles sociales, familiares, laborales y de auto-cuidado. Según estos autores, la efectividad de los Servicios Sanitarios depende tanto de la calidad de la tecnología instrumental como de la tecnología humana (el factor humano), siendo tan importante la competencia científico-técnica personal, como los factores derivados de la actitud y de la personalidad.

Una enfermedad mental grave según el Center for Mental Health Services del Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos (1993), es un **trastorno mental con deterioro funcional**, y se define de la siguiente manera:

1. Trastorno: Cualquier trastorno DSM diagnosticado durante un período de 12 meses, excluyendo los códigos V (afecciones no atribuibles a un trastorno mental que son objeto de atención clínica o tratamiento, como los problemas académicos o la simulación), los trastornos por consumo de sustancias (que en el próximo DSM-V se ha propuesto llamarlo "Adicciones y Trastornos Relacionados", incluyendo juego patológico y adicción a Internet) y los trastornos del desarrollo.

2. Deterioro: Interferencia considerable en al menos una de las principales actividades de la vida que incluyen no sólo las actividades básicas de la vida cotidiana como comer o bañarse, sino también "las habilidades instrumentales (p.ej., mantener un hogar, manejar dinero, desenvolverse en sociedad, tomar la medicación prescrita), y el funcionamiento en el contexto social, familiar y laboral/educativo

Los **parámetros de gravedad** en adultos a considerar son según Moré y cols ²⁰.

a) La gravedad diagnóstica (psicosis, depresión mayor, trastorno neurótico severo, crisis adaptativa severa, alcoholismo y adicciones severas, trastornos alimentarios graves) combinada o no con situaciones o grupos de riesgo.

b) Comorbilidad de distintas patologías psíquicas o físicas.

c) Grado de discapacidad producido (en relación con autocuidado y salud, afrontamiento personal y social, autonomía personal y social y tratamiento).

d) Repercusión del trastorno sobre el medio familiar y social (valorando el riesgo de heteropeligrosidad).

e) Autopeligrosidad (riesgo autolítico)

f) Precariedad o agravantes de la red social (soporte social y factores que dificulten la contención y/o obstaculicen el tratamiento).

g) Características de la demanda (voluntaria o involuntaria, nivel de sufrimiento y motivación).

h) Tiempo de evolución del trastorno (agudo o crónico).

i) Complejidad del manejo terapéutico (prestaciones necesarias, trabajo en red y necesidad de coordinación entre diferentes servicios).

j) Aparición de los síntomas en etapas de especial relevancia evolutiva (por ejemplo al inicio de la actividad laboral).

El caso de los trastornos adictivos, por definición, son también trastornos crónico-recurrentes, caracterizados por el consumo compulsivo, la pérdida de control y la producción de estados emocionales negativos asociado todo ello a un elevado riesgo de estados emocionales negativos, disfunciones cognitivas y conductuales que suponen un alto riesgo de mala praxis. Esto hace necesario, no solo realizar un tratamiento completo sino controlar el cumplimiento terapéutico y prevenir las posibles recaídas a largo plazo.

La gravedad del trastorno relacionado con el abuso de sustancias adictivas, se valorarán los siguientes criterios: cantidad, frecuencia y antigüedad del uso de la sustancia, así como las percepciones del paciente, déficit de control y las repercusiones psicopatológicas, afectivas, cognitivas y conductuales. Para ello se utilizarán cuestionarios auto-administrados, pruebas de laboratorio y análisis de sustancias en sangre, orina y cabello (Art. 785 Ley de Enjuiciamiento Criminal). Estas pruebas sirven tanto para objetivar el consumo de una sustancia, gravedad del trastorno, cumplimiento terapéutico y grado de abstinencia (siempre salvaguardando la confidencialidad de los resultados).

De forma operativa ²¹ se incluyen en el apartado de trastorno mental grave a los pacientes con los siguientes trastornos y en los que concurran las siguientes características:

1.1. Trastorno psicótico endógeno o inducido por drogas.

1.2. Trastorno delirante crónico endógeno o inducido por drogas.

1.3. Trastorno bipolar tipos I, II y III si existe comorbilidad con trastorno adictivo.

1.4. Demencia y deterioro cognitivo de causa psico-orgánica (trastorno mental severo, drogas, etc.).

1.5. Paciente con diagnóstico de trastorno grave de la personalidad, si existe comorbilidad con consumo de drogas (de forma prioritaria en caso de trastorno de tipo límite, antisocial o paranoide).

1.6. Trastorno disruptivo de conducta.

1.7. Trastorno mental grave que precise ingreso psiquiátrico.

Igualmente se incluyen en este apartado a los pacientes con trastornos adictivos que cumplen los siguientes criterios:

1.8. Trastorno adictivo y ejercicio de especialidad de riesgo (como anestesia, cirugía, ginecología, urgencias, intensivos, farmacología clínica, farmacia hospitalaria y demás servicios intervencionistas).

1.9. Presencia de patología dual.

1.10. Presencia de consumo durante la práctica profesional y/o en el lugar de trabajo (detectado en anamnesis).

1.11. Fracaso previo en al menos dos tratamientos frente a la adicción.

1.12. Policonsumo.

Criterios de detección del riesgo para si mismo o para terceros.

En el caso de los trastornos mentales graves se considerará la posibilidad de riesgo para la seguridad del propio paciente o para terceros:

1.13. Durante la evaluación del paciente se valorará la existencia de riesgo mediante:

1.13.1. La confirmación del mismo por el propio paciente a lo largo de la entrevista de apertura de historia y/o la entrevista clínica.

1.13.2. Información al respecto por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales que corresponde al paciente.

1.13.3. Quejas y/o reclamaciones de pacientes sobre ese profesional recogidas por escrito, que hagan presuponer el riesgo.

1.13.4. Manifestaciones en este sentido, reiteradas y concretas, de compañeros y/o supervisores.

1.13.5. Manifestaciones en este sentido por parte de familiares o acompañantes.

1.13.6. Conocimiento del terapeuta responsable del caso al realizar la evaluación y abordaje del mismo.

1.14. Se tendrán en consideración los siguientes elementos:

1.14.1. Historia psiquiátrica y laboral previa.

1.14.2. Tipo de diagnóstico/s.

1.14.3. Gravedad clínica. Identificando la presencia de:

– Pensamientos de auto/hetero-lesión.

– Ideación autolítica.

– Delirios o alucinaciones francas.

– Cuadro de agitación o pérdida del autocontrol

- Cuadro de agitación o pérdida del autocontrol.
- Patología orgánica asociada.
- Situación de consumo y/o abstinencia de drogas que comporte un peligro para la praxis.

1.14.4. Especialidad de riesgo (médicos y enfermeros de urgencias, de cuidados intensivos, cirujanos, anestesiistas, y/o otros puestos de elevada responsabilidad respecto a terceros).

1.14.5. Condición de "trabajador especialmente sensible a determinados riesgos" informada por su correspondiente Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (en función del Art. 25 de la L.P.R.L.).

1.14.6. Condiciones de trabajo de elevado riesgo psicosocial.

Procedimiento operativo

El procedimiento operativo que se realice debe orientarse a la recuperación de la salud del trabajador enfermo y a la prevención de los posibles riesgos sociales que se puedan derivar, aunando tanto el respeto a los legítimos derechos individuales recogidos en la actual Constitución Española, como la garantía de los derechos sociales esenciales, como es la salud. Para mejorar la calidad de vida laboral, la eficiencia de la institución y la prevención de responsabilidades, es necesario contar con unas normas organizacionales claras y con unos procedimientos reguladores eficaces que promuevan el desarrollo de una práctica médica adecuada y cuando exista riesgo significativo de daño grave a otras personas, se debe priorizar el deber de protección social sobre los legítimos derechos individuales, tomando y documentando cuantas decisiones y medidas se consideren necesarias, tales como: la advertencia del riesgo al interesado, al supervisor jerárquico responsable y a sus familiares, además de tramitar la solicitud de incapacidad laboral, de su hospitalización voluntaria o involuntaria y del seguimiento cuidadoso del caso. La determinación del grado de competencia de un trabajador con un trastorno mental grave que produce un deterioro en el juicio de realidad, como en los problemas relacionados con sustancias adictivas, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos, requiere de una cuidadosa valoración individual para determinar si tales personas son capaces o no de hacerse cargo y gestionar adecuadamente las demandas propias de su rol profesional para los recursos disponibles con los que cuentan. Para ello se deberá realizar el examen del estado mental del trabajador enfermo por un médico psiquiatra para valorar si esa persona es capaz de sopesar las distintas posibilidades, sus resultados previsibles y la relación beneficios/riesgos, razonar y tomar decisiones prudentes con tareas específicas de su trabajo. Además de realizar las pruebas complementarias necesarias se realizará un juicio formal con levantamiento de acta de su capacidad-incapacidad personal. Una vez declarada incompetente una persona se la priva del derecho a practicar su profesión y a los derechos que se consideren necesarios. Si la capacidad disminuida o la pérdida de capacidad originada por el trastorno mental, le impiden o dificultan de forma significativa asumir las responsabilidades propias del rol profesional, se valorará la presencia de cualquier trastorno mental de intensidad moderada o grave, sea primario o secundario.

En el caso de los profesionales sanitarios (PS), como en otros profesionales de otros sectores de alta fiabilidad y responsabilidad social, pueden tener lugar unas consecuencias especialmente graves para terceros, además de los peligros de daño para sí mismo. Más allá de la competencia científico-técnica del PS es necesario valorar también su competencia psicosocial, habilidades de comunicación y de respeto a la individualidad del enfermo, en cuanto a sus preferencias y creencias propias, a su intimidad y a la confidencialidad de la relación. Cuando se detecte en cualquier PS la presencia de un patrón desadaptado de conducta, con deterioro significativo de su actividad socio-laboral, por mal cumplimiento de las responsabilidades propias de su rol profesional, sea por acción inadecuada o por omisión; los demás PS que lo conozcan tienen la obligación individual de comunicar al superior jerárquico inmediato la existencia de tales disfunciones del rol profesional. No actuar así constituye una complicidad negligente con el compañero desadaptado, que contribuye al aumento de los riesgos derivados para él mismo y para terceros. El supervisor responsable comprobará con la mayor discreción y diligencia posible, la información recibida a través de otros compañeros del trabajo y de los familiares del compañero enfermo, y la transmitirá al responsable del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Desde este servicio se confrontará a la persona afectada con sus alteraciones de conducta, guiándose por criterios preventivos y terapéuticos, para lo que podrá contar con el apoyo de los especialistas que considere más adecuados al caso concreto, siempre con la máxima confidencialidad y respeto a la dignidad y buena imagen del afectado.

En todo caso se considerarán las siguientes dimensiones esenciales:

- La existencia o no de conciencia de enfermedad en el trabajador enfermo, de su gravedad y de la importancia de sus repercusiones probables.
- El grado de adherencia al tratamiento.
- La disponibilidad de apoyo socio-familiar. Se estudiará su situación familiar, para identificar la figura clave y tras contactar con ella evaluar su grado de conocimiento de la enfermedad del trabajador.
- Existencia de tratamiento psiquiátrico previo.
- La posibilidad de establecer un compromiso terapéutico y de controlar su eficacia y continuidad y para la prevención de recaídas y la realización aleatoria de la determinación de los niveles de fármacos y/o de presencia de tóxicos.
- La valoración de los riesgos que pudieran resultar para la salud propia y de terceros

El manejo de las bajas y las altas laborales en los PS presentan connotaciones económicas, sociales y laborales, de gran complejidad, por lo que es esencial evaluar y registrar su pérdida de capacidad productiva. La responsabilidad en el manejo de las bajas laborales es del médico de familia, quien podrá utilizar como asesores cualificados a los especialistas hospitalarios o al médico de empresa. Cuando haya discrepancias irreconciliables entre el paciente y sus médicos, se contará con la inspección médica para negociar con aquel sobre su baja o alta laboral.

Se realizará la tramitación de solicitud de invalidez permanente de un PS cuando tras haber cumplido el tratamiento prescrito, presenta limitaciones anatómicas o funcionales objetivables graves y previsiblemente definitivas que disminuyen o anulan su capacidad laboral, según la Ley 42/94 del 30 de Diciembre de 1994.

Se valorará la indicación de ingreso psiquiátrico voluntario o involuntario por el tipo e intensidad de los síntomas psicopatológicos, ausencia de conciencia de enfermedad, el grado de desconexión del paciente con el medio y el riesgo para sí mismo o para otras personas. Lo que ocurre habitualmente en el caso de trastornos psicóticos, depresiones graves, y trastornos del comportamiento de tipo violento. Si el traslado es voluntario se debe solicitar un consentimiento informado por escrito. Si es involuntario, es recomendable solicitarlo a la familia, y además hacer un parte al juzgado de guardia correspondiente por medio de un aviso telefónico, fax o escrito con acuse de recibo en las 24 horas siguientes al traslado. Siempre hay que registrar en la historia clínica del paciente la valoración clínica, la medicación administrada y el motivo de traslado, por dos psiquiatras diferentes.

El ingreso involuntario está regulado en la Jurisdicción Civil por Ley 13/83 del 24 de Octubre de Reforma del Código Civil en materia de Tutela

(B.O.E. nº 256, 26 Diciembre 1983). Su objetivo es garantizar la seguridad del enfermo y de las personas que le rodean, sobre todo en el caso de trastornos clínicos graves, en presencia de riesgo suicida y de otras conductas de riesgo (como las adicciones), así como por resistencia y falta de adherencia al tratamiento. En estas situaciones de crisis se deben evitar las actitudes amenazantes y polemizar con el paciente, aunque tampoco se le debe dar la razón y someterse a sus manipulaciones engañosas. Al alta se debe hacer la derivación más conveniente para asegurar su seguimiento ulterior, contando con las preferencias del paciente y con las mejores posibilidades asistenciales disponibles.

En el caso de los Problemas Relacionados con el Alcohol y de otras sustancias de abuso, es preciso realizar una evaluación médica y psicológica completa, y valorar si el paciente presenta dependencia alcohólica, en cuyo caso se realizará desintoxicación, bien hospitalaria, bien ambulatoria (teniendo en cuenta la gravedad somática del caso y el apoyo familiar disponible). Tras ello, se pasa al período de deshabitación, donde también pasan directamente los pacientes con diagnóstico de abuso alcohólico. En esta fase se combina, tratamiento farmacológico con abordaje psicoterapéutico. El tiempo de seguimiento de los pacientes es un año.

Propuesta de actuación desde un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del ámbito sanitario

En la propuesta de actuación planteada desde un Servicio de Prevención del ámbito sanitario se describe el protocolo a seguir que comprende las actuaciones que se han de llevar a cabo ante trastornos mentales y trastornos adictivos presentes en los trabajadores del ámbito sanitario:

1. Establecer si se cumplen los criterios diagnósticos:

- *Sospecha Clínica.*

2. Valoración del puesto:

- *Riesgos y factores psicosociales.*

3. Valoración de la salud:

- *Psiquiatría Dirigida y protocolo específico.*

4. Propuesta Terapéutica:

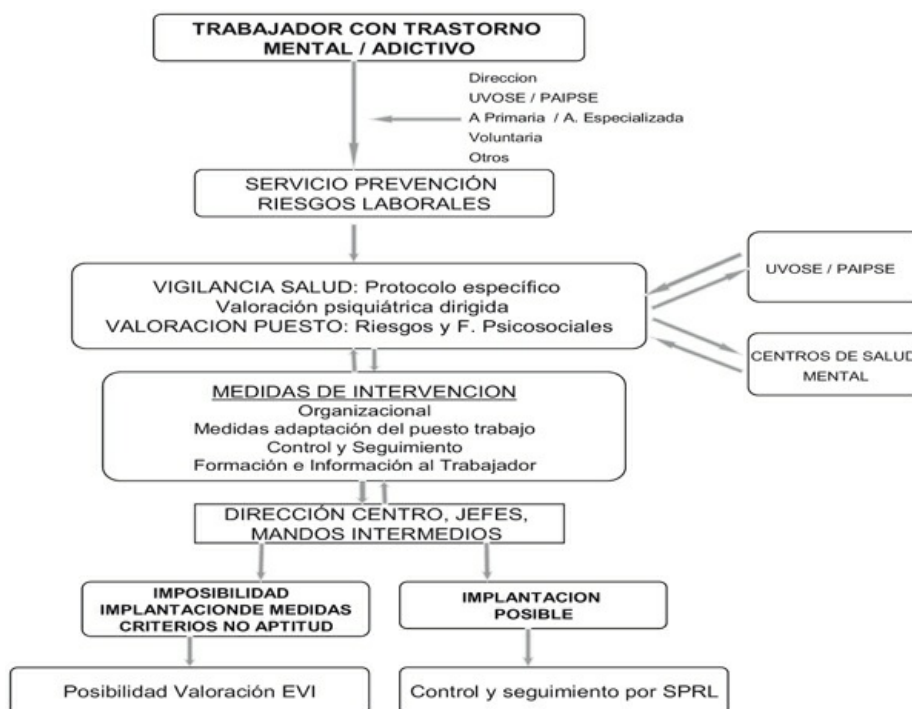
- *Adherencia, seguimiento.*

5. Valoración de Repercusión-Clinico Laboral.

6. Intervenciones en la Organización.

7. Coordinación con Instancias Externas.

En el protocolo de actuación se describe de una manera secuencial las actuaciones a desarrollar ante la sospecha o comunicación de un trabajador con trastorno mental y/o adictivo en los centros de trabajo del ámbito sanitario. El trabajador habitualmente es detectado por sus compañeros, mando intermedio, jefe del servicio/unidad o por otros dispositivos asistenciales relacionados. En otras ocasiones es detectado en un examen de salud inicial o periódico en el Servicio de Prevención del centro de trabajo. Una vez detectado y que acude a la consulta de salud laboral se hace una evaluación de la salud específica y la valoración psiquiátrica dirigida, la valoración de los riesgos del puesto, derivación si procede y valoración de la información aportada por los dispositivos de salud mental en un ejemplo concreto. Finalmente se determinan la valoración funcional del trabajador, así como las medidas de intervención preventiva su implantación, control, seguimiento y valoración de su eficacia. En casos de ineficacia de las medidas de prevención implantadas o cuando no hay posibilidades de implantación por la organización y el criterio de valoración médico funcional es de no aptitud, el trabajador tiene la posibilidad de valoración de incapacidad laboral por los equipos de valoración de incapacidades.

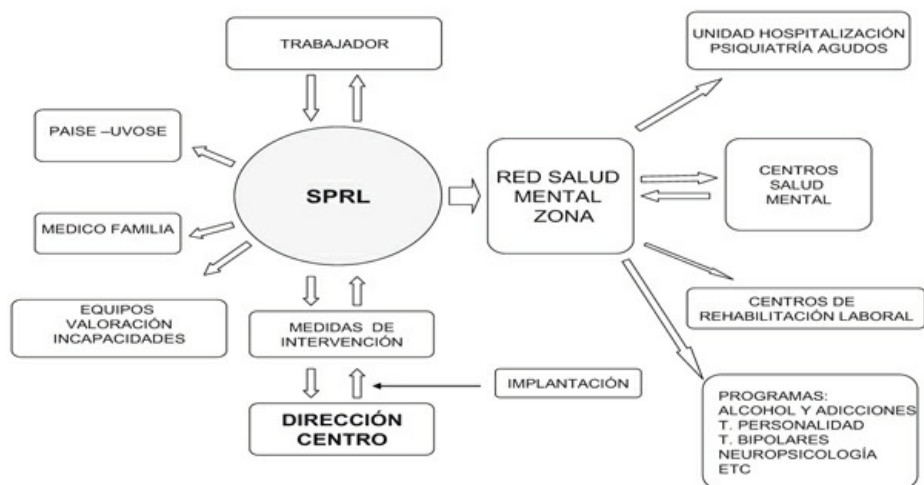


Circuito de comunicación entre el SPRL y otros dispositivos asistenciales.

En la propuesta de actuación se determina el circuito de comunicación con los dispositivos de atención especializada y primaria así como programas de asistencia integral sanitaria a profesionales, relacionados con la valoración de los trastornos de salud mental y trastornos adictivos, necesario para un adecuado plan terapéutico y control y seguimiento del trabajador.

Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales deben establecer una continua comunicación con los dispositivos relacionados fundamentalmente con atención primaria, atención especializada y programas de asistencia sanitaria específica al sanitario enfermo.

También se establecerá un circuito de comunicación con los Jefes, Mandos Intermedios y Direcciones correspondientes para la adecuada implantación de las medidas de prevención y adaptación del trabajador al puesto de trabajo, así como para la revisión periódica de su eficacia.



Fuente: SPRL. Hospital U. La Paz .SERMAS

Objetivos de la derivación al Servicio de Salud Mental

1. Valoración psiquiátrica y psicológica del trabajador enfermo que se considere necesario, según el protocolo de interconsulta y enlace desarrollado, así como su seguimiento hasta el alta clínica y laboral, según los criterios de inclusión y de salida que se consideren más adecuados.
2. Colaboración con los profesionales de otros centros sanitarios para conseguir realizar el mejor tratamiento posible en cada caso. Para ello se elaborarán los protocolos de coordinación con los servicios y programas que sean convenientes.
3. Elaboración de documentos normalizados, tales como contratos terapéuticos, consentimientos informados, etc.
4. Así mismo, se realizarán las funciones y cometidos que dentro del objetivo general del programa se consideren sean convenientes.

¿Quién hace las derivaciones?

Las derivaciones se harán de forma preferente desde:

- Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las Áreas Sanitarias en los casos en que se considere conveniente, sea por su gravedad clínica, dificultad de manejo terapéutico y/o grado de interferencia en el desarrollo de su actividad laboral.
- Los médicos de Atención Primaria...
- Los Servicios de Psiquiatría de los Distritos y Áreas Asistenciales en los casos en que se considere conveniente, sea por sus características clínicas, por confidencialidad, consideraciones terapéuticas y/o por el grado de interferencia en el desarrollo de su actividad laboral.
- A petición propia.

PROTOCOLO CLÍNICO BÁSICO

1. Evaluación clínica y psicométrica.
2. Solicitud de pruebas complementarias e interconsultas en los casos en los que se considere conveniente. Algunas patologías requieren utilizar unos procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos, como en el caso de los trastornos adictivos, que en cada caso se llevarán a efecto en los dispositivos más convenientes, sea de forma ambulatoria o de ingreso hospitalario.
3. Se propondrá un tratamiento integral con las intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales que permitan resolver el trastorno concreto, mejorar el bienestar del sanitario y del usuario, así como la eficiencia del Sistema Público de Salud.

Cuando, según los criterios establecidos, se identifique a un trabajador como *posible trastorno mental grave con riesgo para si mismo o terceras personas* se agilizará, en la medida de lo posible, la evaluación preferente o urgente del caso.

Se propondrá un tratamiento asistencial psico-farmacológico y se valorarán los siguientes aspectos fundamentales:

1. Valoración del grado de discapacidad mental y necesidad de incapacidad temporal ¹ (en un primer momento) y/o permanente (si se considera oportuno a lo largo del proceso asistencial).
2. Conveniencia de intervención médica y psiquiátrica hospitalaria urgente (voluntaria o involuntaria) en su Servicio de Urgencias correspondiente.
3. Comunicación con la familia del profesional sanitario con posible trastorno mental grave.
4. En caso de los médicos internos residentes, comunicación con su tutor de residentes.
5. Comunicación con el SPRL al que esté adscrito el profesional, a fin de controlar los posibles riesgos laborales que puedan verse incrementados por sus condiciones de salud y valoración del riesgo para si mismo y para terceros de forma extensible al lugar de trabajo. Será función de este servicio la valoración sobre la aptitud o no del paciente en su puesto de trabajo, su posible consideración como trabajador especialmente sensible y la valoración del riesgo profesional.

Si el SPRL lo considera oportuno tras el proceso de vigilancia de la salud y evaluación de *aptitud profesional*, comunicará el riesgo a Gerencia. Si el enfermo no acepta el criterio de *no aptitud para el trabajo*, pero se estima riesgo para terceros, se recomienda notificar esta contingencia a la Inspección Sanitaria (que puede aplicar igualmente la baja laboral por motivos médicos según normativa legal vigente). y por el La Gerencia

Sanitaria tiene la responsabilidad sobre el *funcionamiento asistencial* de su entidad sanitaria, por lo que, si lo considera oportuno, comunicará el riesgo para terceros al juez o fiscalía de incapacidades, así como la oportunidad de valorar la *responsabilidad deontológica y posible riesgo de mal praxis* por parte del Colegio Profesional del trabajador enfermo.

INFORMACIÓN AL PACIENTE CON POSIBLE RIESGO PARA SI MISMO Y/O PARA TERCEROS Y PLAN TERAPÉUTICO

Todos los pacientes que, a lo largo del proceso de evaluación y/o tratamiento, se califiquen como “*trastorno mental grave y riesgo para si mismo o terceras personas*” serán informados de tal condición.

1. Si el paciente acepta dicha condición:

1. Firmará un contrato terapéutico comprometiéndose a seguir el plan terapéutico propuesto, previa valoración de su capacidad (según Documento Sitges 2009). En el caso de pacientes con problemas adictivos, dicho plan comportará la realización de un tratamiento de desintoxicación, deshabituación y rehabilitación, con el seguimiento posterior y controles toxicológicos necesarios según criterio clínico.

2. Si el paciente no acepta dicha condición o existe incumplimiento del plan terapéutico:

1. Se considerará la necesidad de gestionar el tratamiento no-voluntario o el internamiento involuntario mediante solicitud judicial.

2. Se informará de forma inmediata a su Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, a fin de controlar los posibles riesgos laborales que puedan verse incrementados por sus condiciones de salud y valoración del riesgo para si mismo y para terceros de forma extensible al lugar de trabajo (Será función de este servicio la valoración sobre la aptitud o no del paciente en su puesto de trabajo, su posible consideración como trabajador especialmente sensible y la valoración del riesgo profesional).

3. Si el S.P.R.L. lo considera oportuno tras el proceso de vigilancia de la salud y evaluación de *aptitud profesional*, comunicará el riesgo a Gerencia.

4. La Gerencia Sanitaria tiene la responsabilidad sobre el *funcionamiento asistencial* de su entidad sanitaria, por lo que, si lo considera oportuno, comunicará el riesgo para terceros al juez y la oportunidad de valorar la *responsabilidad deontológica y posible riesgo de mal praxis* al Colegio Profesional del sanitario enfermo.

5. Se informará al Colegio Profesional del PS enfermo porque el persistente incumplimiento terapéutico en pacientes “con riesgo para la praxis”, la no realización de controles toxicológicos y/o tres controles consecutivos positivos, será causa de información para solicitar asesoramiento sobre el procedimiento clínico-laboral más adecuado a seguir, de forma individualizada y confidencial.

CONCLUSIONES

Tradicionalmente se ha tejido un muro de silencio frente a los trabajadores enfermos por patología mental o adictiva, tanto por los propios compañeros como por la propia administración responsable de los centros. Se propone que ante la sospecha de un probable trastorno mental grave con posible riesgo para sí mismo o para terceros se proceda de la siguiente manera:

— Comunicación verbal con el propio afectado sugiriendo la necesidad de consulta profesional en su SPRL y/o con el superior inmediato del trabajador afectado.

— El Superior le sugerirá verbalmente la posibilidad de consulta con el SPRL.

— Si accede: se le evalúa su salud mental actual.

— Si no accede: Elaboración de un escrito por parte de compañeros y superior, en el que de forma esquemática, fechada y objetiva se señalen conductas disruptivas observadas, conflictos en el lugar de trabajo, sintomatología clínica observada y otros datos de interés. Este escrito se hará llegar al SPRL.

El constructo “*trastorno mental grave*” incluye un conjunto de diferentes entidades nosológicas, que se presentan en una persona de forma continua o episódica- recurrente durante unos dos años de media y que cumplen unos determinados criterios diagnósticos de gravedad clínica y de evolución crónica; de forma que, para atenderlos, se debe disponer de unos recursos asistenciales adecuados.

Actualmente, hay un amplio acuerdo entre profesionales y gestores acerca de que debe priorizarse la atención en los Servicios de Salud Mental a las personas que padecen un trastorno mental grave, ya que son las que suelen tener una mayor discapacidad derivada del padecimiento del mismo (Thornicroft y Tansella, 2005). Por otro lado, es necesario disponer de instrumentos que mejoren el reconocimiento de los casos más graves y ayuden a la toma de decisiones en su derivación (Moré Herrero et al., 2008).

Los SPRL son imprescindibles en la detección precoz de los factores psicosociales de riesgo, trastornos de salud mental y adictivos, por la accesibilidad a los trabajadores, por el conocimiento de los puestos de trabajo y del estado de salud de los trabajadores. Par lograr estos objetivos los profesionales sanitarios pueden adquirir herramientas sencillas y eficaces para la detección precoz y el tratamiento efectivo de los trabajadores que padecen trastornos mentales como hacen con las demás enfermedades.

La propia Institución Sanitaria, los servicios de Prevención de Riesgos Laborales en colaboración con los de Salud Mental y con los medios que sean necesarios deben garantizar la calidad de vida laboral y la seguridad de los trabajadores, a través del desarrollo de los programas más convenientes, con las máximas garantías bioéticas y confidencialidad.

Se potenciará la relación con los sindicatos representativos del sector sanitario y los colegios profesionales correspondientes a los casos que proceda a fin de realizar cuantas intervenciones preventivas sean convenientes para mejorar la calidad laboral de los trabajadores sanitarios y facilitar la asistencia clínica de los casos afectados.

Es necesario potenciar la investigación epidemiológica en la relación a la Salud Mental de los profesionales de la sanidad y sus condiciones de trabajo. Es necesaria la intervención de todos los actores de la organización para prevenir y controlar los efectos para la salud de los factores psicosociales de riesgo.

Son necesarias con carácter permanente estrategias de formación e información integradas en la formación continuada de los Centros de Trabajo y dirigidas a Trabajadores, Delegados de Prevención Jefes, Mandos Intermedios y Direcciones, en políticas y procedimientos de prevención de la violencia, habilidades de comunicación, trabajos en equipo, manejo de conflictos etc. Los SPRL precisan formación específica en la identificación y estrategias de intervención en relación a los factores psicosociales, trastornos mentales y adictivos en la población laboral.

Los especialistas y actores sociales señalan la necesidad de disponer de investigaciones que informen acerca de la efectividad de diversas

estrategias, modelos y programas preventivos que se han aplicado muchas veces en forma empírica, sin un sustento sólido demostrable por investigación.

Cuando el Colegio Profesional tenga conocimiento de un profesional del SERMAS con un posible trastorno mental grave que suponga riesgo para sí mismo y/o para terceros, facilitará su evaluación psiquiátrica y velará, según sus propios protocolos de actuación, por la responsabilidad deontológica del profesional sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez A. Psicología de las Organizaciones. Promolibro, Valencia. 1988.
2. Ovejero Bernal A. Psicología del trabajo en un mundo globalizado. Biblioteca Nueva, Madrid. . 2006.
3. Cortina A. 2005. Ética de la empresa. Trotta, Valencia
- Vicente Pérez AJ. 2005. Prevención de Riesgos Laborales. ESIC, Madrid.
4. Comisión Europea: "Mejorar la calidad y productividad en el trabajo: Estrategia comunitaria de seguridad y salud en el trabajo (2007-2012).
5. *Constitución Española. Artículo 40.2.* Salud laboral. BOE-A-1978-31229
6. *Directiva Marco 89/391/CEE,(6) del Consejo del 12 Junio 1989: DOCE Serie L nº 183. por la que se establecen medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores*
7. *Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.* (BOE 269/1995 de 10-11-1995)
8. *Real Decreto 39/1997 del Reglamento de los Servicios de Prevención.*
9. *Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, en su Capítulo IV: Artículo 21 donde se determinan las actuaciones sanitarias en el ámbito de la salud laboral. BOE-A-1986-10499.*
10. *Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: Una estrategia comunitaria de seguridad y salud en el trabajo 2002-2006.* Comisión Europea.
11. *OMS, Mental Health: facing the challenges, building solutions.2005.*
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006.
13. Comunidad de Madrid y Obra Social de Caja Madrid. Estigma social y enfermedad mental. 2006.
14. Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente. Cómo cumplir la agenda de modernización. Elsevier España. 2010.
15. Vicente Pérez AJ. Prevención de riesgos laborales. ESIC Madrid. 2005.
16. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Triacastela. Madrid. 2007.
17. Protocolo de actuación en situaciones conflictivas con los ciudadanos: Violencia externa. Orden 212/2004, Madrid a 4 de Marzo 2004.
18. *Jornadas de Prevención de la Violencia Interna en las Instituciones Sanitarias. Hospital Clínico-AMMTAS. Madrid 28 Enero 2011.*
19. Thornicroft, G. y Tansella, M. La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Editorial Triacastela, 2005.
20. Moré, M.A., Jiménez, M.A., Muñoz, P.E., Muñoz, A. y Zufía, J. Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario de derivación de la atención primaria a los servicios de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2008; 36(4); 210-217. 2008.
21. Mingote, J.C., Del Pino Cuadrado P., Gálvez Herrer, M, Gutiérrez García, M.D., Sánchez Alaejos, R. Utilidad preventiva del constructo "trastorno mental grave" en el ámbito sociosanitario. *Medicina y Seguridad en el Trabajo* 2010,56(221): 306-322. 2010.