



PATROCINADORES



La SALUD MENTAL de las y los TRABAJADORES

Elaborado por:
OBSERVATORIO VASCO DE ACOSO MORAL
DIRECTOR CIENTÍFICO:
MANUEL VELAZQUEZ



COLABORADORES:

Academia
de Ciencias
Médica de Bilbao

Consejo Vasco
de la Abogacía

Eusko Jaurlaritza-
Gobierno Vasco

Wolters
Kluwer



CONSEJO VASCO DE
LA ABOGACÍA



LEGELARIEN EUSKAL
KONTSEILUA

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES

Wolters Kluwer



Observatorio Vasco
de Acoso Moral

Jazarpen Moralaren
Euskal Behatokia

La SALUD MENTAL de las y los TRABAJADORES

Elaborado por:

OBSERVATORIO VASCO DE ACOSO MORAL

DIRECTOR CIENTÍFICO:

MANUEL VELAZQUEZ

COLABORADORES:

Academia
de Ciencias
Médica de Bilbao

Consejo Vasco
de la Abogacía

Eusko Jaurlaritzza-
Gobierno Vasco

Wolters
Kluwer



CONSEJO VASCO DE
LA ABOGACÍA



LEGELARIEN EUSKAL
KONTSEILUA

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y ASUNTOS SOCIALES



Wolters Kluwer

CONSEJO DE REDACCIÓN

Pedro GONZÁLEZ-TREVIJANO (*Presidente*)

José María ASENSIO MELLADO

Julio BANACLOCHE PALAO

Pilar BLANCO-MORALES LIMONES

Antonio CAYÓN GALIARDO

Guillermo GUERRA MARTÍN

Eugenio LLAMAS POMBO

Manuel LÓPEZ PARDIÑAS

Blanca LOZANO CUTANDA

José Luis MARTÍNEZ LÓPEZ-MUÑIZ

Francisco PÉREZ DE LOS COBOS ORIHUEL

Jesús-María SILVA SÁNCHEZ

Enrique ARNALDO ALCUBILLA (*Secretario*)

LA SALUD MENTAL DE LAS Y LOS TRABAJADORES

Coordinadores

María Pilar COLLANTES y Juan Ignacio MARCOS

Director Científico

Manuel VELÁZQUEZ

Autores

Juan Carlos Alastruey	Ikerne Meso
Rocío Barreira	Cristóbal Molina
Juan Carlos Benito-Butrón	Antonio Moreno
Pilar Collantes	Yolanda Muñoz
Juan José Díaz Franco	Iñaki Olaizola
Jordi Escartín	Guillermo Portero
Eider Etxeandia	M ^a Eugenia Ramos
Juan Ignacio Goiría	Maite Robertson
Maite Gómez Etxebarria	Diego Romero
Juan Carlos Fernández Arias	Xabier San Sebastián
Antonio Grinda	Martín L. Vargas
Juan Ignacio Marcos	Manuel Velázquez
María Jesús Martín Díez	María Rosa Vallecillo
Narciso Mazas	

Entidades Colaboradoras

Osalan
Observatorio Vasco de Acoso Moral
Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco
Consejo Vasco de la Abogacía
Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Director General de LA LEY: Alberto Larrondo Ilundain
Director de Publicaciones: José Ignacio San Román Hernández
Coordinación editorial: Gloria Hernández Catalán
César Abella Fernández

1.ª edición: octubre 2012

Edita: LA LEY
Edificio La Ley
C/ Collado Mediano, 9
28230 – Las Rozas (Madrid)
Tel.: 902 42 00 10 – Fax: 902 42 00 12
<http://www.laley.es>

© Wolters Kluwer España, S.A., 2012
© María Pilar Collantes y Juan Ignacio Marcos, 2012

Todos los derechos reservados. A los efectos del art. 32 del Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba la Ley de Propiedad Intelectual, Wolters Kluwer España, S.A., se opone expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, lo cual incluye especialmente cualquier reproducción, modificación, registro, copia, explotación, distribución, comunicación, transmisión, envío, reutilización, publicación, tratamiento o cualquier otra utilización total o parcial en cualquier modo, medio o formato de esta publicación.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la Ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

El editor y los autores no aceptarán responsabilidades por las posibles consecuencias ocasionadas a las personas naturales o jurídicas que actúen o dejen de actuar como resultado de alguna información contenida en esta publicación.

El texto de las resoluciones judiciales contenido en las publicaciones y productos de Wolters Kluwer España, S.A., es suministrado por el Centro de Documentación Judicial del Consejo General del Poder Judicial (Cendoj), excepto aquellas que puntualmente nos han sido proporcionadas por parte de los gabinetes de comunicación de los órganos judiciales colegiados. El Cendoj es el único organismo legalmente facultado para la recopilación de dichas resoluciones. El tratamiento de los datos de carácter personal contenidos en dichas resoluciones es realizado directamente por el citado organismo, desde julio de 2003, con sus propios criterios en cumplimiento de la normativa vigente sobre el particular, siendo por tanto de su exclusiva responsabilidad cualquier error o incidencia en esta materia.

Diseño, Preimpresión e Impresión por Wolters Kluwer España, S.A.
Printed in Spain

ÍNDICE SISTEMÁTICO

INTRODUCCIÓN	21
PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL. Por Pilar COLLANTES IBÁÑEZ.....	23
1. INTRODUCCIÓN	25
2. EL TRABAJO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL.....	27
3. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL	28
3.1. Nuevas formas de contratación y contrataciones precarias.....	30
3.2. Envejecimiento de la población trabajadora	33
3.3. Intensificación del trabajo.....	36
3.4. Las reestructuraciones y sus consecuencias sobre la salud mental	38
4. PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES	42
LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES ENTRE DOS ÁNIMAS OPUESTAS: «GARANTÍA» DE LA LEY DE SALUD PÚBLICA Y «RECORTES» DEL «DECRETAZO SANITARIO». Por Cristóbal MOLINA NAVARRETE.....	45
LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES EUROPEOS. Por Manuel VELÁZQUEZ.....	57
1. LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES EN CIFRAS.....	59
2. EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA SOBRE LA SALUD MENTAL	63

3.	EL PACTO EUROPEO POR LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR Y SU DESARROLLO RESPECTO A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	64
3.1.	Antecedentes del Pacto Europeo	64
3.2.	El contenido del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar	66
3.3.	El desarrollo del Pacto Europeo respecto al entorno laboral	66
3.4.	La Conferencia de Berlín sobre Salud Mental en el Trabajo (marzo de 2011)	69
3.5.	La Campaña Europea de Inspección de Riesgos Psicosociales en 2012	72

LOS COSTES DE LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO: PREVENIRLOS ES UN PRESUPUESTO, NO UN LASTRE, PARA LA RETOMA DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO SOSTENIBLE. Por

María Rosa VALLECILLO GÁMEZ..... 73

1.	INTRODUCCIÓN	75
2.	LOS COSTES DE LA SALUD MENTAL	76
2.1.	Los datos en cifras.....	80
2.2.	La proyección de los datos a la situación en España	88
3.	LA LABOR PREVENTIVA.....	92
4.	CONCLUSIONES: UN NUEVO RUMBO PARA LA SALUD MENTAL Y LAS POLÍTICAS DE EMPLEO	96
4.1.	Acciones.....	96

PRIMERA PARTE

LA SALUD MENTAL Y LAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO	99
---	-----------

¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL? Por Guillermo PORTERO LAZCANO 101

1.	INTRODUCCIÓN. CONCEPTOS RELACIONADOS.....	103
1.1.	Normalidad <i>versus</i> anormalidad	104
1.2.	Categorial frente a dimensional.....	106

1.3. Lo individual frente a lo comunitario	107
1.4. El multiculturalismo	109
2. CONCEPTO DE SALUD.....	111
3. CONCEPTO DE SALUD MENTAL.....	118
4. SALUD MENTAL EN LOS TRABAJADORES	122
PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL MEDIO LABORAL. Por Juan José Díaz FRANCO.....	129
1. INTRODUCCIÓN.....	131
2. TRASTORNOS PSICÓTICOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO.....	132
3. TRASTORNOS COGNITIVOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO.....	133
4. TRASTORNOS NEURÓTICOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO.....	133
5. TRASTORNOS POR ESTRÉS LABORAL.....	134
6. TRASTORNOS POR ABUSO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL MEDIO LABORAL.....	135
7. TRASTORNOS AUTOLÍTICOS.....	136
8. VALORACIÓN DE POSIBLES PSICOPATOLOGÍAS PREVIAS...	138
PSICOPATOLOGÍA RELACIONADA CON ALTERACIONES POR QUEBRANTAMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO. Por Juan José Díaz FRANCO	141
1. INTRODUCCIÓN	143
2. <i>MOBBING</i> (ACOSO MORAL, ACOSO PSICOLÓGICO)	147
3. <i>BURNOUT</i> (SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO) ..	148
4. TRABAJO A TURNO.....	149
5. TELETRABAJO.....	150
6. ERGODEPENDENCIA	150
SALUD MENTAL, OCUPACIÓN E IDENTIDAD. Por Martín L. VARGAS.....	153
TRES VECTORES PERSONALES: SALUD, OCUPACIÓN E IDENTIDAD	155
1. OCUPACIÓN Y SALUD MENTAL.....	158
2. LA EMPRESA ALIENANTE	160
3. LA EMPRESA HUMANIZANTE.....	163

SEGUNDA PARTE

LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO	165
HERRAMIENTAS FRENTE A LOS RIESGOS ORGANIZATIVOS Y LA VIOLENCIA LABORAL. Por Juan Carlos ALASTRUEY ANZA y Maite GÓMEZ ETXEBARRÍA	167
1. SITUACIÓN DE PARTIDA Y HERRAMIENTAS	169
1.1. Situación de partida actual.....	169
1.2. Dos herramientas clave.....	170
2. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y RIESGO PSICOSOCIAL.....	171
3. EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES	177
4. LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA LABORAL.....	181
4.1. Tipos de conflictos.....	181
4.2. El procedimiento de actuación.....	184
5. CONCLUSIONES.....	190
6. BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN	192
LAS FORMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL. Por Manuel VELÁZQUEZ.....	195
1. INTRODUCCIÓN	197
2. LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIAS SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	201
2.1. Medidas para equilibrar la carga de trabajo (demanda) y garantizar el tiempo de descanso	202
2.2. Medidas tendentes a aumentar el control y autonomía de los trabajadores	205
2.3. Medidas para mejorar el apoyo a los trabajadores	208
2.4. Medidas para mejorar las relaciones sociales en el lugar de trabajo	209
2.5. Medidas para mejorar la gestión de los cambios.....	210
3. LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIAS SOBRE LOS INDIVIDUOS.....	215
3.1. Acciones de formación y sensibilización de los trabajadores.....	216

3.2. Los procedimientos o protocolos ante situaciones de acoso laboral.....	220
4. LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LAS PEQUEÑAS EMPRESAS	225
CAUSAS, CONSECUENCIAS Y ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN FRENTE AL <i>MOBBING</i>. Por Jordi ESCARTÍN SOLANELLES	229
1. INTRODUCCIÓN	231
2. LAS CONSECUENCIAS DEL <i>MOBBING</i> PARA LAS ORGANIZACIONES Y TODOS SUS MIEMBROS	232
3. LOS FACTORES CAUSANTES O FACILITADORES DEL <i>MOBBING</i>	234
4. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN FRENTE AL <i>MOBBING</i>	239
4.1. Por qué no funcionan la mayoría de intervenciones destinadas a eliminar o minimizar la incidencia de <i>mobbing</i> ...	240
4.2. Tipos de intervenciones frente al <i>mobbing</i>	254
4.3. La relevancia del género en las intervenciones sobre <i>mobbing</i>	258
5. BIBLIOGRAFÍA	260
EL MÉTODO ICMA (INTERVENCIÓN-CONFLICTOS-MEJORA-AMBIENTE). Por M. ^a Eugenia RAMOS/Yolanda MUÑOZ/Eider ETXEANDIA	267
1. ANTECEDENTES	269
2. EL CONFLICTO EN LAS ORGANIZACIONES	270
3. EL METODO ICMA	271
4. ANÁLISIS DE LOS MÓDULOS DEL MÉTODO ICMA	273
4.1. Modelo directivo	273
4.2. Procedimientos	274
5. ESTRUCTURA.....	275
6. PERSONAS	275
7. SITUACIONES DE CONFLICTO O DE TENSION	275
8. ALGUNAS OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO ICMA..	276
9. BIBLIOGRAFÍA	276

TERCERA PARTE

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO AJENOS AL TRABAJO	279
--	------------

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO. Por Manuel VELÁZQUEZ.....	281
---	------------

1. EL ÁMBITO Y LA NATURALEZA DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO	283
2. LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO	284
3. LAS REDES EUROPEAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO.....	285
4. EL ENFOQUE INTEGRADO: LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	287
4.1. La «multicausalidad» de las enfermedades mentales.....	287
4.2. Las adicciones de los trabajadores	288
4.3. La doble presencia.....	288
4.4. El envejecimiento de la población trabajadora.....	289
4.5. La protección de los trabajadores psíquicamente sensibles.....	289
4.6. La inserción de los trabajadores marginados	289
4.7. La conciliación del trabajo con la vida familiar y social..	289
4.8. La alimentación equilibrada.....	290

FACTORES DE RIESGO EXTRALABORALES Y EXTRAORGANIZACIONALES QUE INTERVIENEN EN LA APARICIÓN DE LA PATOLOGÍA MENTAL EN EL TRABAJO. Por Rocío BARREIRA MÉNDEZ.....	291
---	------------

1. LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EXTRALABORALES.....	293
2. EL CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA Y OTROS FACTORES EXTRAORGANIZACIONALES.....	294
3. EL TRATAMIENTO DEL MALESTAR PSÍQUICO	295
4. CONCLUSIONES.....	297
5. ALGUNAS CUESTIONES PARA PROFUNDIZAR	298
6. BIBLIOGRAFÍA	298

FASYS, FÁBRICA ABSOLUTAMENTE SEGURA Y SALUDABLE. SERVICIOS INTEGRALES DE INTERVENCIÓN EN SALUD LABORAL. Por Juan Carlos FERNÁNDEZ ARIAS/Narciso MAZAS GONZÁLEZ/Antonio MORENO VILLENNA.....	301
1. INTRODUCCIÓN FASYS	303
2. EVALUACIÓN DE FACTORES ORGANIZACIONALES.....	308
3. FACTORES INHERENTES AL INDIVIDUO	312
3.1. ¿En qué consiste esta valoración psicológica?	322
3.2. Integración de prevención técnica y recursos humanos ..	328
4. FACTORES PSICOFÍSICOS.....	331
4.1. Ruido.....	332
4.2. Iluminación	333
4.3. Temperatura	333
4.4. Toxicidad, ambientes contaminados, higiene.....	334
4.5. Disponibilidad y disposición del espacio físico para el trabajo	334
4.6. Vibraciones.....	336
5. POSIBLES INTERVENCIONES SOBRE EL INDIVIDUO	336
6. CONCLUSIONES.....	338
7. BIBLIOGRAFÍA	340

CUARTA PARTE

LA VIGILANCIA Y EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES.....	343
VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES. Por Diego ROMERO GÓMEZ e Iñaki OLAIZOLA NOGALES	345
1. INTRODUCCIÓN	347
1.1. Conceptos y definiciones	347
1.1.1. Salud	347
1.1.2. Trabajo	347
1.1.3. Vigilancia	348
1.2. Objetivos	349
1.3. Legislación.....	351
1.4. Características.....	352

2.	VIGILANCIA DE LA SALUD MENTAL.....	355
2.1.	Características aplicadas a la vigilancia de la salud mental.....	355
2.1.1.	Voluntaria.....	355
2.1.2.	Específica.....	357
2.1.3.	Ética.....	359
2.1.4.	Confidencialidad e información.....	359
2.2.	Efectos más habituales en la salud mental relacionados con el trabajo.....	360
2.3.	Experiencias en vigilancia de la salud mental en el trabajo.....	361
2.4.	Condiciones para el desempeño de la vigilancia de la salud mental.....	363
2.5.	Desempeño de la vigilancia de la salud mental.....	364
2.5.1.	Momentos de la vigilancia.....	364
2.5.1.1.	Examen de salud inicial.....	364
2.5.1.2.	Examen de salud periódico.....	365
2.5.1.3.	Examen de salud tras ausencia prolongada por motivos de salud.....	365
2.5.2.	Modo de realizar la vigilancia.....	365
2.5.3.	Vuelta al trabajo.....	367
2.6.	Vigilancia colectiva en la salud mental.....	367
2.6.1.	Dificultad de la relación exposición-efecto.....	368
2.6.2.	Multicausalidad de las patologías.....	368
2.6.3.	Dificultad de la llegada de información.....	368
3.	CONCLUSIONES.....	369
	LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE LAS CAUSAS DE ALTERACIÓN DEL ESTADO PSICOFÍSICO. Influencia de los tratamientos con fármacos psicotrópicos sobre la salud mental de los trabajadores y adecuación al puesto de trabajo: medicamentos, drogas, etc. Por Juan Ignacio GOIRÍA ORMAZÁBAL.....	371
1.	INTRODUCCIÓN.....	373
2.	INFORMACIÓN Y FORMACIÓN.....	373

3.	EXÁMENES Y VERIFICACIONES DE SALUD	373
3.1.	Con carácter general.....	373
3.2.	En aquellos colectivos sujetos a exámenes de salud obligatorios.....	374
3.3.	Garantía de confidencialidad.....	375
3.4.	Garantía de asistencia y colaboración.....	375
3.5.	Colaboración de las áreas y servicios.....	375
PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL. PROMOVER LA IMPLANTACIÓN DE PLANES DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN LAS EMPRESAS. Por María Jesús MARTÍN DÍEZ y Maite ROBERTSON SANGRADOR		377
1.	INTRODUCCIÓN	379
2.	ACCIONES PREVIAS AL ESTABLECIMIENTO DE UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE TOXICOMANÍAS.....	380
3.	FASES DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA.....	381
3.1.	Formación del grupo de trabajo y definir los roles de cada uno.....	381
3.2.	Estudio de la situación	382
3.2.1.	Valorar costes/beneficios	382
3.2.2.	Valorar la situación de la empresa con respecto a las drogas.....	383
3.2.3.	Proponer política de drogodependencias.....	384
3.2.3.1.	Definir objetivos	384
3.2.3.2.	Aceptación del proyecto	384
3.2.3.3.	Declaración formal	385
4.	DESARROLLO DEL PLAN DE ACTUACIÓN	385
4.1.	Información y sensibilización	385
4.2.	Formación de mandos intermedios	386
4.3.	Definir reglas del consumo en el trabajo.....	386
4.4.	Test de despistajes o detección de consumos.....	387
4.5.	Intervención en casos de disfunción crónica.....	388
4.6.	Intervención en caso de disfunción aguda	390
5.	DESARROLLO DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	390
6.	BIBLIOGRAFÍA	391

QUINTA PARTE

LA ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO A LAS CARACTERÍSTICAS Y ESTADO PSICOFÍSICO DE LAS PERSONAS...	393
PROCESO SELECTIVO Y ADECUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO. Por Juan Ignacio GOIRÍA ORMAZÁBAL.....	395
1. ACTUACIÓN PREVENTIVA EN LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL	397
2. ACTUACIÓN PREVENTIVA EN EL RETORNO AL TRABAJO....	398
ANEXO I. INSTRUCCIONES A LA HORA DE REALIZAR LA ENTREVISTA A LOS ALUMNOS-TRABAJADORES ADSCRITOS A TALLERES DE EMPLEO	399
ANEXO II	401
REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA PERSONA TRABAJADORA AFECTADA POR UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL. Por Xabier SAN SEBASTIÁN.....	409
1. EL PROCESO DE REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN	411
1.1. Recogida de información y evaluación de la situación durante la IT	412
1.2. Elaboración de un plan de rehabilitación concreto	412
1.3. Puesta en marcha del plan de rehabilitación.....	413
2. CÓMO AFRONTAR LAS DIFICULTADES DEL PROCESO DE REINSERCIÓN	413

SEXTA PARTE

ASPECTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS DE LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO	415
CONFLICTOS ÉTICOS. Por Rocío BARREIRA MÉNDEZ.....	417
1. UN MARCO PARA LA REFLEXIÓN.....	419
2. LOS CONFLICTOS ÉTICOS MÁS IMPORTANTES.....	422
3. BIBLIOGRAFÍA	423
PROTECCIÓN DE DATOS. LÍMITES LEGALES. Por Rocío BARREIRA MÉNDEZ y Juan Ignacio MARCOS GONZÁLEZ.....	425

1.	INTRODUCCIÓN	427
2.	LAS PRINCIPALES PREGUNTAS Y SUS RESPUESTAS. EJEMPLOS.....	428
3.	CONCLUSIONES.....	435

SITUACIONES EN LAS QUE LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES NO ESTÁ SUFICIENTEMENTE PROTEGIDA. Por

Antonio GRINDA ALCANTARILLA

437

1.	INTRODUCCIÓN	439
2.	LA POSIBILIDAD DE ACCIONES PREVENTIVAS EN LA SELECCIÓN DE LOS TRABAJADORES.....	440
3.	LAS ACCIONES PREVENTIVAS DURANTE LA VIDA LABORAL	441
4.	ANÁLISIS DE CASOS REALES	442
4.1.	El acosado que institucionaliza su estado y lo convierte en el motor de su vida	443
4.2.	El sujeto tóxico que bajo una aparente victimización empeora el entorno laboral.....	445
4.3.	El empresario (por tanto no susceptible de sustitución) que desarrolla actividades permanentes de violación de derechos. También podría aplicarse este caso para el jefe o autoridad, en el ámbito administrativo, con pocas posibilidades de remoción	447
4.4.	Dos grupos enfrentados que neurotizan el contexto laboral	449
5.	COMENTARIO A UNA SENTENCIA DE LOS TRIBUNALES SOBRE EXÁMENES PSIQUIÁTRICOS.....	450
6.	CONCLUSIÓN	452

LAS PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DERIVADAS DE ENFERMEDADES MENTALES CAUSADAS EN LA RELACIÓN LABORAL. Por Ikerne MESO LLAMOSAS.....

453

1.	INTRODUCCIÓN	455
2.	LA CONSIDERACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL COMO ACCIDENTE DE TRABAJO	457
2.1.	Dentro del concepto general de accidente de trabajo	457
2.2.	Dentro de otros supuestos de accidente de trabajo	458

3.	LA CONSIDERACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL COMO ENFERMEDAD COMÚN	461
4.	CONCLUSIONES.....	464

JURISPRUDENCIA DICTADA EN EL ÁREA SOCIAL SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO. Por JUAN CARLOS BENITO-BUTRÓN OCHOA..... 465

1.	INTRODUCCIÓN.....	467
2.	PRETENSIÓN DECLARATIVA DE ILEGALIDAD-ILICITUD DE CONDUCTA Y CONDENA A SU CESE.....	468
3.	PRETENSIÓN EXTINTIVA-RESOLUTORIA CONTRACTUAL ...	469
3.1.	Acción «ordinaria» del artículo 50 del ET (arts. 58 del IICC y 49 del ET).....	469
3.2.	Acción «especial» de tutela de derechos fundamentales y libertades públicas.....	472
3.3.	Acción de despido (disciplinario, y difícilmente objetivo) ...	474
4.	PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA	475
5.	PRETENSIONES O PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD SOCIAL.....	476
5.1.	Calificación jurídica como riesgo profesional (arts. 115 y 116 de la LGSS)	476
5.2.	Prestaciones varias.....	477
5.3.	Recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad (art. 123 de la LGSS)	478
5.4.	Mejoras voluntarias de prestaciones; seguros y otros.....	478
6.	PRETENSIONES EN PROCEDIMIENTOS DE OFICIO	478

ANEXOS

	PACTO EUROPEO PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR	481
1.	PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN Y DEL SUICIDIO.....	483
2.	LA SALUD MENTAL ENTRE LOS JÓVENES Y EN LA EDUCACIÓN.....	484
3.	LA SALUD MENTAL EN EL ENTORNO LABORAL.....	484
4.	LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MAYORES.....	485
5.	LUCHAR CONTRA LA ESTIGMATIZACIÓN Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL.....	486

ACUERDO MARCO EUROPEO SOBRE EL ESTRÉS LIGADO AL TRABAJO	489
1. INTRODUCCIÓN	489
2. OBJETIVO	490
3. DESCRIPCIÓN DEL ESTRÉS Y DEL ESTRÉS LIGADO AL TRABAJO.....	490
4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE ESTRÉS RELACIONADO CON EL TRABAJO	491
5. RESPONSABILIDADES DE LOS EMPLEADORES Y DE LOS TRABAJADORES	491
6. PREVENIR, ELIMINAR O REDUCIR LOS PROBLEMAS DE ESTRÉS LIGADO AL TRABAJO	492
7. APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO	492



OSALAN

Laneko Segurtasun eta
Osasunerako Euskal Erakundea
Instituto Vasco de Seguridad y
Salud Laborales

Bizkaiko Lurralde Zentroa
Centro Territorial de Bizkaia

Camino Dinamita, s/n
Apartado de Correos 1.277 Bilbao
48903 Barakaldo - Bizkaia
Tel.: 94 403 21 79
Fax: 94 403 21 07

LANGILEEN OSASUN MENTALA

Aurkezpena

Guretzat, jende gehienarentzat, osasuna da daukagun altxorrik handiena. Horregatik, gure bizitzako esparru hori da ardurarik handienaz indartu, zaindu eta babestu behar duguna. Egiten ditugun ahalegin guztiak onerako izango dira. Eta Administrazio Publikoak osasun-zaintzaren eredu izan behar du; herritarren osasuna zaintzeko egiten diren jarduerak sustatu behar ditu. Gaur aurkezten dudun liburu hau pertsonen ongizatea eta osasuna helburu duen jarduera horietako bat da eta, horregatik, bultzada eman nahi diogu Eusko Jaurlaritzatik, helburu hori lor dezan.

Liburuak osasunaren alderdi nahiko arazotsu bat lantzen du: osasun mentala. Horrez gain, osasuna zaintzeko bideak bilatzen ditu, gure bizitzako beste alderdi garrantzitsu batekin — lanarekin— daukan harremana kontuan hartuz. Gure gizartearentzat garai latza da oraingo hau. Lana falta da, eta lana beharrezkoa da pertsonak ondo eta osasuntsu egoteko. Milaka pertsonen egoera dramatikoa arintzeko politikak jarri behar dituzte martxan botere publikoek. Enplegua sortzera bideratu behar dira indarrak; baina ez litzateke edozein lan balekotzat jo behar. Funtsezkoa da sortzen diren lanpostuak kalitatezkoak eta behar dugun segurtasuna emateko modukoak izatea. Lan-osasuna da enpleguaren kalitatea neurtzeko oinarritzko alderdietako bat. Lanak osasunean eragina izatea saihestu behar da.

Beraz, atsegin handia da liburu hau aurkeztea, gure bizitzetako bi alderdi garrantzitsuen arteko harremana gaitzat hartzen duelako: osasuna eta lana. Bien arteko harremana aztertzen du, baita lana osasun-iturri izateko eta osasunaren galbide ez izateko arazoak eta konponbideak ere. Izan ere, osasunaren alderdi oso berezi bat ukitzen baitu, ondo zaindua egoteko adituen tratamenduak behar dituena: osasun mentala. Azkenik, atsegin handia da liburu hau aurkeztea, idazketan parte hartu duten guztiak profesionalak direlako eta liburuarekin gure erkidegoko langileentzat osasun hobea lortu dutelako.

Ricardo Barkala Zumelzu

Laneko sailburuordeak

Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco

Erakunde autonomiaduna
Organismo Autónomo del



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO



OSALAN

*Laneko Segurtasun eta
Osasunerako Euskal Erakundea*
Instituto Vasco de Seguridad y
Salud Laborales

Bizkaiko Lurralde Zentroa
Centro Territorial de Bizkaia

Camino Dinamita, s/n
Apartado de Correos 1.277 Bilbao
48903 Barakaldo - Bizkaia
Tel.: 94 #### 403 21 79
Fax.: 94 #### 403 21 07

LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES

Presentación

Para todos nosotros, para una gran mayoría de las personas, el mayor bien que atesoramos es nuestra salud. Ese es, pues, el ámbito de nuestras vidas que, con mayor dedicación, debemos fomentar, preservar y proteger. Todos los esfuerzos que se lleven a cabo serán bienvenidos. La administración pública debe ser el ejemplo en estas labores de fomento de la salud. Debe promover las actividades que tengan como objetivo la salud de los ciudadanos. Este libro que presento hoy es una de esas actividades que tiene como objetivo el bienestar y la salud de las personas, es por eso que desde el Gobierno Vasco queremos empujarlo para el logro de sus objetivos.

El libro trata de un aspecto de la salud que tiene una problemática especial: la salud mental. Además, busca proteger la salud en la relación que tiene con otro de los hechos importantes en nuestras vidas: el trabajo. En este momento nuestra sociedad vive tiempos difíciles. El trabajo falta y el trabajo es necesario para el bienestar, para la salud, de las personas. Los poderes públicos deben poner en marcha políticas que mitiguen la situación dramática que viven miles de personas. El esfuerzo debe dirigirse a crear empleo, sin embargo, no cualquier trabajo debería valer. Es vital que los puestos de trabajo que se creen tengan la calidad suficiente para lograr la seguridad necesaria. Uno de los aspectos fundamentales a la hora de valorar la calidad del empleo es la salud laboral. Deben prevenirse los efectos en la salud que el trabajo pueda suponer.

Por lo tanto, es un verdadero placer presentar este libro. Porque trata de la relación entre dos de los aspectos fundamentales de nuestras vidas: la salud y el trabajo. Trata de su relación y de los problemas y soluciones que deben ponerse en marcha para que el trabajo sea una fuente para la salud y no un riesgo para perderla. Porque toca, así mismo, un aspecto de la salud que tiene una situación especial y que necesita tratamientos expertos para preservarla: la salud mental. Por último, es un placer porque todos los que han contribuido a escribir este libro son profesionales que han logrado al escribirlo una salud mejor para los trabajadores y trabajadoras de nuestra comunidad.

Ricardo Barkala Zumelzu
Viceconsejero de Trabajo
Eusko Jaurlaritz - Gobierno Vasco

□

□

Erakunde autonomiaduna
Organismo Autónomo del



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

□



OSALAN

Laneko Segurtasun eta
Osasunerako Euskal Erakundea
Instituto Vasco de Seguridad y
Salud Laborales

Bizkaiko Lurralde Zentroa
Centro Territorial de Bizkaia

Camino Dinamita, s/n
Apartado de Correos 1.277 Bilbao
48903 Barakaldo - Bizkaia
Tel.: 94 #### 403 21 79
Fax.: 94 #### 403 21 07

LA SALUD MENTAL DE LAS Y LOS TRABAJADORES

Prólogo

A mediados del siglo XX la Organización Mundial de la Salud cambió de manera radical la definición de salud. De ser un concepto más bien estático (la salud es la ausencia de enfermedad) pasó a ser un concepto dinámico. La salud es «el mayor estado posible de bienestar físico, psíquico y social». Dos ideas muy importantes se adivinan en esta definición. Por una parte, la salud es un concepto dinámico, en el que las propias personas podemos influir, depende de nuestro estilo de vida, del ambiente... Por otra, se incluyen dentro del concepto de salud facetas de la persona que no siempre se habían incluido. En este libro se hace hincapié en una de esas facetas: la salud psíquica. La salud de la persona es un todo, es indivisible, y todas las circunstancias que contribuyen a su mejora o a su pérdida actúan de manera global.

Una de esas circunstancias que van a influir en los cambios del estado de salud de las personas es el trabajo. El trabajo, como la salud, es un bien muy estimado en la sociedad, más aún en los tiempos de escasez que vivimos. Por ello, el trabajo va a condicionar de manera decisiva nuestra salud. En primer lugar, el trabajo va a mejorar de manera muy importante nuestro estado de bienestar. En particular, en lo que se refiere a la salud psíquica, el trabajo es un condicionante que aporta seguridad, autoestima, mejora en la realización personal y en la relación social y otras variables que mejorarán nuestro bienestar.

Sin embargo, el trabajo es también un riesgo. La organización y las condiciones de trabajo pueden suponer un riesgo cierto para hacernos perder nuestra salud. Y, concretamente, un riesgo para la salud psíquica. Algunos contaminantes pueden poner en peligro la salud mental de las personas pero son sobre todo algunas características de la organización y del desempeño del trabajo las que tienen una mayor influencia en el riesgo de enfermedad. Estas características son las que se han venido a llamar los riesgos psicosociales: la demanda de las tareas, el control que podemos tener sobre ellas, la seguridad en el empleo, la influencia en el trabajo, las relaciones personales en el trabajo, las conductas de acoso, son ejemplos de esos riesgos psicosociales. Su prevención es el paso principal para proteger la salud mental de los trabajadores.

Sobre la protección y la prevención de la salud mental de los trabajadores trata este libro que tenemos entre las manos. En los últimos años se han realizado esfuerzos y avances muy importantes en ese objetivo de prevención. Baste citar el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar, que se describe con detalle en estas páginas, y que tiene como uno de sus capítulos trascendentales la salud mental en el trabajo.

El Observatorio Vasco sobre el Acoso Moral es el gran promotor de este libro. El Observatorio surge en el año 2002 de una reunión de profesionales de diversos ámbitos que buscan estudiar y dar a conocer a la sociedad un fenómeno que crecía

□

□

Erakunde autonomiaduna
Organismo Autónomo del



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO □



sin parar en el ámbito laboral: el acoso moral en el trabajo. Desde una mirada preferentemente jurídica pero con una participación interdisciplinar, se ha ido abriendo hacia el debate de otros problemas siempre relacionados con las conductas de violencia en el trabajo. Su carácter de organización flexible, apoyada en la autonomía y experiencia de sus integrantes, profesionales cuyo ámbito de trabajo se relaciona con esta problemática, ha permitido poner el punto de mira en conocer los temas y aportar ideas para las soluciones. Todo ello desde la publicación de libros como el que aquí se presenta, la organización de jornadas y seminarios y desde otras actividades que pudieran ayudar al conocimiento de estos problemas.

El Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, OSALAN, ha sido un colaborador (quiero pensar que imprescindible e importante) en la publicación de este libro. Ha aportado recursos y, sobre todo, profesionales que han contribuido con su conocimiento. OSALAN es el Instituto del Gobierno Vasco que tiene como meta la prevención y protección de la salud de los trabajadores en lo que se refiere a las condiciones de trabajo que pueden influir en ella. Como ya hemos dicho, la salud mental es una parte indivisible de la salud y el trabajo es uno de los condicionantes principales en la influencia en ese estado de bienestar. No podía, por tanto, nuestro Instituto abstraerse de participar en algo tan apasionante como la prevención de la salud mental de los trabajadores.

Es notorio que el Observatorio y OSALAN tiene objetivos comunes, tal vez desde ámbitos diferentes pero complementarios. Es una obligación, por lo tanto, colaborar en lo posible en la búsqueda de esos objetivos.

Si estas dos organizaciones, junto con otros ilustres colaboradores, han sido los artífices de este trabajo no es difícil barruntar cuáles serán los temas que tratará este libro. El libro ha sido escrito, bajo la dirección científica de Manuel Velázquez, inspector de trabajo y reconocido experto europeo sobre prevención de los riesgos psicosociales, por veintisiete autores. Han colaborado, además del Observatorio y OSALAN, el Consejo Vasco de la Abogacía (en cuyo seno se cobija el Observatorio), la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, y el Departamento de Empleo y Políticas Sociales.

Podemos decir que el libro se organiza intentando conocer y aportar soluciones a la problemática de la salud mental de los trabajadores: la promoción de la salud, los riesgos psicosociales, su prevención, la vigilancia de la salud mental de los trabajadores, el problema de las drogodependencias en el trabajo, la adaptación del puesto, los aspectos éticos, el abordaje en otros países, metodologías concretas de intervención, etc. Todo ello tanto desde una perspectiva técnica o médica como desde una perspectiva jurídica.

La salud mental de los trabajadores forma, como ya hemos dicho, parte indisoluble de la salud de los trabajadores. Aún así, tiene una serie de problemas concretos que hacen que su abordaje presente una complejidad mayor que cuando hablamos de «salud física».

Esta complejidad tiene, también, las dos perspectivas a las que aludíamos. Por una parte, los factores de riesgo (los riesgos psicosociales) frecuentemente no están evaluados o están evaluados de manera poco concreta, así, su prevención presenta mayores dificultades; son menos conocidas las relaciones entre estos factores de



riesgo y la aparición de la enfermedad; la competencia y el conocimiento de los médicos del trabajo para identificar de manera temprana estas dolencias son más limitados, y la readaptación y vuelta al trabajo puede ser más problemática cuando se han padecido enfermedades mentales. Desde la perspectiva ética y jurídica las temáticas de protección de la confidencialidad; de la obligatoriedad o no de someterse a pruebas médicas; de la obligación de adaptar el puesto y del derecho de la persona enferma a trabajar enfrentados a la capacidad de esa persona para desarrollar esas tareas; las características de la enfermedad que pueden acarrear que la persona no quiera que su médico del trabajo conozca su patología. Todas estas discusiones pueden darse en la prevención y la vigilancia de cualquier efecto en la salud, pero no se le escapa a nadie que en las patologías mentales se revisten de una dificultad especial.

Los autores del libro, todos ellos profesionales con experiencia y profundos conocedores de la temática sobre la que versa el libro, han buscado plantear de manera minuciosa toda la problemática relacionada con la salud psíquica de los trabajadores. Han planteado las preguntas, que es el primer paso para encontrar las soluciones, y han planteado soluciones a esas preguntas, en la mayoría de los casos soluciones varias. El libro busca la discusión sobre las alternativas de solución, provocar la discusión entre los diferentes profesionales involucrados en la prevención de la salud mental y presentar alternativas que puedan probarse para solucionar los diversos problemas planteados.

En este sentido, es un instrumento eficaz de ayuda a los profesionales, también a los trabajadores y empresarios, que permitirá conocer los problemas y avanzar en las soluciones.

INTRODUCCIÓN

PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL

Pilar COLLANTES IBÁÑEZ

*Directora general del Instituto Vasco de Seguridad
y Salud Laborales / OSALAN*

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. EL TRABAJO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL
3. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL
 - 3.1. Nuevas formas de contratación y contrataciones precarias
 - 3.2. Envejecimiento de la población trabajadora
 - 3.3. Intensificación del trabajo
 - 3.4. Las reestructuraciones y sus consecuencias sobre la salud mental
4. PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo es uno de los ambientes que en mayor medida afecta la salud física y mental de las personas y, en los momentos actuales, en los que el trabajo ha sufrido y está sufriendo cambios continuos y sustanciales en su organización, esa afectación puede dar lugar a importantes problemas de salud mental. El teletrabajo, el incremento en el uso de información, el empleo de las tecnologías de comunicación, la expansión del sector servicios y la utilización creciente de la externalización y la subcontratación son algunos de los grandes ejes, pero no los únicos, de ese cambio al que, en los últimos años, hay que añadir las reestructuraciones que están teniendo lugar como consecuencia de la crisis económica, que es mundial pero particularmente aguda en España.

En conjunto esos cambios introducen demandas crecientes de flexibilidad para el trabajador en términos del número y tipo de capacidades que se le exigen, lo que viene a menudo acompañado de tensiones sobre la distribución del tiempo de trabajo, ya sea en forma de trabajo a turnos, de trabajo nocturno o en horarios difícilmente compatibles con las necesidades familiares y sociales.

Los citados cambios han dado lugar a que los llamados riesgos psicosociales, asociados a la organización del trabajo, hayan emergido hasta considerarse un problema importante en el ámbito de la salud y la seguridad en el trabajo no sólo por los expertos, sino también por los propios trabajadores. La IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (2005) puso de manifiesto que el 20% de los trabajadores de la UE-15 y el 30% de los nuevos miembros de la UE creían que el estrés causado por el trabajo era un riesgo para su salud.

En España, la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2006) dio unos resultados semejantes: el 22,5% de los trabajadores opinó que

su trabajo afecta negativamente a su salud. Las consecuencias más citadas fueron el dolor de espalda (57,6% de quienes consideran que el trabajo afecta a su salud), el dolor de cuello o nuca (28,1%) y el estrés (27,9%). Por encima del 15% se situaron el dolor en miembro superior (16,4%) y el dolor en miembro inferior (15,2%).

En España, a pesar de que los desórdenes mentales no figuran en el vigente cuadro de enfermedades profesionales y por tanto no pueden en ningún caso admitirse como tales, la aplicación del artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social permite que, cuando se pruebe que la enfermedad se debe *exclusivamente* al trabajo, sea indemnizada como accidente de trabajo. Puesto que la carga de la prueba sobre la etiología exclusivamente laboral recae en el enfermo, se trata de una vía notablemente restrictiva, a pesar de lo cual en el año 2010 se reconocieron ciento noventa y un casos de este tipo⁽¹⁾, lo que sugiere que el problema podría tener una dimensión considerable.

En el Reino Unido en el año 2000 uno de cada cinco trabajadores se sentía «extremadamente» o «muy» estresado a causa de su trabajo. Las enfermedades provocadas por el estrés son responsables de la pérdida de 6,5 millones de jornadas de trabajo al año, con un coste para los empresarios de 570 millones de euros y de 5.700 millones para el conjunto de la sociedad. En Suecia, en 1999, el 14% de 15.000 trabajadores de baja por larga enfermedad manifestaron que la razón era el estrés. En Holanda, en 1998, el coste de las enfermedades psíquicas relacionadas con el trabajo fue estimado en 2.260 millones de euros al año⁽²⁾.

Al mismo tiempo, el coste económico del estrés relacionado con el trabajo para las empresas y las administraciones fue estimado en 2002 en 20.000 millones de euros anuales sólo en costes sanitarios⁽³⁾. Si a ello se

-
- (1) Observatorio de enfermedades profesionales (CEPROSS) y de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo (PANOTRATSS). *Informe anual 2010*. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/145097.pdf>.
 - (2) KOUOULAKI, T. (2004). «Stress Prevention in Europe: Trade Union Activities». En S. IAVICOLI (ed.). *Stress at Work in Enlarging Europe*. Roma: National Institute for Occupational Safety and Prevention. 17-27.
 - (3) KONKOLEWSKY, H. H. (2004). «Stress speech: European Week for Safety and Health». En S. IAVICOLI (ed.). *Stress at Work in Enlarging Europe*. Roma: National Institute for Occupational Safety and Prevention. 29-43.

añaden los costes derivados del descenso de productividad, la rotación de personal y la reducción de la capacidad de innovar se alcanzarían 265.000 millones de euros anuales⁽⁴⁾, lo que se situaría en niveles del 3-4% del PIB.

2. EL TRABAJO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL

Los efectos del trabajo en la salud mental son complejos. Por un lado, el trabajo es una fuente de satisfacción y realización personal por medio de las relaciones y la seguridad financiera que proporciona, aspectos que son condiciones necesarias para una buena salud mental. La falta de trabajo o la pérdida del mismo, por otro lado, pueden tener efectos negativos sobre la salud mental. Los desempleados tienen un riesgo de depresión que es el doble del de las personas que tienen empleo⁽⁵⁾.

Por otra parte, cuando el trabajo está mal organizado, aparecen los riesgos psicosociales, que pueden tener efectos negativos sobre la salud mental y el bienestar de las personas que trabajan.

Muy a menudo el estrés es la respuesta que aparece en las personas cuando las demandas y presiones derivadas de su trabajo no se ajustan apropiadamente a sus conocimientos y destrezas, superando su capacidad para hacer frente a aquéllas. Los orígenes del estrés pueden encontrarse, principalmente, en el contenido del trabajo, el ritmo y la carga de trabajo, la organización del tiempo de trabajo y el nivel de participación y control en la toma de decisiones.

El estrés no afecta a todas las personas de la misma manera. Puede originar violencia en el trabajo o conductas adictivas: tabaquismo, alcoholismo, abuso de drogas recreativas, promiscuidad sexual, ludopatía o adicción a las nuevas tecnologías. También puede conducir a problemas psicológicos, tales como irritabilidad, incapacidad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones o desórdenes del sueño.

(4) LEVI, L. (2002). «Spice or Life or Kiss of Death?». *Working on stress*, 5: 11-13.

(5) HARNOIS, G., y GABRIEL, P. (2000). *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices*. Ginebra: WHO.

Si el estrés se mantiene durante un período prolongado puede dar lugar a enfermedades mentales (depresión o ansiedad) dando origen a una incapacidad para el trabajo que puede llegar a ser permanente.

El estrés originado por el trabajo está asociado también a problemas físicos tales como infartos de miocardio, hipertensión, úlceras gástricas, dolor de cabeza, cuello y espalda, problemas dérmicos y escasa resistencia a las infecciones.

Si la incidencia del estrés es suficientemente grande, sus consecuencias individuales pueden convertirse en colectivas y afectar a las organizaciones en forma de tasas de absentismo muy elevadas, rotación de personal, problemas disciplinarios, aumento de la siniestralidad laboral, bajo rendimiento, y tensiones y conflictos interpersonales. Además, el estrés daña la imagen de la organización, tanto entre sus trabajadores como externamente, y puede dar lugar a problemas legales si los trabajadores emprenden este tipo de acciones.

3. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Aunque la mayor parte de las causas del estrés se encuentran en el diseño de la organización del trabajo y en la forma en la que es gestionada la organización, la aparición del estrés también puede estar relacionada con aspectos tales como las perspectivas de desarrollo profesional, el estatus, la remuneración, el rol del individuo en la organización, las relaciones interpersonales y las posibilidades de conciliación de la vida familiar con el trabajo⁽⁶⁾.

Muchos de estos factores de riesgo son conocidos desde hace mucho tiempo y han sido objeto de numerosos estudios bien conocidos y disponibles en la bibliografía, por lo que dedicaremos preferentemente nuestra atención a aquellos factores de riesgo de carácter *emergente*, es decir, cuya relevancia es creciente debido a los cambios que han tenido lugar en las condiciones de trabajo entendidas en un sentido amplio y en las propias características de la población trabajadora.

(6) LEKA, S., et al. (2003). *Work Organisation and Stress*. Ginebra: WHO.

La Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo realizó recientemente un estudio⁽⁷⁾ *Delphi* entre expertos europeos para detectar cuáles de los riesgos psicosociales tenían un carácter emergente. Los expertos propusieron cuarenta y dos riesgos psicosociales, de los cuales ocho fueron considerados fuertemente emergentes, diecinueve como emergentes, catorce sin una decisión clara y uno como no emergente. En la tabla 1 se recogen los ocho riesgos considerados como claramente emergentes.

1. Contrataciones precarias en el contexto de un mercado de trabajo inestable.
2. Aumento de la vulnerabilidad de los trabajadores en el contexto de la globalización.
3. Nuevas formas de contratación.
4. Sentimiento de inseguridad en el empleo.
5. Envejecimiento de la población trabajadora.
6. Jornadas de trabajo largas.
7. Intensificación del trabajo.
8. Subcontratación, externalización y producción ajustada (<i>lean production</i>).

Tabla 1. Riesgos psicosociales emergentes.

La observación de la tabla anterior pone de manifiesto que los riesgos psicosociales emergentes se concentran en tres grandes áreas: las condiciones del mercado de trabajo (riesgos 1, 2, 3, 4 y 8) que se manifiestan en distintos aspectos de lo que suele llamarse *precariedad* en el empleo; en segundo lugar, las características de la propia población trabajadora, que envejece rápidamente; y, en tercer lugar, las condiciones en las que se realiza la tarea (tiempo de trabajo e intensidad del trabajo), que se concretan en una creciente intensificación del trabajo. A cada uno de estos aspectos dedicaremos un apartado específico, así como a la problemática asociada

(7) EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.

a las reestructuraciones empresariales, que representan una de las situaciones más novedosas en este campo.

3.1. Nuevas formas de contratación y contrataciones precarias

Las nuevas formas de empleo y contratación, en particular los contratos precarios (tales como los temporales, a tiempo parcial o de incorporación a demanda) y la tendencia de las empresas hacia la producción ajustada y la subcontratación son aspectos que hoy en día afectan de manera importante a la salud y la seguridad de los trabajadores. Según los expertos que participaron en el estudio, los trabajadores con estos tipos de contratos son más vulnerables que los trabajadores permanentes. En la realidad se observa que frecuentemente realizan los trabajos más peligrosos, trabajan en peores condiciones y reciben menos formación en prevención de riesgos laborales.

La distinción entre trabajo precario y trabajo «ordinario» no es fácil de establecer. RODGERS⁽⁸⁾ propuso cuatro dimensiones características del trabajo precario:

- Bajo nivel de certeza sobre la continuidad del empleo.
- Bajo nivel de control individual y colectivo sobre el trabajo (condiciones de trabajo, salario, tiempo de trabajo).
- Bajo nivel de protección (protección social, protección contra el desempleo, protección contra la discriminación).
- Ingresos insuficientes o vulnerabilidad económica.

El trabajo precario puede definirse también como un empleo de baja calidad en general y con escasas oportunidades de formación y progreso profesional. La precariedad es el resultado de la combinación de estos elementos más que por cada uno de ellos aisladamente. En general se admite que el trabajo que presenta estas características aumenta los riesgos de

(8) RODGERS, G., RODGERS, J. (1989). *Precarious Jobs in Labourmarket Regulation: The Growth of Atypical Employment in Western Europe*. Bruselas: International Institute for Labour Studies, Free University of Brussels.

lesiones y enfermedades⁽⁹⁾. El trabajo precario se presenta de diversas formas en el actual mercado de trabajo. En la literatura científica es a menudo asociado con la contratación temporal y a tiempo parcial, entre otras, pero también con la prevalencia del trabajo autónomo⁽¹⁰⁾, el trabajo a domicilio o el pluriempleo son indicadores de precariedad.

Obviamente, el trabajo precario no es un fenómeno nuevo. El siglo XIX y la primera mitad del XX estuvieron marcados por las luchas obreras para conseguir seguridad en el empleo, lo que finalmente se tradujo en importantes mejoras de las condiciones de trabajo; pero la crisis económica de los años ochenta y la aparición de las nuevas tecnologías crearon las condiciones para el resurgimiento de una fuerza de trabajo «flexible» mediante la externalización de muchas funciones⁽¹¹⁾ que, junto al recurso a las empresas de trabajo temporal, aumenta la prevalencia de las formas de contratación distintas del contrato fijo a tiempo completo que sería la forma de empleo estándar.

La prevalencia del trabajo precario suele medirse mediante el indicador que representa la proporción de contratos temporales. En este sentido, España ostenta claramente el liderazgo europeo, pues dicha proporción se sitúa alrededor del doble del conjunto de la UE.

Una abundante literatura ha puesto de manifiesto que los trabajadores con contratos precarios están más a menudo expuestos a peores condiciones físicas de trabajo, tienen menos control sobre los ritmos de trabajo y ocupan puestos que requieren menores cualificaciones, lo que está asociado a que tienen menor acceso a la formación^{(12), (13)}.

(9) TUCKER, D. (2002). *Precarious' Non-Standard Employment. A Review of the Literature*. Nueva Zelanda: Department of Labour.

(10) COOPER, C. L. (2002). «The Changing Psychological Contract at Work». *Occupational and Environmental Medicine*, 59: 355.

(11) INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE TO ASSESS TRAINING NEEDS FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH PERSONNEL IN THE UNITED STATES (2000). *Safe Work in the 21st Century: Education and Training Needs for the Next Decade's Occupational Safety and Health Personnel*. Washington: National Academy Press.

(12) BENACH, J., AMABLE, M., MUNTANER, C., y BENAVIDES, F. G. (2002). «Working Conditions. The Consequences of Flexible Work for Health: Are We Looking at the Right Place?». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 405-406.

(13) BENACH, J., BENAVIDES, F. G., PLATT, S., DÍEZ-ROUX, A., y MUNTANER, C. (2000). «The Health Damaging Potential of New Types of Flexible Employment: A Challenge for Public Health Researchers». *American Journal of Public Health*, 90(8): 1.316-1.317.

En la literatura abundan las aportaciones que muestran la asociación entre trabajo precario y lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo⁽¹⁴⁾,⁽¹⁵⁾. En general se registran peores condiciones de salud en los trabajadores precarios que en los que disponen de un contrato estándar.

Las consecuencias del trabajo precario sobre la salud son en buena medida comparables a las del desempleo, pues ambas situaciones comparten trazos comunes, en primer lugar, la incertidumbre sobre el futuro. Algunos estudios han mostrado que la mortalidad entre los trabajadores con contratos temporales y a tiempo parcial es significativamente más elevada que entre los trabajadores permanentes⁽¹⁶⁾.

Para explicar el impacto del trabajo precario sobre la salud mental puede recurrirse al modelo de WARR⁽¹⁷⁾, que proporciona nueve variables que estarían relacionadas con la salud mental: las posibilidades de control, las posibilidades de empleo de las habilidades, los objetivos generados externamente, la variedad, la transparencia del entorno, la disponibilidad financiera, la seguridad física la oportunidad para el contacto interpersonal y la valoración de la posición social.

Para ciertas situaciones de empleo, varias de estas variables podrían no estar representadas o estarlo insuficientemente y tener un impacto en la salud mental. Tales consecuencias podrían ser problemas cognitivos (por ejemplo, incapacidad para concentrarse), ansiedad o depresión⁽¹⁸⁾, así como nerviosismo, temor, insatisfacción en el trabajo y falta de sociabilidad y relaciones de amistad.

(14) LEWCHUK, W., DE WOLFF, A., KING, A., y POLANYI, M. (2003). «From Job Strain to Employment Strain: Health Effects of Precarious Employment». *Just Labour*, 3: 23-35.

(15) BENACH, J., GIMENO, D., y BENAVIDES, F. G., EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (2002). *Types of employment and health in the European Union*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.

(16) NYLÉN, L, VOSS, M., y FLODERUS, B., (2001). «Mortality among Women and Men Relative to Unemployment, Part time Work, Overtime Work, and Extra Work: A Study Based on Data from the Swedish Twin Registry». *Occupational and Environmental Medicine*, 58: 52-57.

(17) WARR, P. B. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*, Oxford: Clarendon Press.

(18) DOLLARD, M.F., WINEFIELD, A.H. (2002). «Mental Health: Overemployment, Underemployment, Unemployment and Healthy Jobs». *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 1(3).

3.2. Envejecimiento de la población trabajadora

No existe un acuerdo generalizado acerca de a partir de qué momento las personas que trabajan pueden considerarse «mayores». Para la OCDE serían mayores los trabajadores que se encuentran en la segunda mitad de su vida laboral pero aún no han alcanzado la edad de jubilación. Otras instituciones, como los servicios alemanes de empleo, sitúan la frontera entre los cuarenta y cinco y los cincuenta y cinco años.

En cualquier caso, caben pocas dudas acerca de que el efecto combinado de la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida conducen a las sociedades de los países avanzados hacia un creciente envejecimiento de la población, como se muestra en la figura 1.

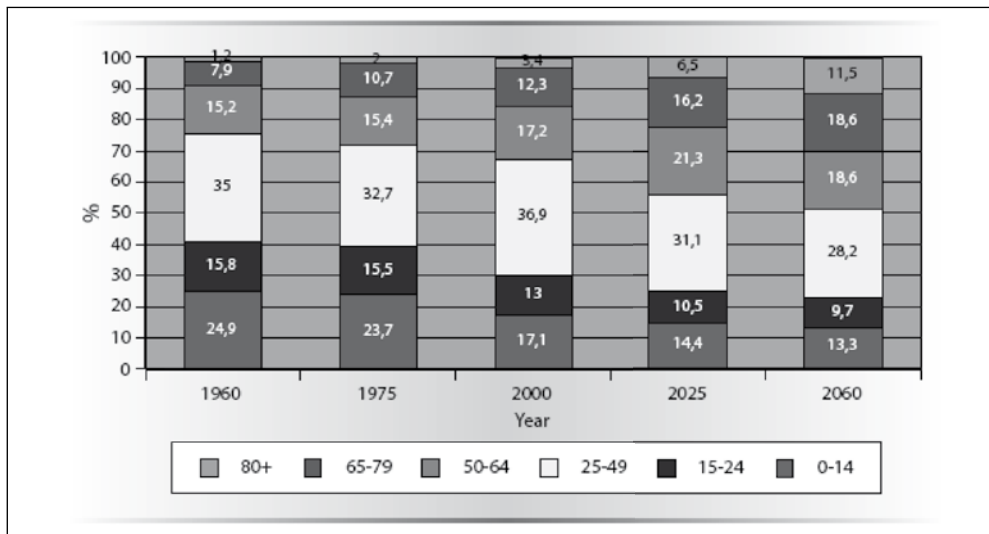


Figura 1. Distribución de la población de la UE por edad 1960-2060⁽¹⁹⁾.

En España (figura 2) los datos son concluyentes: entre 2002 y 2011 la cifra de afiliados en alta a la Seguridad Social de más de cincuenta y cinco años aumentó un 36%, mientras el conjunto de la afiliación lo hizo en sólo un 7,5%. En consecuencia, los afiliados «mayores pasaron de ser el 10,8% en 2002, al 13,7% en 2011».

(19) STATISTICAL OFFICE OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2005). *Europe in Figures. Eurostat Yearbook 2005*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.

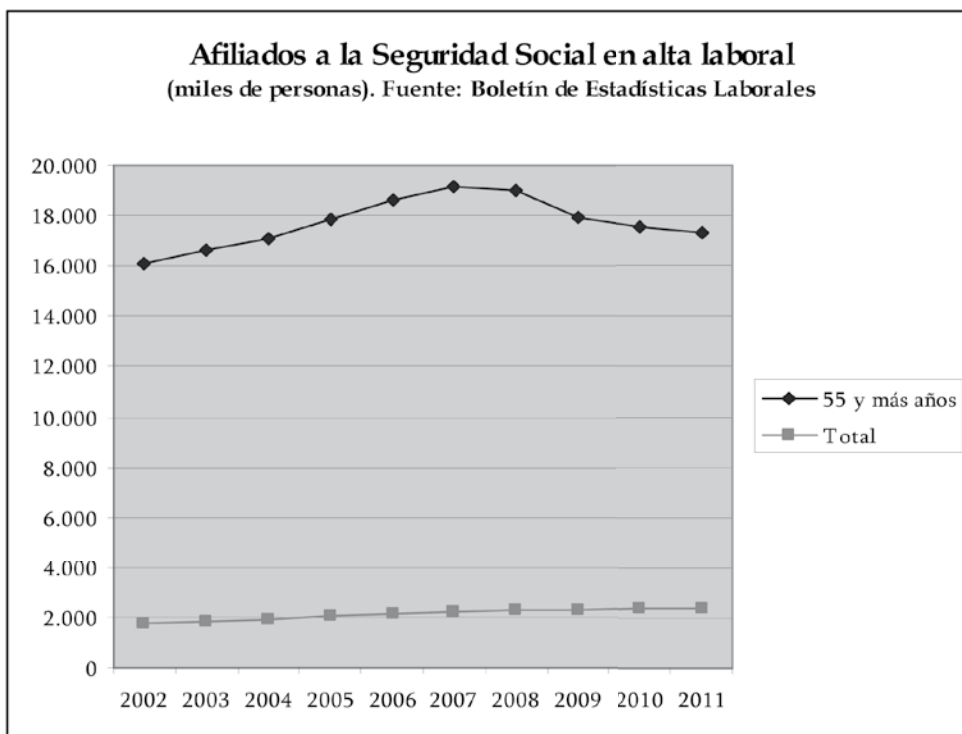


Figura 2. Evolución de la afiliación a la Seguridad Social.

Desde una perspectiva laboral, este envejecimiento debe contemplar una variable adicional, que es el alargamiento generalizado de la edad de jubilación, un alargamiento que tiene muchas posibilidades de seguir aumentando en el futuro a menos que se adopten decisiones drásticas en relación con el financiamiento de los sistemas públicos de Seguridad Social, como podría ser, por ejemplo, financiarlos parcialmente con impuestos y no sólo con cotizaciones de empresas y trabajadores.

El envejecimiento de la población trabajadora plantea problemas serios de seguridad y salud: si los puestos de trabajo no son adaptados a las capacidades específicas de la gente mayor (que no son coincidentes con las de las personas jóvenes), podríamos encontrarnos con que las tasas de accidentes y enfermedades de las personas mayores (y/o su bajo rendimiento si las tareas no están adaptadas a sus capacidades) convirtiera en inapreciable su contribución a la creación de riqueza.

El envejecimiento representa un proceso de cambio en el que ciertas funciones declinan y otras capacidades aumentan. Esta evolución es distinta en cada individuo, por lo que la aproximación a la misma no puede ser del tipo «talla única», sino que debe gestionarse de manera personalizada.

Entre las capacidades que mejoran estarían la experiencia, la independencia, la capacidad de juzgar, la estabilidad y el sentido de responsabilidad; en el ámbito de las capacidades que decrecen con la edad se citan la fuerza muscular, las capacidades sensoriales (vista, oído, tacto), la memoria a corto plazo, la velocidad de percepción y la capacidad de responder rápidamente a los estímulos (*responsiveness*)⁽²⁰⁾.

Frente a la opinión de que la gente mayor tiene menos capacidad de aprender, una serie de estudios han demostrado que los grupos laborales tienden a mostrar una disminución más acusada en aquellas funciones intelectuales que menos han ejercitado. Así, la disminución de la capacidad de aprender no sería tanto una consecuencia del envejecimiento en sí mismo, sino el resultado de una vida laboral con escasos requerimientos de aprendizaje y, en particular, oportunidades de aprender⁽²¹⁾.

Entre las capacidades que mejoran con la edad se encuentran algunas de las que están relacionadas con la experiencia acumulada por los trabajadores durante su vida personal y profesional. Entre los ejemplos se citan la capacidad para resolver tareas complejas, estar abierto a soluciones alternativas y mostrar tolerancia tanto a las opiniones divergentes como a las demás personas. Las personas mayores también suelen ser más tolerantes respecto al tiempo de trabajo (a menos que tengan menores a su cargo).

Finalmente, hay una amplia gama de habilidades que se mantienen relativamente constantes con el paso del tiempo, siempre que la persona no esté sujeta a presiones excesivas que las desgasten. Entre éstas se encuentran las habilidades necesarias para desarrollar con normalidad una jornada de

(20) LANDAU, K. (2004). *Alternseinfluss*. En K. LANDAU, y G. PRESSEL (eds.), *Medizinisches Lexikon der beruflichen Belastungen und Gefährdungen*. Stuttgart: Gentner.

(21) BUCK, H., KISTLER, E., y MENDIUS, H. G. (2002). *Demographic Change in the World of Work. Opportunities for an Innovative Approach to Work. A German point of view*. Stuttgart: Bundesministerium für Bildung und Forschung.

trabajo (concentración, aplicación de los conocimientos adquiridos, habilidades verbales, etc.)⁽²²⁾.

Además de las características personales innatas y el estilo de vida personal, un papel preponderante en el desarrollo de estas características lo juegan las influencias recibidas durante la vida laboral de cada individuo. Ello implica que éste es un tema en el que las afirmaciones genéricas sobre la «gente mayor» (o la «gente joven») no pueden hacerse.

En cualquier caso es obvio que las empresas en conjunto deberán realizar en un futuro no lejano una gestión de la edad en el marco de la gestión general de la empresa, algo que en Francia, por ejemplo, ya es una obligación legal: a partir del 1 de enero de 2010 las empresas de más de cincuenta trabajadores deben haber empezado a adoptar medidas que favorezcan el empleo de los mayores y, de no hacerlo, sufrirán un recargo del 1% de la masa salarial en sus cotizaciones a la Seguridad Social⁽²³⁾. Esa gestión deberá necesariamente tener en cuenta las necesidades particulares en el campo de la salud y la seguridad de los trabajadores mayores a fin de hacer posible la contribución efectiva de los mismos a los objetivos de la organización.

3.3. Intensificación del trabajo

Aunque nadie discute que desde los años ochenta del siglo XX el trabajo se ha *intensificado* notablemente, no es fácil definir qué es concretamente la intensificación del trabajo. Se trata más bien de una expresión que engloba una serie de modificaciones centradas en dos aspectos del trabajo.

Por un lado, un aumento de la *tensión temporal*, en el sentido de eliminación de cualquier tiempo «perdido», es decir, no absolutamente productivo, con eliminación de los microtiempos de descanso que servían para aliviar la tensión física y mental. Esta tendencia no afecta sólo al «taller», sino al conjunto de la organización. La introducción del *just in time* para

(22) DYCHTWARD, K. (1999). *Age power. How the 21st Century Will Be Ruled by the New Old*. New York: Jeremy P. Tarcher.

(23) Décret n.º 2009-560 du 20 mai 2009. Disponible en: <http://www.legifrance.gouv.fr/af-fichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020639752&dateTexte=&categorieLien=id>.

reducir la ociosidad de los recursos o el acortamiento del ciclo de vida de los productos (materiales o inmateriales) han llevado la tensión temporal a todos los ámbitos funcionales: investigación, diseño, fabricación, marketing, ventas, servicio posventa, etc.

El segundo eje del cambio lo constituye un desplazamiento de la organización del trabajo hacia una mayor autonomía y responsabilidad del trabajador individual, con los consiguientes cambios en los mecanismos de evaluación y control.

A todo ello ha contribuido decisivamente las posibilidades ofrecidas por las nuevas tecnologías de la informática y las telecomunicaciones, que permiten no sólo modificar de forma casi instantánea las planificaciones dando a las organizaciones niveles de flexibilidad impensables no hace muchos años, sino también ejercer un control casi absoluto sobre la actividad de los trabajadores, que se sienten en un estado de permanente período de prueba. Gracias a los avances en las telecomunicaciones, ese control no se limita a quienes están en el taller o la oficina, sino que se extiende a los trabajadores que desarrollan su tarea fuera del recinto físico de la empresa, como los conductores o los comerciales, por ejemplo. Estas incrementadas posibilidades de control generan en los trabajadores afectados una percepción de intensificación del trabajo⁽²⁴⁾.

Los datos disponibles confirman numéricamente la tendencia hacia la intensificación del trabajo. La IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo indicaba que en el año 2005 el 46% de los trabajadores europeos trabajaba muy rápido tres cuartos o más de su tiempo de trabajo, una tendencia que se incrementaba respecto a encuestas anteriores. En España, la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo encontraba en 2006 que el 18,9% de los trabajadores trabajaba *siempre o casi siempre* muy rápido y el 13,7% con plazos muy estrictos o muy cortos.

La propia VI Encuesta Nacional analizaba las posibles consecuencias sobre la salud de las exigencias temporales y encontraba que los trabajadores con altas exigencias temporales se diferenciaban significativamente de los que no estaban expuestos a tales exigencias en que dormían mal, tenían

(24) PERILLEUX, T. (2006). *Diffusion du contrôle et intensification du travail. Organisation et intensité du travail*. Toulouse: Octares. 367-375.

sensación continua de cansancio, se sentía tensos e irritables, padecían dolores de cabeza, tenían la sensación de estar emocionalmente agotados y no conseguían olvidarse de los problemas del trabajo.

Las exigencias temporales tienden a inducir niveles de atención altos que pueden complementarse con la realización de tareas muy repetitivas o complejas. La VI Encuesta Nacional encontró que en la primera situación (nivel de atención alto y repetitividad) se encontraban el 13% de los trabajadores y en la segunda (nivel de atención alto y complejidad), el 7%. En ambos casos los trabajadores expuestos a cualquiera de las dos combinaciones, comparados con los que no lo estaban, manifestaron sintomatologías parecidas a las que hemos descrito en el párrafo anterior en proporciones significativamente más elevadas que quienes no estaban expuestos a estos factores de riesgo.

Aunque la actual epidemia mundial de problemas músculo-esqueléticos coincide en el tiempo con la intensificación generalizada del trabajo, lo que podría sugerir una relación de causa efecto, ésta aún no ha sido demostrada a falta de un número suficiente de estudios concluyentes. Una excepción es el trabajo de VÉZINA *et al.*⁽²⁵⁾.

3.4. Las reestructuraciones y sus consecuencias sobre la salud mental

La crisis económica ha dado lugar a una amplia oleada de reestructuraciones en las empresas que implican modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo y frecuentemente reducciones importantes de plantilla, lo que afecta no sólo a las personas de las que se prescinde, sino también a quienes continúan en la empresa.

Las reestructuraciones son cambios en las organizaciones que afectan al conjunto de una empresa (o un sector) y que pueden manifestarse en forma de cierres, reducciones importantes de plantilla, externalización de una parte significativa de la actividad, fusiones, absorciones, movilidad interna u otras formas de reorganizaciones complejas.

(25) VÉZINA, N., STOCK, S., y SAINT-JACQUES, Y. (2006). «L'intensification du travail de couturière: savoir-faire et prévention des douleurs articulaires». En ASKENAZY, P., CARTRON D., DE CONINCK, F., y GOLLAC, M. (eds.) *Organisation et intensité du travail*. Toulouse: Octares. 281-289.

Inicialmente consideradas como un fenómeno pasajero asociado sobre todo a empresas en dificultades, hoy en día las reestructuraciones se han convertido en actuaciones recurrentes a las que se ven abocadas empresas rentables (recuérdense los numerosos ERE de grandes empresas rentables, por ejemplo) como consecuencia de la competencia internacional asociada a la globalización.

El impacto de las reestructuraciones está lejos de limitarse a los despidos masivos y las pérdidas de empleo. Más bien puede decirse que esos dos fenómenos son la punta del iceberg de un fenómeno económico cuyos efectos sobre las empresas y la organización del trabajo tienen un alcance mucho mayor, pues las reestructuraciones están asociadas a nuevos procesos y tecnologías, a cambios en las funciones y cualificaciones requeridas, a nuevas exigencias en los rendimientos individuales y colectivos que a veces son consecuencia de cambios en el accionariado de la empresa.

Además de sus efectos en el empleo, las reestructuraciones pueden originar un impacto importante en la salud mental de los empleados, las organizaciones y el conjunto de la sociedad. Un impacto que puede afectar a la productividad y limitar la consecución de los objetivos perseguidos por la reorganización efectuada. Por ello, mantener y promover la salud debería ser uno de los objetivos centrales de todos los actores de un proceso de reestructuración.

Existen numerosos estudios sobre el impacto de las reestructuraciones en la salud de las personas afectadas, en especial de la *pérdida del empleo* y, en general, concluyen que los efectos sobre la salud psicosocial son importantes⁽²⁶⁾ y han puesto de relieve que los efectos sobre la salud se manifiestan en forma de depresión y ansiedad, pero también comportan manifestaciones físicas. Los problemas psicosociales asociados a la pérdida del empleo debido a reestructuraciones están asociados a problemas cardiovasculares, incluyendo hipertensión arterial, deficiencias del sistema inmunológico, síndrome metabólico y obesidad⁽²⁷⁾.

(26) WEBER, A., HÖRMANN, G., y HEIPERTZ, W. (2007). «Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht». *Deutsches Ärzteblatt*, 104, A 2.957-2.962.

(27) KIESELBACH, T., y BEELMANN, G. (2006). «Ein aktueller Überblick zum Stand der Forschung zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit». En HOLLEDERER, A., y BRAND, G., (eds.), *Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheit*. Bern: Huber. 13-31.

Un segundo tipo de reestructuración asociado con la pérdida del empleo o al menos a una ruptura en el estatus del empleado es la externalización o subcontratación. En ambos casos se produce un sentimiento de inseguridad en los empleados anteriormente ocupados en las tareas externalizadas o subcontratadas, que temen bien ser transferidos a la empresa externa, bien ser obligados a cambiar de puesto en su empresa. Este tipo de situaciones están asociadas a un riesgo de enfermedad incrementado en 2,5 veces⁽²⁸⁾.

Las perspectivas de los que no son despedidos también son problemáticas, hasta el punto de que se habla de la «enfermedad del superviviente». Hay crecientes evidencias de que tienden a sentirse culpables en relación con sus compañeros despedidos («¿por qué me he salvado?») y a experimentar una inseguridad continuada («¿seré el próximo?»). En un contexto de posreestructuración los empleados pueden sentirse preocupados sobre la futura dirección de la organización y experimentar una pérdida de confianza en la misma. Por otra parte, a menudo los supervivientes se enfrentan a modificaciones sustanciales de sus antiguos puestos de trabajo y experimentan una creciente ambigüedad de rol.

En «Survivors and Victims of Hospital Restructuring and Downsizing: Who are the Real Victims?», BURKE⁽²⁹⁾ discute la posibilidad de que las verdaderas víctimas de las reestructuraciones sean los supervivientes, en relación con los que perdieron su empleo. En el estudio se puso de manifiesto que el personal de enfermería que *no* había sido despedido manifestó menos satisfacción en el trabajo, mayor absentismo, mayores niveles de *burnout* y menor bienestar psicológico que quienes habían perdido su empleo.

En lo referente a pérdidas concretas de salud, los supervivientes experimentan mayores niveles de mortalidad⁽³⁰⁾ y de consumo de medicamentos

-
- (28) VIRTANEN, M., KIVIMÄKI, M., JOENSUU, M., VIRTANEN, P., y ELOVAINIO, M. (2005). «Temporary Employment and Health: A Review». *International Journal of Epidemiology*, 34: 610-622.
- (29) BURKE, R. J. (2003). «Survivors and Victims of Hospital Restructuring and Downsizing: Who are the Real Victims?». *International Journal of Nursing Studies*, 40: 903-909.
- (30) VAHTERA, J., KIVIMÄKI, M., PENTTI, J., LINNA, A., VIRTANEN, M., VIRTANEN, P., y FERRIE, J. (2004). «Organisational Downsizing, Sickness Absence, and Mortality: 10-Town Prospective Cohort Study». *British Medical Journal*. Online publication: doi:10.1136/bmj.37972.496262.OD.

antipsicóticos, mayor incidencia de incapacidades permanentes⁽³¹⁾ y un aumento de consumo de tabaco y alcohol.

Existe una amplia evidencia de que los empleados experimentan *inseguridad en el empleo* durante los procesos de reestructuración, incluso aunque no conduzcan a despidos o al cierre de la empresa, pues están asociados a futuros cambios y a la ambigüedad asociada a los mismos. La inseguridad en el empleo parece ser uno de los más claros mediadores entre los procesos de reestructuración y el deterioro de la salud. Por ello, para comprender las posibles consecuencias de las reestructuraciones sobre la salud es importante comprender las relaciones entre la inseguridad en el empleo y la salud.

Por otra parte, el mero anuncio de la reestructuración puede reducir la motivación de los trabajadores, lo que está asociado a un aumento de los niveles de absentismo⁽³²⁾. Asimismo se observan altos niveles de presentismo —acudir al trabajo a pesar de estar enfermo— dado que es bien sabido que los empleados con mala salud tienen mayores probabilidades de ser despidos en una reestructuración que los que gozan de buena salud⁽³³⁾. Para los «supervivientes», las reestructuraciones están asociadas a un aumento del presentismo, que llega a *cuadruplicarse*⁽³⁴⁾, especialmente entre los trabajadores temporales.

Diversos estudios han puesto de manifiesto la relación entre la inseguridad en el empleo y el deterioro de la salud mental. Entre ellos citaremos un metaanálisis de treinta y siete encuestas realizadas entre 1980 y 1999 encontró un coeficiente de correlación medio entre inseguridad en el empleo

(31) VAHTERA, J., KIVIMÄKI, M., FORMA, P., WIKSTRÖM, J., HALMEENMÄKI, T., LINNA, A., y PENTTI, J. (2005). «Organizational Downsizing as a Predictor of Disability Pension: 10-Town Prospective Cohort Study». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 238-242.

(32) FREESE, C. (2007). *Organizational Change and the Dynamics of Psychological Contracts. A Longitudinal Study*. Ridderkerk: Ridderprint.

(33) QUINLAN, M., (2007). «Organisational Restructuring/Downsizing. OHS Regulation and Worker Health and Wellbeing». *International Journal of Law and Psychiatry*. 30: 385-399.

(34) THEORELL, T., OXENSTIERNA, G., WESTERLUND, H., FERRIE, J. E., HAGBERG, J., y ALFREDSSON, L. (2003). «Downsizing of Staff is Associated with Lowered Medically Certified Sick Leave in Female Employees». *Occupational and Environmental Medicine*. Online publication: doi:10.1136/oem.60.9.e9.

y mala salud mental de $r=-0,24$, lo que indica que a mayor inseguridad en el empleo, peor era el estado de salud mental⁽³⁵⁾.

A una conclusión similar llegó un estudio realizado en Noruega al poner de manifiesto una asociación significativa entre inseguridad en el empleo y manifestaciones de mala salud mental, como ansiedad, cansancio o trastornos del sueño⁽³⁶⁾.

La relación se detecta también en estudios longitudinales que muestran inequívocamente que la inseguridad en el empleo puede considerarse como una causa de mala salud mental⁽³⁷⁾.

4. PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

La epidemiología puede definirse como el estudio de la distribución de las enfermedades en la población y de los factores que influyen dicha distribución. Dentro de ella, la epidemiología social se ocupa del estudio de los *factores sociales* que afectan a dicha distribución. Hoy sabemos, en parte gracias a la epidemiología social, que algunos de los más relevantes de dichos factores sociales son los que están relacionados con la posición de la persona en el medioambiente de trabajo, que puede dar lugar en la mayoría de las personas a «ciertos tipos de reacciones que son dañinas para el individuo como ser biológico y social y por ello son de profunda importancia para él personalmente así como para el conjunto de la sociedad»⁽³⁸⁾.

Puesto que la experiencia enseña que los efectos negativos de los factores de riesgo psicosocial presentes en el trabajo no afectan por igual a todas las personas, cabe concluir que la resistencia de las mismas podría ser in-

(35) SVERKE, M., HELLGREN, J., y NÄSWALL, K. (2002). «No Security: A Meta-Analysis and Review of Job Insecurity and Its Consequences». *Journal of Occupational Health Psychology*, 7: 242-264.

(36) STØRSETH, F. (2006). «Changes at Work and Employee Reactions: Organizational Elements, Job Insecurity, and Short-Term Stress as Predictors for Employees' Health and Safety». *Scandinavian Journal of Psychology*, 47: 541-550.

(37) FERRIE, J. E., SHIPLEY, M. J., MARMOT, M. G., MARTIKAINEN, P., STANSFELD S., y SMITH, G. D. (2001). «Job Insecurity in Whitecollar Workers: Toward an Explanation of Associations with Health». *Journal of Occupational Health Psychology*, 6: 26-42.

(38) GARDELL, B. (1980). «Psychosocial Aspects of Industrial Product Methods». En L. LEVI (ed.). *Society, Stress and Disease, vol. IV, Working Life*. London: Oxford University Press.

crementada con un aprendizaje adecuado: de ahí el énfasis que a veces se pone en la mejora de la capacidad de resistir al *estrés* mediante programas de formación orientados a modificar el comportamiento *individual*.

Sin embargo, la prevención basada *exclusivamente* en la modificación del comportamiento individual presenta limitaciones importantes al menos por dos razones fundamentales.

La primera de esas limitaciones es la gran dificultad que se observa para que las personas modifiquen sus comportamientos individuales. Informar a alguien de que su salud está en riesgo porque se alimenta inadecuadamente, fuma, bebe o hace poco ejercicio es relativamente sencillo, pero la experiencia enseña que conseguir que las personas cambien sus hábitos es una tarea ímproba que suele cosechar pocos éxitos, especialmente respecto a la permanencia en el tiempo de los cambios de hábitos. Una de las razones para el escaso éxito de este tipo de programas es que los comportamientos individuales no responden sólo a una decisión «individual», sino que están influenciados por el entorno social y cultural en el que se desarrollan y, de hecho, responden a patrones claramente influenciados por factores como la edad, el sexo, la raza, la ocupación, la educación, etc.

La segunda gran limitación del enfoque individual es que, aunque se lograra un completo éxito en la modificación de los comportamientos de riesgo individuales, ello podría tener sólo un impacto limitado en la prevalencia de la enfermedad. La razón para ello es que la mayor parte de las enfermedades susceptibles de este tipo de enfoque son tan prevalentes que un enfoque individual difícilmente puede ser eficaz y, menos aún, eficiente. Aunque puedan lograrse buenos resultados en grupos concretos, el enfoque individual no consigue alterar significativamente la distribución de la enfermedad en la población al no modificar las condiciones del entorno que favorecen la entrada de nuevos afectados en el grupo de enfermos.

El ejemplo del tabaco o el de la obesidad son paradigmáticos: la prohibición de fumar en los espacios públicos reduce más el número de fumadores que todas las campañas orientadas a estimular el abandono del tabaco. Igualmente, el problema de la obesidad tiene muchas mayores posibilidades de solución actuando cerca de la producción y la distribución de alimentos que intentando convencer a los obesos de que modifiquen sus hábitos alimentarios.

En definitiva, la actuación sobre el *medioambiente* es mucho más eficaz y eficiente que los intentos de modificar el comportamiento individual, algo que los expertos en prevención de riesgos laborales conocen hace muchos años y que queda claramente recogido en los principios preventivos contenidos en el artículo 15 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el primero de los cuales es *evitar los riesgos*.

Puesto que la organización del trabajo es un riesgo no evitable, porque el trabajo debe forzosamente organizarse *de alguna manera*, lo que la ley prescribe es la aplicación del segundo principio: *evaluar los riesgos que no se puedan evitar*. De ahí la obligación de evaluar los riesgos psicosociales en todas las organizaciones, algo que muchas empresas aún no se han siquiera planteado.

En todo caso no debe olvidarse el cuarto de los principios que establece el citado artículo 15, particularmente adecuado al problema de los riesgos psicosociales: *adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud*.

La prevención de los riesgos psicosociales debe, pues, por obligación legal, centrarse en lograr una organización del trabajo no estresante, es decir, que logre un equilibrio entre las demandas efectuadas a los trabajadores, sus capacidades y los recursos de los que disponen para conseguir aquéllos.

Complementariamente deberá recurrirse a la formación adecuada en el sentido descrito en el artículo 19 de la Ley de Prevención, una formación que deberá ser *teórica y práctica, suficiente y adecuada*.

**LA PROTECCIÓN DE LA SALUD
MENTAL DE LOS TRABAJADORES
ENTRE DOS ÁNIMAS OPUESTAS:
«GARANTÍA» DE LA LEY DE SALUD
PÚBLICA Y «RECORTES»
DEL «DECRETAZO SANITARIO»**

Cristóbal MOLINA NAVARRETE

*Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Jaén
Director académico del Laboratorio-Observatorio de Riesgos
Psicosociales de Andalucía. Instituto Andaluz de Prevención
de Riesgos Laborales (IAPRL)*

1. Cuando el 5 de octubre de 2011, el *BOE* publicaba la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, lo saludábamos muy positivamente, pese al actual contexto de crisis y políticas de austeridad —para algunos de auténtico *rigor mortis*—, porque en ella se daba un salto de calidad en torno al compromiso de los poderes públicos con «las políticas de salud laboral». Desde una perspectiva general, la nueva ley llenaba de vida estas políticas, hoy muy debilitadas, y presentaba un extraordinario potencial para mejorar la calidad de vida de todos los españoles, su ambiente físico y cultural, pero también los ambientes laborales y, cómo no, la propia economía productiva. Pero es que, al mismo tiempo, y desde una perspectiva ya más concreta, relativa a la «salud mental en los ambientes de trabajo», también ofrecía un marco de acción mucho más sustancioso que el precedente, al recibir de pleno, aún sin nominarlo, el compromiso del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (2008). En este sentido, clave es la definición aportada sobre la salud laboral en el artículo 32, según el cual:

«La salud laboral tiene por objeto conseguir **el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores** en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, **el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos**, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo» (art. 32).

Pero la norma va —iba— más allá. En el artículo inmediatamente posterior, donde se pasa de las definiciones axiológicas —la delimitación ambiciosa de lo que se quiere hacer— a las actuaciones concretas a programar, de modo que entre las políticas asumidas por los poderes públicos, de forma coordinada con los empresarios y los representantes de los trabajadores, comprenderá, como su primer aspecto, entre otros, la:

«a) Promoción, con carácter general, de la *salud integral de los trabajadores*».

En consecuencia, no ya sólo la salud física, sino la psíquica —y la social—, debe formar parte de las políticas de salud laboral, con lo que adquiere una dimensión moderna e innovadora y, además, no ya desde un planteamiento reactivo o defensivo —evitar enfermedades ligadas a esos factores de riesgo—, sino incluso activo —promoción de las condiciones sociales, laborales, económicas, culturales... adecuadas para hacer del bienestar el referente fundamental—. De este modo, con carácter no ya sólo programático, sino normativo, España asumía uno de los más relevantes retos en el ámbito de las políticas de salud pública en general, y laboral en particular, planteados por las organizaciones internacionales, como la OMS y la propia UE, en los últimos años: dotar de una dimensión integral, incluyendo en especial la vertiente hasta ahora más olvidada, la mental, al sistema de garantías de protección de la salud. Nadie duda que esta ley presenta un marcado enfoque «garantías de calidad de vida a los ciudadanos», pero también a las instituciones, empresas y organizaciones sociales, mediante unos principios de actuación de obligado cumplimiento, que pretenden garantizar la máxima efectividad posible de las acciones de prevención y promoción de la salud integral, entendida no ya sólo como ausencia de enfermedad, sino promoción del bienestar, también en el ambiente laboral.

Puede contestarse que la nueva ley, como suele suceder con las de su género, no concreta tales exigencias de garantía, pues, por ejemplo, no exige evaluar los impactos de los diferentes programas de salud mediante registros, evitando así programas inútiles y que incluso pueden tener efectos adversos para la salud y la economía en su conjunto. Y esto es cierto, pero tampoco puede ignorarse que esta dimensión evaluadora, para dar credibilidad, factibilidad y eficiencia, sí que está presente en el ámbito aquí analizado. Pues, como reza el artículo 33.2 de la ley, se exige que la autoridad sanitaria, de forma coordinada con la autoridad laboral, para lo que refiere a la salud laboral, que es aquí la más relevante para la obra que se prolonga —aunque no la única—, cuide de que sus actuaciones vayan precedidas de

«b)... un sistema de indicadores para el seguimiento del impacto sobre la salud de las políticas relacionadas con el trabajo».

De este modo, es más que manifiesta la preocupación legislativa por el dinamismo, la actualización y el seguimiento continuado de los efectos en la salud integral laboral de todas las políticas relacionadas con el trabajo y, cómo no, entre ellas deben estar, sin duda alguna, las vinculadas a la «reforma del mercado de trabajo» en un escenario de crisis tan intenso como el actual. A este respecto, aunque todavía no hay datos estadísticos suficientes, sí hay certezas en torno a la fuerte incidencia que los continuos procesos de reestructuración empresarial, de un lado, y las reformas legales orientadas a facilitarlos, incluyendo la eliminación de barreras para la modificación de condiciones de trabajo y para el despido, individual y colectivo, están teniendo en el empeoramiento de la salud de las personas en general, y de los trabajadores en particular. El notable incremento de los suicidios en Francia, hace un par de años, o en Grecia e Italia, más recientemente, son la versión más trágica de esos efectos, pero al tiempo no se trata sino de un gravísimo «síntoma» de la emergencia de una **«sociedad del malestar»** que tiene dimensiones mucho más amplias.

En este contexto, la personalidad al completo se ve afectada por el colapso provocado por la pérdida económica, por la creciente inseguridad laboral, por el miedo a no poder hacer frente a las deudas, ante los menores salarios y los mayores pagos a realizar, incluso por servicios públicos que antes se tenían como «gratuitos» —pagados con los impuestos y no ya doblemente, ahora con tasas por uso concreto—... Pero la respuesta varía según las personas y los contextos, debiendo de ser objeto de «cuidados individualizados», pues las fuentes son sociales, pero el reflejo es individual, e incluso grupal, dado que la misma situación provoca en unas personas reacciones de signo positivo (optimismo) y, en otras, depresivo. Influye mucho cómo interpreta cada uno la realidad. Eso sí, queda claro que este tipo de situaciones, inducidas o potenciadas por la «inseguridad social» de nuestro tiempo, tiene mejor diagnóstico mediante la resocialización a través de la organización colectiva o de la acción social de las actuaciones para ponerles coto, en todas sus dimensiones: preventiva, reactiva y promocional. Precisamente ése es el papel de la política pública⁽¹⁾.

(1) Vid. XXIX Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería Mental, Oviedo, marzo de 2012. En <http://www.anesm.net/descargas/Conclusiones%20XXIX%20Congreso%20nacional%20de%20Enfermeria%20de%20Salud%20Mental.pdf>.

En cualquier caso, una posición ampliamente compartida entre los expertos en estas materias era —y es— la de que un desarrollo adecuado de la Ley General de Salud Pública, pese al contexto de crisis, no sólo no supondría un mayor coste para el Erario Público, sino que ayudará a salir de la actual crisis de sociedad, pues la mejora de la salud de los españoles, y con ello la reducción de los costes derivados de las pérdidas de salud y el incremento de la productividad a ellas asociadas, depende en gran medida de que se apliquen más «políticas de causas» (políticas contra las causas económicas y ambientales del enfermar) y menos «políticas de consecuencias» (las excesivamente volcadas en la asistencia médica, por ejemplo)⁽²⁾. Por lo tanto, ése era el desafío más relevante para el nuevo Gobierno, obligado a desarrollar esta ley votada en el Parlamento. Sin embargo, ¿cuál ha sido su respuesta?

2. Lamentablemente, como es de todos conocido, la reacción gubernamental ha sido la de promover, en un contexto de creciente desarrollo de recortes sanitarios a lo largo y ancho de toda la geografía del Estado español —por acción, mayor o menor, de los autogobiernos—, una respuesta de signo contrario: los reajustes —recortes— en materia de asistencia sanitaria. Los efectos explosivos del mapa español —autonómico y estatal— de recortes sanitarios está ya recorriendo todo el país. Los evidenciados recortes están afectando al ámbito sociosanitario de forma muy incisiva: reducción de profesionales, cierre de hospitales, disminución de los recursos de rehabilitación psicosocial, congelación de puesta en marcha de nuevos dispositivos, no renovación de conciertos... Todo ello está traducándose en un deterioro de los niveles de calidad y en un aumento del estado de «malestar» —fuera y dentro de los lugares de trabajo— que implica una dimensión del problema de la salud que va más allá de la meramente sanitaria. El reciente Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones —BOE de 24 de abril;

(2) Vid. BENAVIDES, F., y PORTA, M. «La nueva Ley General de Salud Pública: desarrollarla es el gran reto del próximo Gobierno». Para estos autores, el progreso social y económico español pasa por más salud pública como eje de las políticas, públicas y privadas, y menos atención a los «grupos de presión», que promueven más gasto en beneficio propio que del ciudadano. El artículo está disponible en *El País*: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/10/03/actualidad/1317592804_850215.html.

con una doble corrección de errores, una interminable de carácter formal, *BOE* de 15 de mayo, y otra material, *BOE* de 26 de mayo—. Las solemnidades de los términos elegidos para dar nombre a la norma no deben llevarnos a engaños, pues no busca «garantizar» más protección de la salud, sino rebajar los compromisos públicos al respecto.

No sólo se establece una delimitación más estricta de los sujetos beneficiarios de esta asistencia, recuperando el concepto de asegurado frente al de ciudadano beneficiario, lo que en el ámbito laboral tendría repercusiones por la exclusión que se hace de los inmigrantes en situación irregular, sino que se aumentan las exigencias de aportación de los usuarios, al tiempo que se promueve una revisión a la baja de la «cartera común de servicios», lo que sin duda incidirá notablemente en el ámbito de las políticas de salud laboral. Ni que decir tiene que las primeras en sufrir serán las «preventivas» y, en consecuencia, la auspiciada mejora de la política de salud laboral, desde el ámbito de la Ley General de Salud Pública, se verá muy comprometida —ya lo está siendo— desde la predominante política de austeridad, que no tiene ni una sola línea roja. De este modo, España, en este punto de forma sorprendente, por cuanto teníamos hasta este momento uno de los sistemas nacionales de salud más eficientes del mundo, que lograba resultados mejores —en protección de la salud— con menores recursos —rentabilidad del gasto sanitario como inversión social—, vuelve a ser el alumno disciplinado de las políticas más liberales promovidas por los organismos económicos internacionales más ortodoxos y sigue la vía de los recortes en salud para afrontar estas crisis. En suma, se ignoran así por completo las advertencias de la OMS y la ONU en torno al camino profundamente equivocado que representa hacer frente a la crisis desde el recorte y no desde la inversión.

3. En efecto, en los últimos años, tanto las organizaciones internacionales competentes en materia de políticas de salud y políticas sociales en general, como la OMS, la ONU y la OIT, como incluso ya las de carácter económico —OCDE—, apoyadas por crecientes evidencias en un plano económico —por ejemplo: informes del Foro Económico Mundial—, han elaborado y puesto en circulación un cúmulo imponente de evidencias científicas que manifiestan el error de la opción de recorte en salud en general, y en salud mental en particular. La Comisión Europea, ahora más ocupada en la «gobernanza económica», primando muy por encima del bienestar de las personas «los espejismos de la cuantificación» —la con-

vicción de que con una reducción de los déficits públicos podrá volverse al crecimiento económico, al empleo y los niveles de bienestar que ambos promoverían, dejando de lado la realidad del malestar, sea en forma de efectos individuales, sea en forma de pérdidas colectivas de derechos, de la mayor parte de la población—, tampoco fue ajena a esta calificación como eficiente de la inversión en salud mental, con un carácter general y en particular en los ambientes de trabajo⁽³⁾.

Resulta de especial interés el reciente informe realizado a finales de 2011 por la referida «Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que, con el sugerente título “¿Malestar en el trabajo? Mitos y realidades sobre la salud mental en el trabajo” (“Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work”)⁽⁴⁾, alerta del grave incremento de los casos de depresión y la ansiedad en el entorno laboral. En este sentido, no sólo confirma un dato estadístico de prevalencia de este tipo de patologías que ya venía siendo evidenciado por la Comisión Europea, y que manifiesta que uno de cada cinco trabajadores —20%— presenta problemas mentales como la depresión o la ansiedad, y buena parte de ellos no consigue superarlos, sino que insiste, siguiendo la ambivalencia de las políticas internacionales de este organismo, en la influencia negativa de esas tipologías de malestares en el rendimiento laboral y, consiguientemente, en la ansiada productividad empresarial. Así, mientras que tres de cada cuatro trabajadores con problemas mentales presentan bajos niveles de productividad, lo que contrasta con los datos relativos a las personas “con buena salud”, pues en tales casos tan sólo “uno de cada cuatro no rinde lo que debería”. Los datos son todavía más alarmantes para el tan reclamado imperativo de la productividad, si se tiene en cuenta la OCDE también ve-

(3) Vid. VALLECILLO GÁMEZ, O., y VALLECILLO GÁMEZ, M. R. (2010). «La promoción de la salud y el bienestar en los ambientes de trabajo». *Revista de Prevención de Riesgos Psicosociales y Bienestar en el Trabajo*, 2/2010, Laboratorio-Observatorio de Riesgos Psicosociales-Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales. 111 y ss.

(4) El informe pone en cuestión algunos mitos y tabús en torno a la salud mental y llega a la conclusión de que las autoridades públicas y los agentes sociales deben buscar afanosamente nuevas soluciones para mejorar no sólo la salud, sino la productividad, primando la prevención a la reacción, a los trabajadores sobre las personas ya en situación de desempleo, o de incapacitación. La estructura del mismo está en: http://www.oecd.org/document/20/0,3746,en_2649_33933_38887124_1_1_1_1,00.html. Las conclusiones del informe se pueden hallar, en inglés: <http://www.oecd.org/dataoecd/18/1/49227343.pdf>.

rifica otro dato puesto en evidencia desde hace tiempo por la OMS y por la Comisión Europea, según el cual entre un mínimo del 30% y un máximo probable del 50% de las solicitudes de pensión de invalidez en los países de la organización se deben a estos problemas mentales».

Pero aún hay más motivos de preocupación, pues la actual crisis está agravando un empeoramiento de los problemas relacionados con la salud mental, ampliando una tendencia ya avistada desde hace una década y que podría crecer exponencialmente en los próximos años. La proporción de los trabajadores expuestos al estrés en sus lugares de trabajo ha aumentado en el conjunto de los países de la OCDE por la incidencia de la inseguridad laboral que cada vez más personas padecen, incluso por factores institucionales, como la pérdida de garantías de seguridad tanto de sus empleos como de sus condiciones de trabajo, a favor de una mayor flexibilidad y disponibilidad para adaptarse a los requerimientos de los mercados, siempre inciertos e inagotables.

El informe concluye, en línea con otros disponibles, con mayor evidencia económica aún, que no es en el problema donde hay que centrarse, menos en los factores que lo agravan —políticas de recortes del bienestar, social y laboral—, sino en las soluciones, pues sería un deber de todos los agentes o poderes, públicos y sociales, de esforzarse por encontrar nuevas respuestas. Por lo tanto, una de las claves de actuación es «garantizar unas buenas condiciones laborales que permitan reducir y controlar el estrés, asegurar un seguimiento sistemático de los individuos frente a sus comportamientos en materia de bajas por enfermedad, y ayudar a los empresarios a limitar sus conflictos en el trabajo y evitar los despidos motivados por los problemas de salud mental» en los lugares de trabajo. Con un tratamiento adecuado, la mayoría de estos trastornos frecuentes pueden solucionarse mejorando así la oportunidad de acceder al empleo, con lo que, a su vez, mejorará el clima social. Por ello, la OCDE recomienda a los Estados que también incluyan en sus sistemas sanitarios estos trastornos más frecuentes, ya que aumentarían las oportunidades de las personas afectadas para mantener o encontrar un empleo.

Sin embargo, advierte con lamento la OCDE que la mayor parte de los países integrados, como España, siguen precisamente el camino contrario, el dejar fuera del sistema este tipo de problemas de salud laboral, acogiendo, si acaso, sólo las patologías más graves, que apenas serían el 30%

del problema global. En la actualidad, casi el 50% de las personas con un trastorno mental grave y un número superior al 70% con problemas mentales moderados no estarían recibiendo tratamientos adecuados para su patología, según el informe. Si antes de los recortes los sistemas de salud no estaban debidamente preparados para tratar los casos moderados, sin experiencia relevante en torno a una investigación suficiente en ese tipo de pacientes, mucho menos lo estarán tras los actuales recortes. En ellos, como se ha dicho, van a sufrir los programas de prevención, justamente, los más rentables que aquellos que buscan un tratamiento *a posteriori*.

En suma, de nuevo la actuación de los poderes públicos en España se mueve no ya sólo lentamente, sino en una dirección equivocada, de modo que, frente a lo que preconizan con su defensa inflexible del «recorte», no generan «ahorro», sino que aumentan los costes y, por lo tanto, el déficit, con lo que termina siendo peor «el remedio que la enfermedad». Por eso es necesario hallar un punto de equilibrio adecuado, aunque a día de hoy esas políticas no tengan seguimiento o eco en quienes ejercen los poderes.

4. De ahí la necesidad de obras de rigor científico que no sólo aporten elementos críticos con enfoques caducos, sino que pongan de relieve que hay alternativas mucho más eficientes, no ya sólo mucho más justas. Precisamente, éste es el doble sentido de la obra que con este breve análisis prologo. Se trata de un estudio absolutamente pionero en nuestro contexto, pues no contábamos hasta este momento con ninguna publicación que recogiese, desde una perspectiva interdisciplinar y adaptada a la experiencia y cultura españolas, la problemática sobre la salud mental en general, y en el trabajo en particular. Buena parte de los estudios e informes derivados del «Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar» no están disponibles más que en inglés y en francés, con lo que se dificulta su seguimiento fuera de esos ámbitos, por lo que las aportaciones que incluye esta monografía ofrecen una comprensión actualizada y completa de las principales adquisiciones al respecto.

Asimismo, es posible encontrar una gran cantidad de documentación, de diferente tipo, también de muy diverso rigor, pero que suelen expresar un análisis disciplinar concreto, bien jurídico, bien técnico, bien, cada vez más, económico. Sin duda el protagonismo hasta este momento se ha dado en el ámbito de las disciplinas sanitarias, con menor proyección en el ámbito de las profesiones ligadas a la prevención de riesgos laborales. Por

eso resulta de una gran singularidad que el elenco de autores de esta obra colectiva no sólo sea amplio, sino muy heterogéneo, con una amplia participación de las diferentes disciplinas y también profesionales relacionadas, de un modo u otro, con esta compleja y plural temática. Como de gran interés resulta igualmente que predominen las contribuciones de profesionales ligados, desde hace un largo tiempo en muchos casos, a estas materias, por lo que al indudable interés teórico le sumamos la dimensión práctica. En suma, el lector tiene en sus manos una obra que no tiene apenas parangón en nuestro país, e incluso en buena parte de los países de la Unión Europea, de ahí su actualidad, trascendencia y originalidad, que la hacen acreedora de un alto interés por su lectura, en la medida en que, a la compilación de estudios de evidencia sobre causas, efectos, costes, soluciones en relación a tal capital tema para la mejora del bienestar del conjunto de la ciudadanía, suma una reflexión inusual sobre cuál debe ser el camino a seguir para conseguir reconciliar, una vez más, siguiendo el espíritu de la *Constitución de 1978*, y ya mucho antes en la *Constitución de Filadelfia* —de la OIT—, en 1944, la defensa del orden económico productivo con la justicia social para todos. Es el bienestar de las personas en todas las esferas de la vida social el eje que debe animar el gobierno de las leyes y de los hombres, no la austeridad a toda costa, pues de lo contrario no hallaremos más que un vacío axiológico o ético en el que no cuenta nada importante, más que la «ley del más fuerte».

LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES EUROPEOS

Manuel VELÁZQUEZ

Inspector de Trabajo y Seguridad Social

SUMARIO:

1. LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES EN CIFRAS
2. EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA SOBRE LA SALUD MENTAL
3. EL PACTO EUROPEO POR LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR Y SU DESARROLLO RESPECTO A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES
 - 3.1. Antecedentes del Pacto Europeo
 - 3.2. El contenido del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar
 - 3.3. El desarrollo del Pacto Europeo respecto al entorno laboral
 - 3.4. La Conferencia de Berlín sobre Salud Mental en el Trabajo (marzo de 2011)
 - 3.5. La Campaña Europea de Inspección de Riesgos Psicosociales en 2012

1. LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES EN CIFRAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **salud mental** como «un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad», y las **enfermedades mentales** como «los problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables, como la esquizofrenia y la depresión».

La OMS considera que la salud mental está condicionada por **múltiples factores**, «entre ellos los de carácter biológico (por ejemplo, factores genéticos o en función del sexo), individual (experiencias personales), familiar y social (el hecho de contar con apoyo social) o económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida)»⁽¹⁾.

Para describir la importancia que tiene la salud mental en la población europea es conveniente partir de algunos de los datos que ofrece el *Libro Verde de la Comisión Europea sobre la salud mental*⁽²⁾:

- Aproximadamente uno de cada cuatro ciudadanos padece alguna enfermedad mental que puede conducir al suicidio, que es fuente de un número excesivamente elevado de muertes.

(1) WHO, Strengthening mental health promotion, Geneva 2001 (Fact sheet no. 220).

(2) Libro Verde de la Comisión Europea para «mejorar la salud mental de la población», «una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental». Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0484es01.pdf.

- Actualmente, unas cincuenta y ocho mil personas se suicidan cada año en la UE, cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA.
- Las enfermedades mentales pueden afectar al 27,4% de la población europea, siendo especialmente relevantes las relativas a la depresión (6,1%), las fobias (6,1%) y los trastornos somáticos (6,3%).
- Una cuarta parte de la población europea puede experimentar un problema de salud mental a lo largo de su vida.
- El 10% de la población experimenta anualmente algún tipo de trastorno depresivo.

Otros datos estadísticos manejados por la OMS ponen de manifiesto la falta de cuidados para el colectivo de personas afectadas por estas enfermedades. Un reciente estudio de dicho organismo sobre catorce países puso de manifiesto que entre un 76 y 85% de los casos graves no recibieron tratamiento en naciones de ingresos medios y en los países de ingresos altos entre el 35 y el 50% de los afectados tampoco lo tuvieron⁽³⁾.

Las enfermedades mentales causan importantes pérdidas y cargas en los sistemas económicos, sanitarios, sociales, educativos, policiales y judiciales, y sus consecuencias persisten con la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con alteraciones o discapacidades psíquicas.

Se parte también en dichos análisis de la idea de que la salud mental y la salud física están estrechamente interrelacionadas. Esto significa que si se integra la salud mental en la prestación de servicios hospitalarios generales se pueden acortar significativamente los períodos de hospitalización, liberando así recursos económicos. Sin embargo, todavía no existen datos y estudios adecuados y suficientes sobre todas estas consideraciones.

En todos los estudios y análisis se considera que el lugar de trabajo puede ser un lugar privilegiado para la prevención de trastornos psíquicos y la promoción de una mejor salud mental. La OMS estima que, de aquí a 2020, la depresión será la principal causa de incapacidad laboral.

(3) Información disponible en: <http://www.21rs.es/news/view/5218>.

Los resultados del último informe europeo sobre accidentes y enfermedades laborales⁽⁴⁾, la encuesta ESENER realizada por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo⁽⁵⁾ y la IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, del INSHT⁽⁶⁾, señalan los siguientes factores de riesgo para la salud mental en el ambiente laboral:

- La exposición a presiones de tiempo o sobrecarga de trabajo es padecida por el 23% de los trabajadores europeos, y especialmente afecta a los trabajadores con horarios de trabajo atípicos (trabajo nocturno y a turnos) y contratos atípicos (temporales y a tiempo parcial). En la encuesta ESENER el apremio de tiempo es valorado como el problema psicosocial que más preocupa al 52% de los directivos europeos. En la encuesta española el 20,4% de los encuestados considera que siempre o a menudo tienen trabajo excesivo.
- La incidencia del acoso laboral se evalúa a nivel europeo en un 2,7%, y a nivel español entre 1,4 y 2,9%.
- La violencia y amenazas en un 2,2%, en su mayor parte proveniente de terceros ajenos al lugar de trabajo. Según la encuesta ESENER, los contactos conflictivos con pacientes, clientes, etc., preocupa al 50% de los directivos europeos. A nivel español se estima en un 3,8% el porcentaje de trabajadores afectados por este problema.

Otro dato de interés sobre la repercusión de las enfermedades mentales en la población trabajadora española es la que arroja la estadística de la Se-

(4) Todos los datos que se mencionan se recogen en el Libro Verde de la Comisión Europea sobre Salud Mental y el documento «Health and Safety at Work in Europe 1999-2007. A Statistical Portrait» (2010). Disponible en http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-31-09-290/EN/KS-31-09-290-EN.PDF. También es interesante consultar a este respecto los datos del Eurobarómetro sobre Salud Mental que se encuentran disponibles en: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/index_en.htm.

(5) Un resumen en español de esta encuesta se puede consultar en http://osha.europa.eu/es/publications/reports/es_esener1-summary.pdf.

(6) Disponible en: <http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe%20VI%20ENCT%202007.pdf>.

guridad Social sobre el número de bajas por incapacidad temporal debidas a enfermedades mentales o psíquicas.

Los estudios de los que disponemos establecen que los trastornos mentales son la tercera causa de enfermedades de los trabajadores españoles, después de los trastornos músculo-esqueléticos y las enfermedades infecciosas, y la segunda causa de las incapacidades permanentes o de mayor duración.

Entre esos estudios, destacamos el relativo a las *Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste directo en 2010* (Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT)⁽⁷⁾.

En síntesis, las conclusiones son que el gasto que suponen las enfermedades mentales puede oscilar entre 150 y 372 millones de euros, siendo el doble el gasto que afecta a los hombres sobre el que afecta a las mujeres. Por diagnóstico, el más importante es el que afecta al uso de sustancias (35 millones), seguido de los trastornos por ansiedad (15 millones). Las incapacidades laborales por trastornos mentales afectan más, en cambio, a las mujeres que a los hombres y a los trabajadores menos cualificados. Se estima que entre el 11 y 27% de los trastornos mentales pueden ser atribuidos a las condiciones de trabajo.

Otro estudio es el titulado «Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de incapacidad temporal en la Comunidad de Madrid»⁽⁸⁾. En síntesis, sus resultados son que un 11,2% de los trabajadores presentaban como diagnóstico principal algún trastorno mental, de los cuales el 17,8% relacionan su patología con el trabajo. La edad media fue de 43,5 años. Las mujeres presentan con mayor frecuencia trastorno mental como causa de IT, sin embargo, el porcentaje de hombres que lo asocian al trabajo es significativamente mayor.

Un 39,4% presentan como diagnóstico un trastorno de adaptación, un 27,7% un trastorno mixto ansioso-depresivo y un 20,8% un episo-

(7) Disponible en: http://www.ugt.es/saludlaboral/publicaciones/01_enfermedadesmentales.pdf.

(8) RODRÍGUEZ ORTIZ DE SALAZAR, B., GÓMEZ GÁLLIGO, A., GARCÍA PARRA, Á. 2, LÓPEZ GÓMEZ I., 3, disponible en: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol16-n3-art5-sintomatologia-depresiva.PDF>.

dio depresivo. Los trabajadores cualificados: directivos (41%), técnicos científico-intelectuales (30%) y empleados administrativos (27%) son los que presentan mayor prevalencia de sintomatología depresiva asociada al trabajo. Las conclusiones son que los trastornos mentales son la segunda causa de IT de larga duración. Uno de cada cinco pacientes relaciona su patología con el trabajo, siendo los diagnósticos más prevalentes los trastornos de adaptación, los trastornos mixtos ansioso-depresivos y los episodios depresivos. En tres de cada cuatro casos la duración media de la IT supera los seis meses.

2. EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA SOBRE LA SALUD MENTAL

Los problemas de salud mental se han visto agravados con la crisis económica como así lo reflejan muy variados estudios de la OMS⁽⁹⁾ y otros autores⁽¹⁰⁾. Las razones suelen ser coincidentes en todos los análisis, la crisis económica conlleva mayores niveles de empobrecimiento de la población y, por lo tanto, mayor desnutrición o de consumo de alimentos menos nutritivos, un incremento de la población sin hogar, más violencia e inseguridad ciudadana, la marginación de los grupos vulnerables y, en general, un mayor desempleo e inseguridad laboral con la consiguiente pérdida de autoestima de la población trabajadora.

Los datos sobre tasa de suicidios, preocupación por el estrés laboral, consumo de psicofármacos y abuso de sustancias tóxicas marcan una tendencia creciente en los países que padecen mayores dificultades económicas. A este respecto, destacamos que la última encuesta de la Agencia Europea sobre Seguridad y Salud en el Trabajo señala que en Grecia el 83% de los encuestados se considera preocupado por el previsible aumento de situaciones de estrés, mientras que en Noruega dicho porcentaje era solamente del 16%⁽¹¹⁾.

(9) «Impact of Economic Crisis on Mental Health», disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf.

(10) Destacamos RAVENTÓS, S. (2010). «Crisis económica y salud mental». Disponible en: <http://www.sinpermiso.info/articulos/ficheros/11%20mental.sergi.pdf>; y LEVI y SIDEL. «Crisis económica y salud pública». Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/322/646>.

(11) Disponible en: <http://osha.europa.eu/en/safety-health-in-figures/eu-poll-press-kit.pdf>.

Ésta es la tabla que ofrece el citado estudio de la OMS sobre los factores determinantes de la salud mental de la población:

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
Protección y ayudas sociales.	Pobreza, pobre educación, privación, endeudamiento.
Ambiente saludable durante el período prenatal y la infancia.	Mala nutrición prenatal, maltrato, educación precaria, mala relación con los padres, transmisión intergeneracional de los problemas de salud mental.
Condiciones saludables de vida y trabajo.	Desempleo, inseguridad laboral, estrés laboral.
Estilo de vida saludable.	Consumo de drogas y alcohol.

La crisis económica coincide además con las políticas económicas de recorte en los servicios sanitarios, sociales y asistenciales que hubieran podido paliar, al menos en parte, este problema y cuya reducción o ausencia contribuye sin duda a agrandarlo.

3. EL PACTO EUROPEO POR LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR Y SU DESARROLLO RESPECTO A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Las acciones de las instituciones europeas en esta materia culminaron con la firma del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar en 2008, que reproducimos en el anexo de esta publicación y que constituye la principal referencia de las políticas en esta materia.

3.1. Antecedentes del Pacto Europeo

Previamente a dicho pacto, el Consejo Europeo ya aprobó su primera resolución sobre la promoción de la salud mental en 1999 y en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo la Comisión Europea incluyó «un enfoque global de cara al bienestar en el trabajo» en su Estrategia para los años 2002 a 2006⁽¹²⁾.

(12) Esta estrategia se adoptó teniendo en cuenta los **cambios** registrados en el mundo del trabajo y la *emergencia de nuevos riesgos — especialmente de carácter psicosocial—*,

Posteriormente, el Consejo Europeo adoptó la decisión de 23 de septiembre de 2002, relativa a la adopción del programa de acción 2003-2008, cuya finalidad global fue contribuir a la consecución de un nivel elevado de salud física, mental y bienestar.

En 2005 se celebró la **Conferencia Ministerial Europea de la OMS** sobre la Salud Mental que destacó la necesidad de aplicar en los Estados miembros un **plan de acción** en el ámbito de la salud mental. La declaración de la OMS⁽¹³⁾ estableció un marco de acción global y se contrajo un compromiso político firme de cara a esta cuestión. Allí se invitó a la Comisión Europea, socia colaboradora de la Conferencia, a que ayudara a poner en práctica este marco de acción, de acuerdo con sus competencias y con las expectativas del Consejo y en asociación con la OMS.

Con posterioridad, la Comisión Europea aprobó el 14 de octubre de 2005 **el Libro Verde** para «mejorar la salud mental de la población» y caminar «hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental»⁽¹⁴⁾ de carácter multidimensional.

En el *Libro Verde* se establecen por primera vez las bases de una estrategia global de la Unión Europea sobre esta materia que comprenda tanto

y su objetivo consiste en mejorar la **calidad del trabajo**, uno de cuyos componentes esenciales es un entorno de trabajo sano y seguro. Se consideró también que en entre las **nuevas formas de trabajo**, el trabajo a tiempo parcial y los horarios atípicos (por ejemplo, trabajo por turnos o trabajo nocturno) entrañan igualmente más riesgos para los trabajadores, debido, sobre todo, a la falta de una formación adecuada, los trastornos psicósomáticos causados por estas formas de trabajo, la escasa sensibilización de los empresarios, o la falta de motivación de los trabajadores con contratos precarios. La estrategia estableció como uno de sus objetivos la «integración de los nuevos riesgos» ya que «**la creciente incidencia de los trastornos y las enfermedades psicosociales plantea nuevos retos para la salud y la seguridad en el trabajo** y compromete la mejora del bienestar en el trabajo» y propuso que se debían «analizar los **riesgos nuevos o emergentes**», entre los cuales se incluye a aquellos que afectan «al entorno de trabajo en su conjunto (riesgos ergonómicos, psicológicos y sociales)» y que los servicios de prevención deben ser auténticamente multidisciplinares, incluyendo los riesgos sociales y psicológicos, e integrar la dimensión de la igualdad entre hombres y mujeres. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2002:0118:FIN:ES:PDF>.

(13) Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf.

(14) Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0484es01.pdf.

la política sanitaria como la política social y de empleo, especialmente en lo relativo a la seguridad y salud en el trabajo, así como otras políticas en investigación, educación, etc.

En este *Libro Verde* también se trata en particular sobre la promoción de la salud mental entre los trabajadores y se señala que «mientras una buena salud mental aumenta la capacidad de trabajo y la productividad, unas malas condiciones de trabajo, en especial el acoso intimidatorio de los compañeros, son causa de problemas psíquicos, bajas por enfermedad y costes más elevados. Hasta un 28% de los empleados dice sufrir estrés en el trabajo. Las intervenciones encaminadas a mejorar la capacidad individual y reducir los factores de estrés en el entorno de trabajo potencian la salud y el desarrollo económico».

3.2. El contenido del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar

De esta forma se llegó al Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar, aprobado por la Conferencia de alto nivel de la UE en Bruselas el 12 y 13 de junio de 2008, y cuyo contenido reproducimos íntegramente en el anexo.

El pacto se basa en el previo reconocimiento de la importancia de la salud mental y el bienestar de la población europea como factor clave que determina el éxito de la UE como una sociedad y economía basada en el conocimiento y al que se debe dar prioridad.

En él se establecen cinco áreas prioritarias de acción entre las cuáles se encuentra la salud mental en el entorno laboral, si bien este mismo entorno también está presente en las otras áreas de interés en lo que respecta al suicidio, que también puede tener lugar en el trabajo, la educación, en los que afecta a los profesionales de este sector, las personas mayores, de cuya jubilación flexible también se trata en el pacto, y la lucha contra la exclusión, que también comprende acciones de inserción en el mundo laboral.

3.3. El desarrollo del Pacto Europeo respecto al entorno laboral

A partir de la firma de este pacto se han empezado a desarrollar acciones para cada una de las cinco áreas de interés prioritario. En lo

que respecta a las acciones en el entorno laboral se elaboró en 2008 un «documento de consenso»⁽¹⁵⁾ en el que se establecen los siguientes contenidos:

En primer lugar, se hace un reconocimiento de la relevancia e importancia de la salud mental en el entorno laboral. En este contexto, se considera que el trabajo es beneficioso para la salud física y mental y que el desafío no solamente es afrontar los problemas de salud mental que derivan del trabajo, sino también los causados por problemas ajenos a él. Es decir, no solamente se deben contemplar estos problemas desde la prevención de riesgos laborales, sino también desde la perspectiva de la salud de los trabajadores en general, ya sea dentro o fuera del centro de trabajo y estén ocupados o no.

En segundo lugar, se reconoce que las nuevas formas de trabajo pueden favorecer los problemas de salud mental debido a su mayor inseguridad e inestabilidad, las formas de subcontratación y externalización de las actividades, los cambios demográficos y una población laboral más envejecida. Dos tercios de los trabajadores europeos piensan que sus actuales trabajos no favorecen su perspectivas profesionales, casi dos tercios piensan que desarrollan su trabajo con excesiva velocidad o bajo pautas excesivamente rígidas y el 40% considera que no recibe el apoyo de sus mandos o desarrolla en el trabajo tareas monótonas o repetitivas.

En este documento se contemplan las principales líneas de acción en las que es preciso adoptar medidas y que clasifico en cuatro apartados diferentes:

- a) Una línea de acción, que a mi juicio debería estar en primer lugar por afectar a normas legales de carácter obligatorio, es **la prevención de los riesgos psicosociales en los lugares de trabajo**, y en particular del estrés y los trastornos psíquicos motivados por unas condiciones laborales adversas. Estas acciones se deben desarrollar en el marco propio de la seguridad y salud en el trabajo y en la responsabilidad de las empresas de garantizar las condiciones de

(15) Disponible en inglés en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_workplace_en.pdf.

- trabajo saludables de sus trabajadores conforme a lo dispuesto en la Directiva Marco 89/391, de la que es fiel reflejo la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- b) Otra línea, complementaria a mi juicio de la anterior, sería la correspondiente a las acciones de **promoción del bienestar y la salud mental en el trabajo**, que comprendería las acciones dirigidas a empresas y trabajadores para fomentar, de forma voluntaria y no coactiva, la salud de los trabajadores tanto dentro como fuera del trabajo, tanto en sus aspectos físicos como psíquicos o mentales. Estas acciones podrían enmarcarse dentro de los programas de responsabilidad social corporativa que actualmente promueven en Europa tanto algunas empresas como las Administraciones Públicas.
 - c) Otra es **la detección temprana y atención médica de los problemas de salud mental** de los trabajadores, sea debida o no a las condiciones de trabajo, por parte de los servicios sanitarios, ya sea tanto por los servicios públicos de salud como los servicios de prevención de las empresas.
 - d) Y, por último, se encuentran los problemas relacionados con **la vuelta al trabajo y la reintegración y rehabilitación del trabajador después de un período de ausencia**, ya sea por enfermedad o por incapacidad temporal. El retorno al trabajo se debe realizar de forma adaptada a las condiciones personales de cada trabajador, adoptando medidas que favorezcan su reinserción e impidan su recaída y estigmatización.

Sobre cada uno de estos aspectos vamos a tratar con mayor detalle, ya que constituyen el objeto de análisis de las partes segunda a quinta de esta publicación.

Por último, el documento plantea la necesidad de estudiar y determinar cuál es la relevancia que tiene la salud mental en el absentismo laboral, en la jubilación o retiro anticipado de los trabajadores (que conforme al documento de consenso en Alemania afecta a cerca de un 40% de la población trabajadora), así como medir el coste o impacto económico de los problemas de salud mental en la sociedad en general.

3.4. La Conferencia de Berlín sobre Salud Mental en el Trabajo (marzo de 2011)

Por último, vamos a tratar uno de los más recientes desarrollos de la estrategia del Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar en lo que se refiere a la población trabajadora. Después del pacto se han celebrado cinco conferencias temáticas sobre cada una de las áreas prioritarias, y respecto a la promoción de la salud mental en el entorno de trabajo se celebró una Conferencia en Berlín los días 3 y 4 de marzo⁽¹⁶⁾, cuyas consideraciones más destacables vamos a resumir a continuación.

Se constata en la Conferencia de Berlín que las condiciones de trabajo en Europa han cambiado sustancialmente, ya que se demanda a los trabajadores mayor movilidad profesional, flexibilidad y presión psicológica. Las razones para este resultado incluyen:

- Un incremento de la proporción del trabajo intelectual y una creciente demanda de mayor cualificación y formación continua dentro de la tendencia hacia una sociedad basada en el conocimiento.
- La continua aceleración de los procesos de producción, servicios y comunicación.
- El incremento en el uso de nuevas tecnologías que facilitan una disponibilidad constante, con constantes interrupciones de las tareas y una disolución de los límites del lugar de trabajo.
- Un aumento de la responsabilidad personal de los trabajadores, acompañada de un incremento de la complejidad de las exigencias laborales.
- Relaciones laborales discontinuas, con mayores demandas de movilidad que provocan creciente inseguridad laboral, especialmente en el contexto de los procesos de reestructuración de empresas.

Las conclusiones de la conferencia son básicamente las siguientes⁽¹⁷⁾:

(16) Las conclusiones están disponibles en inglés en http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20110303_concl_en.pdf.

(17) Disponibles en inglés en: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20110303_frep_en.pdf.

a) La necesidad de actuar sobre estos problemas

Se reconoce que los problemas de salud mental son un importante factor contribuyente de la baja productividad y absentismo del trabajo, así como una de las causas de prematuro retiro de los trabajadores de su actividad laboral que tiene además otros impactos negativos en la moral y fidelidad de los trabajadores a la empresa y en la contratación de personal.

Los costes de estos problemas recaen sobre variadas instancias públicas y grupos sociales, no sólo sobre los trabajadores directamente afectados y sus familiares, sino también sobre las entidades públicas que tienen que sufragar los costes de las prestaciones por incapacidad laboral, desempleo y de la atención pública sanitaria.

Una vez que estos trabajadores han sido excluidos del mercado de trabajo, sus posibilidades para retornar a él son muy escasas. En la conferencia se ha señalado que solamente el 10% de los adultos en edad de trabajar que han tenido problemas de salud mental podrían ser empleados, mientras que el porcentaje general en la población se encuentra entre el 60 y 70%. Existen múltiples barreras e impedimentos para que estas personas puedan volver a trabajar.

Otra realidad que se constató en la conferencia es que las acciones para promocionar la salud mental en el entorno laboral están creciendo tanto en el sector público como en el privado en toda Europa. Existe un consenso generalizado en que la inversión en estos programas tiene efectos positivos no sólo para las empresas, sino también para contar con trabajadores más creativos e innovadores y para conseguir mejores condiciones de seguridad y salud en el trabajo que eviten excesivas cargas en los sistemas de seguridad social.

El trabajo se considera intrínsecamente bueno para la salud mental y el bienestar y, además, un buen clima laboral puede contribuir a la recuperación y promoción social de las personas con problemas de salud mental. Esto puede ayudar también a la consecución de los objetivos de la Estrategia Europa 2020, para un desarrollo sostenible.

Se constató también que las fronteras entre el trabajo y la vida familiar están empezando a difuminarse cuando las presiones de tiempo se incrementan en una economía basada en el conocimiento y en una competen-

cia cada vez más intensa, todo lo cual tiene consecuencias e implicaciones en la falta de seguridad laboral.

b) Qué se puede hacer

La primera conclusión de la conferencia es la necesidad de asumir un enfoque completo y global para adoptar acciones con medidas que incidan tanto en la organización del trabajo como en los individuos. Se debe proteger tanto la salud mental en general como la salud psíquica de los individuos especialmente expuestos a riesgo de sufrir en su salud mental.

En esta línea, hay que mejorar la cultura y organización del trabajo, reforzando los conocimientos y formación de los mandos intermedios para manejar y gestionar los problemas de estrés laboral y de adaptación del trabajo a las características personales de los trabajadores, especialmente en los supuestos de retorno al trabajo tras un largo período de incapacidad.

Se ha de fomentar el trabajo y la jornada flexible, las oportunidades de promoción profesional y favorecer que los trabajadores puedan afrontar situaciones de estrés laboral y proteger su salud física y mental a través de acciones voluntarias fuera del lugar de trabajo.

Las estrategias de políticas activas de empleo deben apoyar el retorno al mercado laboral a los trabajadores con problemas de salud mental. Los sistemas de seguridad social deben ser flexibles y permitir que estos trabajadores no se preocupen sobre la posibilidad de retomar las prestaciones sociales si el empleo no ha resultado adecuado. Se debe procurar que las empresas que emplean a estos trabajadores gocen de beneficios e incentivos para contratarlos a tiempo parcial o completo.

c) Las medidas que hay que aplicar

Se reconoce la dificultad en el momento actual para diseñar políticas de incentivos económicos debido a la situación general de crisis económica. Sin embargo, nada impide que se incremente la colaboración y cooperación entre los sistemas públicos de salud y de seguridad social, los servicios de prevención de riesgos laborales y otros agentes para acordar la adopción de las medidas más oportunas y favorables ante cada situación.

En este contexto se debe prestar especial atención a las PYME y favorecer la cooperación entre las entidades públicas y estas empresas. Se señala

también que las Administraciones Públicas deben tener, por su parte, una conducta ejemplar en la promoción de la salud mental en el trabajo y deben llevar a cabo en su seno las mejores prácticas.

3.5. La Campaña Europea de Inspección de Riesgos Psicosociales en 2012

Dentro del ámbito laboral se prevé actualmente la realización de una campaña por las inspecciones de trabajo europeas para el año 2012 coordinada por el Comité Europeo de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo [SLIC⁽¹⁸⁾], que va a afectar a los sectores de atención sanitaria y atención social, servicios y transporte⁽¹⁹⁾. Esta campaña también se enmarca dentro de las acciones del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar.

La Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social ha elaborado una «Guía de actuaciones sobre Riesgos Psicosociales» para orientar las acciones de los inspectores de trabajo en esta campaña⁽²⁰⁾.

(18) Senior Labour Inspectors Committee (SLIC).

(19) La información de esta campaña se encuentra disponible en español en: <http://www.av.se/slic2012/spanish.aspx>.

(20) La guía está disponible en http://www.empleo.gob.es/itss/web/Atencion_al_Ciudadano/Normativa_y_Documentacion/Documentacion/Documentacion_ITSS/001/Guia_psicosociales.pdf

LOS COSTES DE LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO: PREVENIRLOS ES UN PRESUPUESTO, NO UN LASTRE, PARA LA RETOMA DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO SOSTENIBLE

María Rosa VALLECILLO GÁMEZ

*Doctora en Ciencias del Trabajo
Universidad de Jaén*

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. LOS COSTES DE LA SALUD MENTAL
 - 2.1. Los datos en cifras
 - 2.2. La proyección de los datos a la situación en España
3. LA LABOR PREVENTIVA
4. CONCLUSIONES: UN NUEVO RUMBO PARA LA SALUD MENTAL Y LAS POLÍTICAS DE EMPLEO
 - 4.1. Acciones

1. INTRODUCCIÓN

La necesidad de mejorar las condiciones de trabajo es una preocupación colectiva justificada por consideraciones de orden humanitario y económico. La creación de empleo de calidad constituye uno de los principales objetivos de la política social, tanto a nivel europeo, mundial y nacional. El hecho de garantizar un entorno de trabajo seguro y sano es esencial en la aplicación de la política sociolaboral.

Son estas circunstancias las que dotan de actualidad la firma en 2008 en Europa de un Pacto por la Salud Mental y el Bienestar con el que se pretendía diseñar y poner en práctica una estrategia global para combatir estas situaciones con benéficos efectos sociales y económicos.

Este pacto tiene una dimensión de salud global, por tanto de salud pública; pero es evidente que tiene entre sus manifestaciones más relevantes la salud laboral, y más específicamente la salud mental. No por casualidad este concepto amplio de salud laboral ha sido recientemente reflejado en la Ley 33/2011, General de Salud Pública, que define con claridad la salud laboral como el estado de:

«Más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo» (art. 32).

En un sentido similar, el proyecto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)⁽¹⁾ determina que el 13% de los europeos

(1) ALONSO, J., ANGERMEYER, M. C., BERNERT, S., BRUFFAERTS, R., BRUGHA, T. S., BRYSON, H., *et al.* «Prevalence of Mental Disorders in Europe: Results from the European Study

desarrollará una enfermedad mental en algún momento de su vida. El número total de personas que padecen depresión en Europa supera ya los veintiún millones que se alcanzaron en 2004.

2. LOS COSTES DE LA SALUD MENTAL

El coste de la mala salud mental para los individuos, los empresarios y la sociedad es grande. Desde un punto de vista conservador, la OIT lo sitúa entre el 3 y el 4% del PIB de la Unión Europea, siendo la mayoría de estos costes externos al sistema de salud. Las enfermedades mentales son responsables de una importante pérdida potencial de trabajo, altas tasas de desempleo y una alta incidencia en las bajas laborales por enfermedad, así como una reducción importante de la productividad en el trabajo. Actualmente entre un tercio y la mitad de las nuevas consultas por enfermedad se asocian a algún trastorno de tipo mental.

Los estudios de los costes asociados a los trastornos mentales tienen como objetivo estimar cuánto se gasta la sociedad en unas determinadas patologías e identificar los componentes del gasto. Estos estudios son complementarios a los de morbilidad y de gran relevancia a la hora de establecer políticas destinadas a reducir los efectos de las enfermedades sobre los pacientes, el sistema sanitario, la empresa y la sociedad en general⁽²⁾. Desde que al principio de los años noventa se publicaron en Europa y Estados Unidos los estudios de referencia sobre los costes de la depresión, diversos autores han avanzado en el conocimiento del impacto económico de las enfermedades mentales.

Los costes de las enfermedades mentales van más allá de los costes directos vinculados al uso de los servicios sanitarios. Afectan al rendimiento laboral del individuo y conllevan elevados costes derivados de la pérdida de productividad y del absentismo laboral⁽³⁾. Además, hay otros costes intangibles, como por ejemplo los que se derivan de las oportunidades perdidas para los individuos

of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scand Suppl* 2004».

(2) SOBOCKI, P., JONSSON, B., ANGST, J., y REHNBERG, C. (2006). «Cost of Depression in Europe». *J Ment Health Policy Econ*. 87-98.

(3) AYUSO, J. L. (1999). «Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión». *Salud Rural*. 107-109.

que sufren estas enfermedades y sus familiares. Por tanto, la estimación del coste económico de estas enfermedades constituye un aspecto fundamental para el mejor conocimiento de la magnitud del problema de salud y para la distribución eficiente de recursos sanitarios, humanos y materiales.

La salud mental derivada del entorno y de las relaciones de trabajo se conforma pues como un ítem importante y alude a un concepto amplio de bienestar psicológico con influencia en el físico y, por tanto, concebido como parte del bienestar global y de la calidad de vida. Es por tanto un camino con enfoque causal directo en el ámbito laboral y con correlación como un daño costoso, tanto en su consideración de indemnizable como en la de pérdida productiva, incluso en casos extremos, pérdida humana. La constatación entonces de que el trabajo y su entorno pueden tener efectos negativos en el bienestar psicológico ha sido un estímulo para la acción de organizaciones laborales y motivo de preocupación en los últimos años al hacerse visibles los costes que involucra.

Con los datos que encontramos nos enfrentamos a estimaciones sucesivas sobre el coste económico de distinto tipo que la salud mental implica y repercute, no sólo en el ámbito de trabajo. El problema de fondo, según evidencian los diversos estudios y que ahora veremos, no es un problema de recursos, sino el uso inadecuado de los existentes y la implicación de quienes han de asumir la corrección de los errores, de hacerlo.

La noción del riesgo psicológico vinculado a la realización de un trabajo ha servido para estudiar la interacción biológica-psicológica-social, con un planteamiento que afirma que el medio laboral no es natural y, por lo tanto, una respuesta biológica que evolutivamente es de adaptación se convierte en inadecuada en un medio que se construye socialmente. Los factores que desencadenan el estrés son elementos que ponen de relevancia ese carácter no natural del trabajo⁽⁴⁾. Pero, por otro lado, puede ser una consideración excesiva de los efectos negativos del trabajo, puesto que éste posee un carácter promotor y protector de la salud mental que se evidencia muy claramente en las personas expuestas a situaciones de desempleo o

(4) FRANKENHAUSER, M. (1989). «A Biosychosocial Approach to Work Life Issues». *Int J Health Services*. 747-758. En el mismo sentido: LEVI, L. «Factores psicosociales, estrés y salud». *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: Organización Internacional del Trabajo. 34.3-34.6.

de inestabilidad del puesto de trabajo. Este carácter positivo no depende exclusivamente del beneficio económico que aporta el trabajo, sino de su influencia en la persona, en la mejora de las relaciones sociales, y en la forma compartida de valoración en la sociedad que tiene para el individuo.

En la situación actual, aproximadamente un 20% de la población en edad de trabajar en los países de la CEOE sufre algún tipo de desorden mental con diagnóstico clínico. Las tasas más altas se dan en adultos jóvenes, mujeres y personas con bajos niveles de formación. Al mismo tiempo, los nuevos requerimientos del trabajo han incrementado o han mutado. Mayores requerimientos en habilidades sociales y en competencias cognitivas han incrementado la dificultad para los trabajadores con algún trastorno mental para su adecuada adaptación. Para entender mejor estas tendencias es necesario conocer las nuevas necesidades: el impacto de la salud mental en la capacidad de los trabajadores, los cambios en el trabajo, la relación entre trabajo y salud mental, y el impacto de las instituciones, sistemas y políticas.

Los costes totales para la sociedad van más allá de los coste meramente sanitarios, puesto que es necesario tener en cuenta, además de éstos, los costes del sistema de seguridad social y de las empresas, teniendo en cuenta que los costes sanitarios están muy por debajo de los costes que suponen las pérdidas de productividad asociadas a estas enfermedades.

Una de las situaciones que en mayor grado afecta a la salud mental en el entorno de trabajo es la conducta de acoso moral en la que una persona se ve sometida a situaciones de aislamiento o exclusión, devaluación del trabajo o amenazas. Los elementos característicos de estas conductas son:

- Actos repetidos y sistemáticos en el tiempo.
- Dirigidos con intención negativa y con precisión en contra de uno o más individuos por otro individuo o un grupo.
- Provocan efectos negativos en la víctima.
- La víctima se encuentra en una situación en la que le resulta difícil defenderse por sí misma en la situación de acoso.
- Variabilidad predecible.
- Sutileza que impide a los demás, en muchos casos, detectar la conducta.

Estos elementos permiten diferenciar la situación de acoso de conductas cotidianas en cualquier grupo humano y relación interpersonal —con más o menos fricciones— en que faltan elementos de acción sistemática y de sometimiento. Este último aspecto ha sido relacionado con la percepción que tiene la víctima de que no se puede defender, ya sea por razones jerárquicas, incapacidad física, falta de habilidades sociales, razones económicas o razones psicológicas —por su forma de ser o por la forma de ser del agresor—. En ocasiones, la gravedad es tal que lleva a situaciones de suicidio, como luego veremos.

Se hace necesario considerar también entre los principales factores que en el trabajo inciden en el riesgo asociado a una mala salud mental el apoyo del grupo, las situaciones de maltrato en el trabajo, la amenaza de la pérdida del empleo en contextos de crisis y de reorganización del trabajo, el apoyo social en la asignación de recursos, el reconocimiento del trabajo y las facilidades de interacción dentro del grupo laboral. Aunque haya que ser cautos a la hora de identificar la causalidad directa de los factores en la salud mental en el trabajo, los estudios sugieren que la intervención en el centro de trabajo debería ser efectiva fundamentalmente en prevención activa⁽⁵⁾.

Desde el punto de vista de la salud pública se justifica el impulso de intervenciones activas desde el centro laboral, entre otras razones por la estrecha relación existente entre la enfermedad psíquica y la enfermedad física, principalmente con enfermedades cardiovasculares, una de las primeras causas de mortalidad en el mundo. Las personas con enfermedades psíquicas no tratadas tienen mayor índice de enfermedad cardiaca que el resto de la población⁽⁶⁾.

Los responsables políticos y los agentes sociales deben de estar a la altura de estas exigencias, de modo que la salida de la crisis pasa también por este tipo de «recortes», que sí significan ahorro, no ya por congelar inversiones en salud, mucho menos por eliminarlas.

(5) JANES-LLOPIS, E., HOSMAN, C., JENKINS, R., y ANDERSON, P. (2003). «Predictors of Efficacy in Depression Prevention Programmes. Meta-Analysis». *Br. J. Psychiatry*, 183: 384-397.

(6) SEINER, S. J., y MALLYA, G. (1999). «Treating Depression in Patients with Cardiovascular Disease». *Harv Rev Psychiatry*. 85-93.

2.1. Los datos en cifras

Lo que varios años de lucha institucional, social y sindical, múltiples informes de organismos internacionales competentes en la materia y diversos pactos europeos no parecía haber conseguido, hasta hoy, lo ha hecho el informe de un foro económico: colocar la cuestión de la salud de la población en el centro del actual debate sobre las políticas de salida a la crisis. El informe, realizado por el Foro Económico Mundial junto con la Facultad de Salud Pública de Harvard, ha analizado el impacto económico de las cinco enfermedades crónicas más frecuentes, buena parte de las cuales tiene una conexión muy estrecha con los problemas de salud en el trabajo de nuestros días: el cáncer, la diabetes, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y los trastornos mentales. El resultado del estudio es que supondrá una carga económica para los próximos veinte años que supondrá un coste acumulado de casi cincuenta billones de dólares durante el período comprendido entre el año 2011 y el 2030.

Este informe del Foro Económico Mundial llega a determinar el coste económico asociado a los trastornos mentales. De manera que los problemas de salud mental ocupan el primer puesto de la carga económica derivada de las enfermedades crónicas más frecuentes, tal y como se refleja en la siguiente tabla. Si se tiene en cuenta además que las personas con trastorno mental presentan una probabilidad mayor para desarrollar a su vez otro tipo de patologías crónicas, el coste verdadero de los trastornos mentales puede ser incluso superior.

Coste mundial al año de las enfermedades crónicas, para el año 2010 y su estimación para el año 2030:

Enfermedades crónicas	Coste mundial en 2010	Coste mundial estimado para el año 2030
Trastornos mentales	2,5 billones de dólares	6 billones de dólares
Trastornos respiratorios	2,1 billones de dólares	4,8 billones de dólares
Trastornos cardiovasculares	863.000 millones de dólares	1,04 billones de dólares
Diabetes	500.000 millones de dólares	745.000 millones de dólares
Cáncer	290.000 millones de dólares	458.000 millones de dólares

Fuente: BLOOMS y cols. 2011 pág. 35.

El análisis realizado por estos economistas ha evidenciado igualmente que un porcentaje muy elevado del gasto económico generado por estas dolencias crónicas (en concreto, más del 40%) viene determinado no por sus costes para el sistema sanitario, sino por sus costes indirectos asociados a condiciones como la pérdida de empleo, al gasto que suponen para los cuidadores principales y a la discapacidad crónica que generan y que a menudo da comienzo de manera temprana en la adolescencia. Es hora, pues, de pasar de los datos a la acción y, por tanto, a las políticas concretas. Tal y como ha advertido el profesor Klaus SCHWAB, fundador y presidente ejecutivo del Foro Económico Mundial:

«La necesidad de actuar de manera inmediata es crítica para el futuro de la economía mundial».

En este mismo sentido, el enfoque estrictamente social de las instituciones competentes para garantizar el mayor bienestar posible para el conjunto de la población, ahora se completa con otro de tipo económico, sumando la razón social a la mercantil. Este estudio muestra que tanto las familias como los países y las economías están perdiendo sus «mejores años de mayor productividad».

Pero el verdadero drama no está en la fiabilidad de estos datos, que desde luego la tiene y es máxima, sino en el hecho, ya constatado por otros informes y estudios institucionales, de que la incidencia de las enfermedades crónicas se puede reducir. Un estudio de la revista *Nature* titulado «Grand Challenges in Global Mental Health» pone de manifiesto la necesidad de invertir esfuerzos en la identificación de los factores de riesgo y de protección para el desarrollo de la enfermedad mental, mejorar las estrategias de prevención y de intervención temprana en este campo, aumentar la concienciación social, reforzar los recursos humanos destinados a la atención de estas patologías, implementar servicios basados en la evidencia científica, y rediseñar de manera urgente los sistemas sanitarios para incorporar los trastornos mentales al resto de enfermedades crónicas e integrar definitivamente la enfermedad física y mental, tanto en la investigación como en la formación, intervención y prevención de la salud.

La conclusión es manifiesta en el informe del Foro Económico Mundial:

«Los responsables de la política económica están evidentemente preocupados por el crecimiento económico. La evidencia económica presentada

en este informe indica que sería ilógico e irresponsable atender al crecimiento económico y al mismo tiempo ignorar las enfermedades crónicas. Las intervenciones en este campo tienen un coste económico indudable. Pero la falta de respuesta supondrá un coste más elevado todavía» (pág. 37)⁽⁷⁾.

Los costes para las arcas públicas no agotan los costes para la sociedad. Podía pensarse que no existe actualmente un modo aceptado de calcular en unidades monetarias los costes y beneficios de la salud y seguridad o los accidentes y enfermedades, pero estudios muy aproximados aportan datos fiables de una aproximación de los costes. Aunque pueda parecer arbitrario asignar cualquier valor cuantitativo a intangibles, los datos que aportan los distintos estudios están basados en datos perfectamente cuantificables con lo que la extrapolación es posible. Y si se acepta que la salud, el bienestar social o la calidad de vida laboral son bienes sociales, un análisis de los costes y beneficios para la sociedad de la seguridad debería poder tomarlos en cuenta.

A esto nos referimos cuando afirmamos que las enfermedades mentales están asociadas a un incremento considerable de los costes directos e indirectos. A pesar de las diferencias metodológicas en la estimación de los costes entre las distintas publicaciones y estudios analizados para este trabajo, la media anual de los costes directos adicionales por paciente varía en un rango de 1.000 a 2.500 \$, dependiendo de los diferentes modos de financiación. Los costes directos incluyen los costes médicos (gastos farmacéuticos, hospitalarios y ambulatorios) y no médicos (servicios sociales). Pocos estudios incluyen la valoración de los costes indirectos, lo que hace más difícil su cuantificación, estimándose en 2.000 a 3.700 \$ para costes de morbilidad (incapacidad, pérdida o restricción de la capacidad laboral atribuible a la enfermedad) y 200 a 400 \$ para costes de mortalidad (pérdida de productividad a causa de muerte prematura). El gasto fuera del sector sanitario supone por tanto el mayor coste y varía entre un 61 y un 97% del total⁽⁸⁾.

(7) http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf.

(8) SOBOCKI, P., JONSSON, B., ANGST, J., y REHNBERG, C. (2006). «Cost of Depression in Europe». *J Ment Health Policy Econ.* 87-98.

Tal y como venimos comentando los costes asociados a la salud en el trabajo no sólo se centran en los referidos a los sistemas de salud, sino también a los asociados al absentismo y a la disminución del rendimiento en el trabajo. Los días de trabajo perdidos representan hasta un 40% de los costes anuales que ocasionan las enfermedades de origen psíquico⁽⁹⁾. En esa pérdida de productividad se consideran las consecuencias del presentismo —la continuidad en el puesto de trabajo a pesar de evidentes problemas de salud—, lo que se traduce en dificultades para mantener los habituales niveles de calidad y cantidad del trabajo y que supone un incremento del riesgo para la salud de las personas. Una de las razones que lo justifican puede situarse en el estigma que se asocia al diagnóstico de cualquier enfermedad mental, que en un caso extremo puede llevar a la pérdida del trabajo, estando en cierto modo justificada esta situación. Esta actitud puede sufrir en nuestro país un incremento importante y de sus consecuencias asociadas por las novedades introducidas por la reforma laboral en relación a los posibles despidos por IT de corta duración. Las consecuencias de estas actitudes se identifican en dificultades para mantener los niveles habituales de calidad y cantidad del trabajo y en un mayor riesgo para la salud de las personas.

Distintos factores y variables están relacionados con el campo de la salud mental y su interacción en el ámbito del trabajo. Resulta por tanto interesante efectuar una revisión de los principales hallazgos que encontramos al profundizar en torno a esta compleja y dinámica intersección, no exenta de problemas.

Concretando los costes asociados a la actividad laboral se ha observado que los trabajadores con alguna patología mental cuentan entre 1,5 y 3,2 más días de incapacidad laboral transitoria al mes que sus compañeros sanos. Según los autores de las publicaciones sobre el impacto del tratamiento de los costes laborales sugieren que las ganancias obtenidas al reducir el absentismo y mejorar la productividad en el trabajo pueden compensar el coste de los tratamientos.

El coste total de las enfermedades mentales en Europa se ha estimado en 118 billones de euros y de acuerdo con lo expresado anteriormente la

(9) American College of Occupational and Environmental Medicine. 2003.

mayor parte de esta cifra se debe a los costes indirectos referidos a bajas por enfermedad y pérdidas de productividad (61%). El resto se divide entre cuidados ambulatorios (19%), hospitalizaciones (9%), tratamientos farmacológicos (8%) y mortalidad (3%). Como consecuencia de que los costes indirectos son la categoría de gastos dominante, la mayoría de los costes se localizan en la población activa (89%).

De estos estudios se desprende también que el coste por paciente varía significativamente de unos países a otros, siendo los países con mayores ingresos nacionales y mayor gasto público en salud per cápita los que presentan mayores costes: Suiza, Alemania y Francia superan los 2.000 € por paciente en atención médica y tratamiento farmacológico, mientras que en España se reduce a 1.000 € por paciente.

Al analizar la incidencia, días de baja y duración media de las incapacidades laborales temporales, por grupos de diagnóstico encontramos que los trastornos mentales ocupan el puesto número 5 entre las causas de mayor incidencia, con un porcentaje del 3,5%, pero se sitúa en los primeros lugares en cuanto a la duración media de los procesos por incapacidad temporal, superando en el triple la duración media de días de baja del total de las causas de incapacidad, esto es un 11,4%, y una duración media de 76,6 días.

Esta predominancia del impacto de la duración media de los días de baja de los trastornos mentales resulta una constante detectada de forma continua en cualquier investigación.

La siguiente tabla expresa las enfermedades detectadas por médicos de atención primaria y consulta de la historia clínica-laboral:

Enfermedades detectadas en unidad de salud laboral		
	Hombres	Mujeres
Enfermedades osteomusculares	49%	41%
Trastornos mentales	32%	23%
Otras enfermedades laborales	19%	36%

Fuente: estudio...a partir de ALBERTI y BENAVIDES, 2005.

Algunos datos que reflejan la complejidad de la incidencia de la salud mental los encontramos en el hecho de que los desórdenes afectivos alcanzan una repercusión estimada en 24 millones de días de pérdida de productividad por año, en EE UU, frente a los costes de absentismo por depresión —17 billones de \$— la ansiedad reduce la productividad laboral en 4,1 billones de \$⁽¹⁰⁾. Entre ellos, la depresión como trastorno afectivo, y vinculado también al sometimiento a riesgos psicosociales en el entorno de trabajo, es la que produce más impacto en el ámbito laboral, superando en más del triple a los días de pérdida del trabajo por otro tipo de enfermedades.

El impacto económico de la depresión ha motivado que la Pharmaceutical Research Manufacturers of America (2007) diseñara un programa para calcular, por empresas, el coste en dólares de los márgenes de pérdida ocasionados por el trabajador, así como el rango de trabajadores que pueden estar afectados por franja de edad y por sexo, para cada grupo de empleados.

Estimaciones del impacto de las enfermedades mentales sobre los trabajadores y la empresa en EE UU						
Impacto en el trabajo		Mínimo	Máximo			
Días de trabajo perdidos		22	32			
Costes médicos adicionales por afectado		1.000 \$	2.000 \$			
Total días de trabajo perdidos		1.449 \$	2.107 \$			
Número estimado de trabajadores afectados en EE UU						
Sexo	18-29	30-39	40-49	50-59	>60	Total
Hombres	10	13	8	6	1	38
Mujeres	7	8	8	4	1	28
Total	17	21	16	10	2	66

Fuente: Pharma 2007.

(10) LIM, D., SANDERSON, K., y ANDREWS, G. (2000). «Lost Productivity among Full-Time Workers with Mental Disorders». *J Mental Health Policy Econ*, 3: 139-146.

Desde la perspectiva empresarial una conclusión que podría extraerse es la rentabilidad que podría alcanzar la empresa si se involucrara de forma directa en el proceso verdaderamente asistencial de la enfermedad. Esto se refuerza cuando el mismo estudio evidencia que al menos el 50% de los trabajadores con mala salud mental no están diagnosticados ni tratados. Esta situación podría estar generando una pérdida de entre veintidós a treinta y dos días de trabajo por cada afectado, así como un sobre coste económico situado entre 1.000 \$ y 2.000 \$, frente al resto de trabajadores.

Al analizar la incidencia de la salud mental en la incapacidad laboral temporal, dos medidas se utilizan preferentemente en las publicaciones nacionales e internacionales, los días de baja y la duración de la misma.

Otro factor a tener en cuenta es la tasa de empleo, que en personas con enfermedades mentales calificadas como no severas suele ser más alta de lo que habitualmente se piensa. La tasa de empleo para estas personas oscila entre 60 y 70%, o de 10 a 15 puntos porcentuales menos que las personas sanas. Parece una cifra elevada, pero si tenemos en consideración el tamaño del grupo esta brecha refleja una pérdida importante para la economía, los individuos y sus familias. La tasa de empleo correspondiente a las personas con enfermedades mentales severas se sitúa alrededor de un 45 a 55%. Igualmente es más alta de lo que habitualmente se piensa, aunque es necesario tener en cuenta que estas personas normalmente no están incluidas en la población de referencia que hace uso de los servicios de salud.

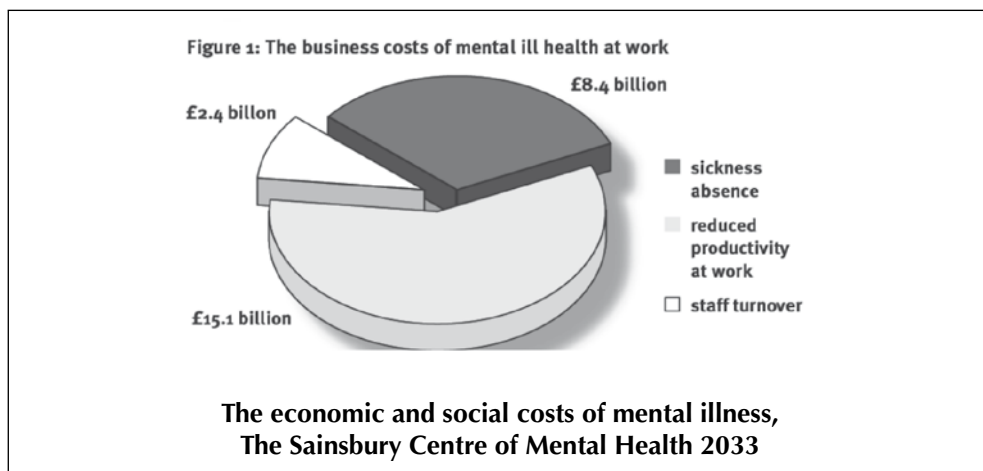
De la misma manera un número importante de personas con enfermedades mentales quiere trabajar y no encuentra trabajo. El desempleo es una clave, puesto que las personas con un trastorno severo son normalmente 6 ó 7 veces más susceptibles a estar desempleadas que quienes no lo tienen, y 2 ó 3 veces más que las que tienen un trastorno común. Esto provoca situaciones de desánimo y de retirada del mercado de trabajo de las personas con trastorno severo, con los consiguientes costes para la Seguridad Social en prestaciones. Por otro lado, quienes sufren un trastorno común no se enfrentan a tasas de desempleo de larga duración más altas que el resto de la población, aunque les es más difícil encontrar un trabajo que a la población sana.

Un aspecto clave en las definiciones actuales de todos los factores que estamos teniendo en cuenta es la diferencia de poder percibida por la víc-

tima, que guarda relación con la distribución real de poder en el interior de una organización. En este sentido y en el ámbito de este trabajo lo que más nos interesa son los efectos organizacionales que asocian un coste tanto para la organización como para la economía en su conjunto. Parte de estos costes se relacionan con la pérdida de productividad en la empresa, asociada a la pérdida de productividad de la víctima y del grupo, el coste de las intervenciones⁽¹¹⁾ y el aumento del absentismo y la rotación de los trabajadores.

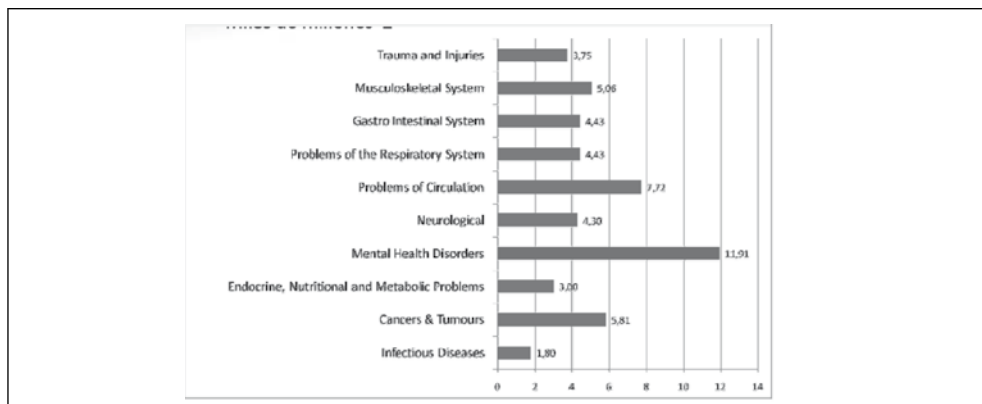
En lo que se refiere a la productividad, la incidencia del absentismo en un período de cuatro semanas es aproximadamente de un 42%, un 28% y un 19%, de más a menos severidad en el trastorno. La media de duración del absentismo en días es de 7,3, 5,6 y 4,8, respectivamente. Las pérdidas de productividad asociadas a estos porcentajes se traducen en un 88%, un 69% y un 26%. Estos porcentajes es muy importante tenerlos en cuenta a la hora de diseñar una política adecuada de respuesta, aunque las intervenciones preventivas en este sentido suelen llegar demasiado tarde.

Para finalizar este apartado, y a modo de resumen de lo aquí expuesto, consideramos que resultan ilustrativas las dos siguientes gráficas que a la vista de los datos no precisan mucho más comentario:



(11) En este sentido los costes de las intervenciones en Suecia se calculan en 30.000-100.000\$USA por año, por persona afectada. Datos extraídos de EINARSEN, S., «Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach». *Agress Violent Behav.* 2000, págs. 379-401.

Gasto sanitario en salud mental en UK 2010/2011



2.2. La proyección de los datos a la situación en España

A través de los motivos de consulta sanitaria de la población española podemos analizar los procesos de incapacidad laboral temporal asociados a la salud mental de los trabajadores y su impacto económico, tanto en la economía en su conjunto como en la empresa. No son muchos y a veces poco actualizados, pero la existencia de estudios nacionales e internacionales acerca de la relación existente entre la salud mental y su impacto económico hace ser conscientes de la importancia del tema, tanto en el tratamiento de los diagnósticos como en su prevención, esto es, como adquirirla, mantenerla y promocionarla a nivel individual y colectivo, con el fin último de garantizar el bienestar y la calidad de vida de las personas. Muchos son los actores que intervienen, desde los administradores y gestores públicos o privados hasta los propios trabajadores con problemas, pasando por los profesionales médicos y empresarios relacionados con la salud y con la productividad.

Según las estimaciones realizadas en España, fallecen cada año cerca de 16.000 personas por enfermedades contraídas en su trabajo. Las principales causas de mortalidad laboral se relacionan con las enfermedades más graves: se estiman cerca de 9.400 fallecimientos anuales por cáncer laboral; unas 3.600 muertes por enfermedades cardiovasculares de origen laboral, y algo más de 1.700 muertes por enfermedades respiratorias⁽¹²⁾.

(12) Datos obtenidos de: www.istas.net.

En el Informe sobre Enfermedades Laborales de ISTAS se estima que cada año se producirían en España, de media, 80.000 casos nuevos de enfermedad laboral. Se estima que un 9% de los trabajadores y el 13% de las trabajadoras, cerca de 2 millones de personas, padecerían algún tipo de dolencia relacionada con el trabajo.

La relevancia de considerar el impacto de los trastornos mentales en España, la comprobamos en el análisis de la evolución de ILT por causas psicopatológicas generales en España, que han ido incrementando en progresión su incidencia. Dentro de este proceso conviene establecer diferencias en cuanto a la incidencia proporcional que se produce en el análisis de las repercusiones laborales, por cada tipo de trastorno mental. Igualmente resulta de interés particularizar los días de trabajo perdidos respecto a los días de trabajo reducido que afectan a la productividad y también repercuten en el bienestar laboral.

Importancia y días de trabajo perdidos o con rendimiento reducido por trastornos mentales, de trabajadores a tiempo completo			
	Importancia	Días perdidos	Días de trabajo reducido
Algún trastorno mental	10,5%	1,07	3,00
Algún trastorno afectivo	2,5%	2,33	6,03
Algún trastorno de ansiedad	2,6%	1,67	4,52
Algún trastorno de sustancias	3,7%	0,64	1,47
Trastornos de personalidad	4,8%	0,94	3,19

Fuente: LIM, SANDERSON y ANDREWS, 2000.

Comprobamos así como los días de trabajo reducidos triplican la incidencia de los días de trabajo perdidos, de ahí la repercusión inevitable de la relevancia económica de la salud mental, centrada de forma mayoritaria y reduccionista, a nivel público, empresarial e institucional, en su repercusión sobre las bajas laborales.

La importancia de estos datos radica en el coste económico de estas enfermedades asociadas al trabajo. En España, los costes en términos de pérdidas de productividad se estiman entre 580 y 1.000 millones de euros. La atención

médica de los nuevos casos de enfermedades laborales estimados podría superar los 2.000 millones de euros al año. El coste debido a las incapacidades temporales y permanentes que producen las enfermedades laborales de más importancia alcanza una media de casi 40.000 millones de euros. Y lo que es más grave: las muertes por enfermedades laborales producen cada año, en España, más de 150.000 años de vida potenciales perdidos.

Junto a estos datos que reflejan la realidad de la salud laboral en España, la relación entre salud mental y trabajo es una preocupación creciente en el ámbito laboral, no sólo en la asunción del terreno ganado en investigaciones y propuestas de intervención ante el reconocimiento del estrés laboral como la interacción entre el ambiente y el individuo que sobrepasa el límite del estímulo para el mantenimiento de unos niveles razonables de salud, sino también en su concepción como un riesgo para la salud en la superación de ese límite.

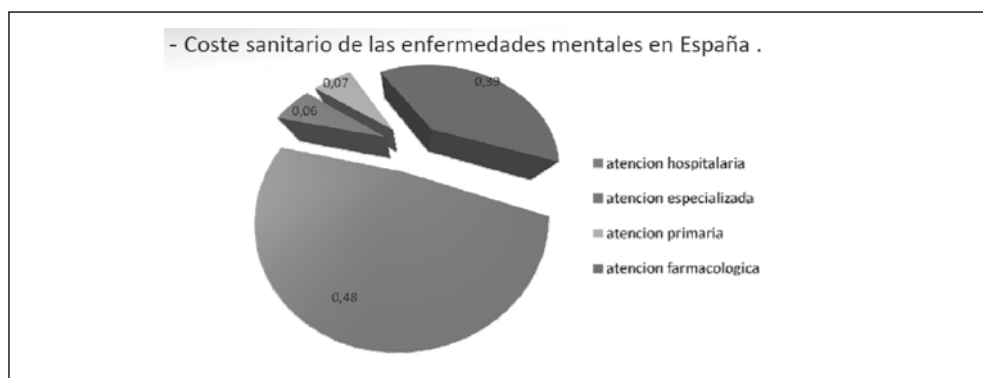
Cuando analizamos los efectos psicológicos derivados del entorno de trabajo o de los cuadros derivados de accidentes de trabajo, todos presentan una característica común cual es la existencia de algún tratamiento farmacológico prescrito por los médicos de atención primaria y carentes casi todos ellos de un estudio especializado de su estado de salud mental que estableciera un nexo causal o/y un diagnóstico etiológico correcto, más allá de la simple administración de un fármaco. Este criterio de administración indiscriminada de psicofármacos representa un 3% del Producto Interior Bruto de España, un gasto en salud mental sin un fundamento científico y sanitario claro, salvo la costumbre de escribir una receta, tal y como lo expresa el estudio «Diagnósticos y prescripciones en salud mental, atención primaria e incapacidad laboral temporal»⁽¹³⁾. La conclusión que el estudio arroja sobre el coste de estos comportamientos es un problema de organización que obligaría a establecer un cambio en el modelo de asistencias en atención primaria, sumando estímulos y no restando competencias de los profesionales implicados en la salud mental.

En España las principales causas de las enfermedades mentales están relacionadas con la ocupación: las personas de baja por enfermedad o de baja mater-

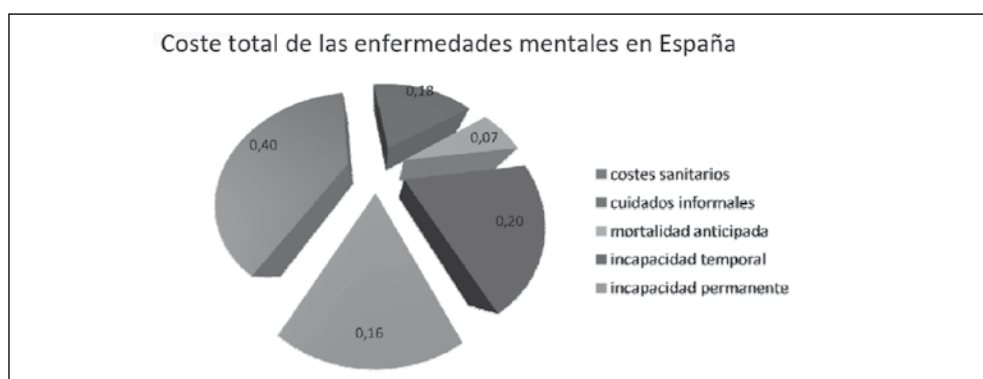
(13) Estudio financiado por el Ministerio de Trabajo e Inmigración mediante la Orden TAS/940/2007, de 28 de marzo [subvenciones para el fomento de la investigación en protección social (FIPROS)]. Responsable: Santiago Mario Araña Suárez.

nal, los desempleados y quienes presentan una discapacidad son grupos poblacionales con mayor riesgo y que precisan mayor atención. La carga económica en España se cifró en 745 millones de euros en 1998, y actualmente ascendería a 5.005 millones de euros anuales, con una distribución por categoría de recursos muy parecida a la europea, costes indirectos 71% y costes directos 29%.

Las dos siguientes gráficas expresan numéricamente estos datos. La primera está referida al coste sanitario de las enfermedades mentales. La segunda al coste total de las mismas, en la que el dato más relevante es el coste de la incapacidad que supone un 36% que sumado al de la pérdida de productividad por mortalidad anticipada eleva el porcentaje a más de un 40%, superando, por tanto, los costes sanitarios.



Fuente: OLIVA-MORENO, et al., *European Journal of Health Economics*.



Fuente: OLIVA-MORENO, et al., *European Journal of Health Economics*.

3. LA LABOR PREVENTIVA

La información y la prevención en estos casos son sumamente importantes, de manera que los empresarios deberían de facilitar el acceso oportuno a la misma y a tratamientos eficaces, tanto por la preservación de la salud de los trabajadores como por la reducción de costes asociada a la misma para el sistema y la propia organización.

El retorno al trabajo de las personas con problemas de salud mental representa un desafío que compromete no sólo a los propios afectados, sino también a los prestadores de servicios sanitarios y sociales y a las estructuras directivas de las empresas, que presenta dos estrategias de resolución: una, la propia conducta de presentismo; y otra, la de la ausencia del trabajo⁽¹⁴⁾.

Es necesario realizar una labor promocional de la salud mental en la empresa de modo que se puedan prevenir los problemas que emergen cuando el bienestar psicológico se encuentra en riesgo. Las intervenciones preventivas se pueden clasificar en tres tipos:

Primaria: dirigida a eliminar o reducir los factores de estrés y promover un ambiente de trabajo saludable y solidario.

Secundaria: detección y tratamiento precoz de la salud mental.

Terciaria: rehabilitación y recuperación de personas que han sufrido problemas graves de salud por factores asociados al trabajo.

Nivel	Pasos	Herramientas
Primario	Diagnóstico o auditoría. Creación de entornos saludables de trabajo.	Cuestionarios autoadaptados. Reuniones. Diario del riesgo. Información a trabajadores sobre mecanismos de apoyo y asesoramiento. Incorporación de aspectos de desarrollo personal a los sistemas de valoración. Entrenamiento de mandos.

(14) DEWA, C., GOERING, P., LIN, E., y PATERSON, M. (2002). «Depression Related Short-Term Disability in an Employed Population». *J Occup. Environ Med.* 628-633.

Nivel	Pasos	Herramientas
Secundario	Educación en gestión de los riesgos psicosociales. Vigilancia y promoción de la salud.	Técnicas de relajación. Asesoría y planificación sobre formas de vida. Técnicas de administración del tiempo. Destrezas para la resolución de problemas. Chequeos periódicos. Instalaciones adecuadas.
Terciario	Asesoramiento e incorporación al trabajo.	Servicios confidenciales. Entrevista de reincorporación. Planes de reincorporación parcial.

Fuente: «*Estudio y prescripciones en salud mental*».

Las alternativas de prevención secundaria y terciaria funcionan mejor frente a problemas que existen en la organización pero que no tienen solución —como la inestabilidad en el empleo o los bajos salarios— y frente a problemas que surgen de una fuente extralaboral pero que repercuten en la organización. Algunos estudios revelan que las intervenciones focalizadas en los individuos tienen mejores resultados que las organizacionales. Los resultados entre diversas acciones organizacionales se diluyen por las diferencias en las realidades locales que constituyen un elemento central en un adecuado programa de manejo de las situaciones de riesgo psicosocial y de prevención del mismo.

La conclusión más importante es que a pesar de las discrepancias teóricas existe consenso en que es posible asegurar una mejor calidad de vida y bienestar y al mismo tiempo obtener mejores resultados organizacionales mediante programas bien diseñados para la promoción de la salud mental en el trabajo y de prevención de las enfermedades psicosociales en sus diversas acepciones y niveles.

Igualmente debería tenerse en cuenta que la propia situación de desempleo incide en la salud mental. El desempleo se considera una particular amenaza a la salud mental, por tanto la intervención temprana es necesaria para evitar males a largo plazo.

Desde un enfoque preventivo analizar si el medio laboral puede ser un factor causal de la mala salud psíquica o contribuir a su aparición es fundamental, porque abre la posibilidad de desarrollar programas que no sólo reduzcan, sino que eviten, los costes sociales, productivos e individuales de la enfermedad psíquica. Las investigaciones tienden a coincidir en que algunas características del ambiente sociolaboral —conflictos en las relaciones, escasez de apoyo social— son factores con un importante peso en la influencia de las situaciones de riesgo psíquico. A partir de diversos estudios, TENNANT relaciona los siguientes factores:

Estudio	Grupo laboral	Número de personas	Factores relacionados
KAWAKAMI. Japón (1992)	Obreros.	468	Falta de control sobre el trabajo.
		Submuestra de la anterior.	Tarea inapropiada. Malas relaciones en el lugar de trabajo.
ROMANOV <i>et al.</i> Finlandia (1996)	Empleados.	15.530	Conflicto interpersonal en el trabajo.
HEINISCH y JEX (1997)	Empleados y gerentes.	442	Carga de trabajo. Ambigüedades de rol.
PARKES (1990)	Profesores nuevos.		Demandas de trabajo. Falta de apoyo.
PROSSER <i>et al.</i> (1997)	Equipos de salud mental.		Pocos recursos para el trabajo. Sobrecarga. Insatisfacción.

Fuente: *elaboración propia a partir de TENNANT (2001)*⁽¹⁵⁾.

El coste de las acciones preventivas vendría asociado a las siguientes acciones, identificadas en el ciclo de control establecido por Cox⁽¹⁶⁾:

(15) TENNANT, C. (2001). «Work-Related Stress and Depressive Disorders». *J Psychosom Res.* 697-704.

(16) COX, T., GRIFFITHS, A., y RIAL-GONZÁLEZ, E. (2000). «Research on Work-Related Stress». Luxemburgo: European Agency for Safety and Health at Work.

1. Identificación de peligros potenciales.
2. Evaluación de los riesgos asociados.
3. Implementación de estrategias de control adecuadas, razonables y practicables.
4. Monitorización de la efectividad de las estrategias de control.
5. Reevaluación de los riesgos.
6. Revisión de las necesidades de información y de entrenamiento de los empleados expuestos al riesgo.

Hay evidencias cada vez mayores de la asociación entre empleo y una buena salud mental. De la misma manera, los trabajos de mala calidad van en detrimento de la salud mental. Esto se debe a que los trabajadores con enfermedad mental tienen más probabilidad que los trabajadores sanos a realizar trabajos que no se ajustan a sus competencias. Es también más probable y más frecuente que trabajen en ocupaciones que requieran bajas competencias.

Por tanto, existen unas claves importantes que pueden contribuir a prevenir el deterioro de la salud mental, una de las más importantes es una buena gestión empresarial, por ejemplo, una línea de dirección que apoye a los trabajadores, les proporcione una adecuada retroalimentación y reconoce los esfuerzos en el trabajo. De todas maneras, también es necesario tener en cuenta que un porcentaje de trabajadores con problemas mentales pertenecen al grupo de directivos, menos de un 60% con trastorno severo frente al 70% con trastorno común y 85% sin trastorno.

El trabajo es igualmente importante para asegurar unos adecuados ingresos. Los datos evidencian que las personas con trastornos mentales que tienen un trabajo cuentan con unos ingresos en la media. Pero no todas las personas tienen un empleo. En este sentido las personas con trastornos comunes tienen unos ingresos de aproximadamente el 90% de las personas sin trastorno. Este porcentaje desciende a un 60 u 80% para las personas con trastornos severos. Las principales razones para estas diferencias son la menor tasa de empleo de las personas afectadas, la alta dependencia de prestaciones y un alto porcentaje de personas que no recibe ningún ingreso.

4. CONCLUSIONES: UN NUEVO RUMBO PARA LA SALUD MENTAL Y LAS POLÍTICAS DE EMPLEO

Las enfermedades mentales alcanzan en Europa a más de 21 millones de personas, siendo estos trastornos una de las principales causas de incapacidad, la segunda según la OMS.

El coste total de estas enfermedades se ha estimado en 118 billones de euros en Europa, y la mayor parte de esta cifra —un 61%— se debe a los costes indirectos referidos a bajas por enfermedad y pérdidas de productividad, eso teniendo en cuenta el incremento de la prescripción de antidepresivos y ansiolíticos, que en España supone sólo el 9% de los costes.

El coste de las enfermedades mentales en Europa es casi el doble que el del cáncer y, sin embargo, sólo se dedican 38 millones de euros a la investigación pública de estas enfermedades frente a los 15 millones de euros dedicados a la investigación del cáncer.

Tras la realización de un examen sobre la situación mundial de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud ha instado a todos los países a aumentar las inversiones y la cobertura de servicios en esta materia.

La incorporación de la economía de la salud mental a las distintas políticas debe convertirse en una prioridad para asignar los recursos disponibles de manera efectiva y eficaz.

Las políticas han de responder más eficazmente a los cambios para favorecer la inclusión de las personas con enfermedad mental.

4.1. Acciones

- Intervención temprana desde la adolescencia, procurando la prevención del abandono escolar.
- Ayudar a la juventud en la transición desde la adolescencia hasta la edad adulta, intentando que realicen estudios superiores y en la búsqueda de empleo.
- Intervención en el lugar de trabajo.
- La importancia que los desórdenes mentales tiene en la productividad de la empresa hace necesaria la intervención en diferentes ámbitos.

- Condiciones de trabajo seguras con una adecuada tensión laboral y una buena gestión, para evitar el desarrollo de problemas mentales relacionados con el trabajo y minimizar las pérdidas de productividad de los trabajadores causadas por dichos problemas.
- Control sistemático para detectar y prevenir el absentismo de larga duración por causa de enfermedad mental.
- Ayudar a los trabajadores a evitar un retiro innecesario con origen en problemas mentales a través de la provisión de incentivos adecuados, información y apoyo.
- Prevención del desempleo.
- Hacer esfuerzos para identificar un desempleo sistemático o de larga duración en aquellas personas que sufren una enfermedad mental, e investigar sus capacidades y proporcionarles el apoyo necesario.
- Trabajar con los empresarios para ayudar a los trabajadores afectados de una dolencia mental a encontrar un trabajo.
- Dirigir hacia los servicios de retorno al empleo a aquellas personas con bajas médicas prolongadas o que estén recibiendo una prestación por padecer una dolencia mental.

PRIMERA PARTE

LA SALUD MENTAL Y LAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO

¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?

Guillermo PORTERO LAZCANO

Jefe de los Servicios Clínicos del IVML (Subdirección Bizkaia)

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN. CONCEPTOS RELACIONADOS
 - 1.1. Normalidad *versus* anormalidad
 - 1.2. Categorical frente a dimensional
 - 1.3. Lo individual frente a lo comunitario
 - 1.4. El multiculturalismo
2. CONCEPTO DE SALUD
3. CONCEPTO DE SALUD MENTAL
4. SALUD MENTAL EN LOS TRABAJADORES

1. INTRODUCCIÓN. CONCEPTOS RELACIONADOS

El concepto «salud mental» incluye dos términos («salud» y «mental») que pueden ser equívocos, toda vez que el primero, al ser supraordinado al segundo, si estuviese alterado por cualquier causa «no mental» sobraría la alusión a lo «mental». Al incluir en el concepto lo «mental» hemos de suponer que vamos a tratar sobre aquellas causas, circunstancias, condiciones... que desde lo mental (lo particular) deterioren a la salud (lo general).

Sin embargo, esto es partir de una diferenciación, inicialmente dicotómica, entre lo mental y lo no mental, lo cual está ampliamente superado, entendiendo al ser humano de una forma holística, donde, además, lo no mental ya no es sólo lo físico, sino también lo social. Desde esta perspectiva biopsicosocial del ser humano no procedería hacer disecciones de cada componente como si de compartimentos estancos se tratasen, ya que hay una interrelación entre todos ellos, de tal forma que la alteración de cualquiera repercute sobre los otros.

Asentada la premisa anterior, a efectos de exposición, abordaremos, principalmente, el componente psicológico-psiquiátrico del concepto de salud. No obstante, nuestro planteamiento, por mero interés expositivo, es abordar el concepto de salud, pasar por el de salud mental y acabar con alguna alusión a la salud mental relacionada con el trabajo.

Hasta prácticamente mediados del siglo pasado la salud se contraponía a la enfermedad. El concepto tenía siempre un aspecto negativo (ausencia de enfermedad). Como veremos posteriormente, las tendencias últimas son abordar el concepto desde una visión positiva: bienestar, adaptación, funcionalidad, etc.

Sin pretender hacer un repaso de la historia del concepto de salud, debemos, al menos, esbozar las líneas directrices de la evolución de la noción de salud en el mundo occidental. Dejando al margen los antecedentes en la época prehistórica donde la enfermedad derivaba de maldiciones, violaciones de tabúes, posesiones etc., todo ello consecuencia de lo que podríamos llamar pensamientos primitivos inherentes al desconocimiento científico que podría explicar las causas por métodos científicos, nuestros referentes (occidentales europeos) se sitúan en la época grecolatina. La idea central es que la enfermedad deriva de la ruptura del equilibrio o armonía entre distintos elementos. La disminución o exceso de algún componente daría lugar a la enfermedad. Por cercanía, tal vez, es la teoría hipocrática que entiende que existen cuatro humores: sangre, linfa, bilis amarilla y bilis negra en el cuerpo humano, la que preconiza que la enfermedad se instaura cuando hay un desequilibrio en alguno o varios de esos humores.

En la Edad Media prácticamente no se produjeron cambios. La teoría de los cuatro humores seguía vigente. Con la llegada del Renacimiento aparecen los esbozos de lo que posteriormente es el abordaje de la salud-enfermedad en términos científicos.

El mayor impacto, por su repercusión mundial, en el concepto de salud lo encontramos, como posteriormente abordaremos, en la definición que la OMS hace en 1948.

Hemos de comenzar aclarando que abordar el concepto de salud no es fácil, ya que es complejo, fluctuante y de límites muy imprecisos. Para poder acercarnos al concepto tenemos que aclarar, si se puede, otros que a su vez están relacionados con la salud. Así, por ejemplo, los conceptos normalidad-anormalidad, y ello puesto en discusión con el concepto enfermedad; lo dimensional frente a lo categorial; lo individual frente a lo comunitario, etc.

1.1. Normalidad *versus* anormalidad

La salud ha sido identificada con lo normal y, a su vez, lo anormal con la enfermedad. Está claro que esas identificaciones son absolutamente falsas. Basta un ejemplo clásico para clarificarlo: una persona superdotada desde el punto de vista intelectual es una persona que se aleja de la norma esta-

dística; es, por lo tanto, «anormal» estadísticamente. Sin embargo, a nadie se le ocurriría decir que es una persona enferma.

La anormalidad puede estudiarse desde diversos criterios diversos:

✓ ***Estadístico***

Ya hemos hecho mención a ese criterio. Sin entrar en profundidades, podríamos decir que algunas características tanto físicas, sociales y psíquicas siguen una distribución normal (famosa «campana de Gauss»). Cuando el carácter estudiado se aleja de la media en una cierta medida (desviación típica) tanto por debajo como por encima, decimos que ese carácter es anormal. Nos hemos referido anteriormente a la inteligencia como ejemplo. La media de la inteligencia es de 100. Se consideran inteligencias normales las que sitúan su desviación típica por debajo y por encima. Si la desviación típica es de 15, aquellos cocientes de inteligencia situados entre las puntuaciones de 85 y 115 serán normales. Las situadas fuera de este rango son consideradas anormales.

Hay que dejar claro que no todos los caracteres siguen esa distribución normal.

✓ ***Subjetivo***

Hay muchos ejemplos que podríamos plantear para desvirtuar este criterio. Así, por ejemplo, hay auténticos enfermos, sobre todo los de carácter psiquiátrico, que no tienen conciencia de enfermedad (se creen «sanos» cuando en realidad son trastornados), algunos, incluso graves, como ciertos psicóticos que no reconocen su estado patológico, o lo contrario, otros enfermos que creen tener padecimientos que no existen.

✓ ***Sociocultural***

Algunas características son consideradas en ciertas culturas como «normales», incluso muy valoradas, como los rasgos esquizoides (replegados en sí mismos) en la India, que pueden llegar a venerar a quienes los poseen como signos de sabiduría cuando en occidente podrían llegar a ser diagnosticados de trastornos del espectro esquizoide.

Determinadas ideologías que impregnan algunas sociedades y Estados consideran anormal aquello que se aparta de esa ideología, incluso se llega a perseguir, encarcelar... a los «anormales».

✓ *Algedónico*

El sufrimiento de la sociedad es sólo aproximativo y sujeto a una gran subjetividad. Si repasamos la historia podemos encontrar múltiples ejemplos de líderes que han infligido mucho sufrimiento a muchas personas con crímenes espantosos que son, sin embargo, héroes o libertadores para otros.

✓ *Situacional*

Hay personas que están en la frontera de lo «normal» como ciertas personalidades vulnerables que ante determinadas situaciones pueden descompensarse y entrar claramente en lo patológico.

1.2. Categorical frente a dimensional

Con el término categorial nos referimos a la propiedad que tienen algunas características o conjunto de componentes que forman un grupo que son excluyentes con otras características u otros grupos. Por su parte, lo dimensional hace referencia a la admisión de grados distintos dentro de la característica o a la falta de límites precisos entre grupos. Un ejemplo paradigmático de categoría es el embarazo. O se está embarazada o no se está. No es posible estar un poco o medio embarazada. El cociente de inteligencia sería un ejemplo de lo dimensional. Todas las personas pueden ubicarse, según sus cocientes de inteligencia, a lo largo de un continuo.

En el tema que tratamos los términos dicotómicos salud-enfermedad, han estado sujetos a la polémica categorial *versus* dimensional. Desde la perspectiva categorial, o se está sano o se está enfermo. No hay puntos intermedios. Ésta ha sido la posición clásica mantenida por el modelo médico biológico. Hoy en día se tiene una perspectiva dimensional, como veremos posteriormente. La salud y la enfermedad son los extremos de un continuo donde las posiciones intermedias admiten distintos grados. Por decirlo de un modo gráfico, en algunos casos podemos estar un «poco sanos» o un «poco enfermos» y, además, esto variará dentro de una misma persona de unos períodos a otros en función de la variación de los componentes biológicos, psicológicos y sociales.

Cuando abordemos el tema de la salud mental volveremos a hacer alusión a lo categorial frente a lo dimensional por constituir una polémica aún plenamente vigente a pesar de que la controversia no es tan reciente.

1.3. Lo individual frente a lo comunitario

El modelo médico clásico de salud ha sido individual, persistiendo aún en el imaginario colectivo. La medicina trata a la persona enferma aplicando medidas que curen o alivien padecimientos. Es un modelo que define a la salud en términos negativos (ausencia de enfermedad). El énfasis recae, inicialmente, sobre la enfermedad y no sobre la salud. En este modelo, el paciente tiene una posición pasiva (el que sabe es el médico y el paciente lleva a cabo las prescripciones del profesional). Las tendencias actuales en el modelo de salud apuntan hacia una participación activa de la persona enferma o no (también de las comunidades) hacia lo que se ha venido llamando como «empoderamiento», que trata de conseguir que la persona o las comunidades puedan identificar sus necesidades y adquirir las habilidades y confianza en sí mismas que necesitan para actuar de manera efectiva en la promoción de la salud. Se establece una distinción entre el **empoderamiento para la salud** del individuo y el de la **comunidad**. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los *determinantes de la salud* y la *calidad de vida* de su *comunidad*, siendo este un importante objetivo de la *acción comunitaria para la salud*⁽¹⁾.

Frente a ese modelo médico de lo individual aparece con fuerza el modelo comunitario y social, y con implicaciones políticas de mediados del siglo pasado, si bien podemos encontrar antecedentes desde el inicio de la Historia, como fueron las canalizaciones de aguas residuales hechas por los egipcios, normas sobre higiene personal, etc., o la construcción de acueductos por los romanos, que contribuyeron a mejorar la salud de los ciudadanos. Pero es a principios del siglo XX cuando aparecen las primeras definiciones de salud pública. Así, WINSLOW [recogido por PIÉDROLA GIL⁽²⁾ (2001)] define a la salud pública como «el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia median-

(1) OMS (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.

(2) PIÉDROLA-GIL (2001). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson.

te el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería, el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud».

Siguiendo a PIÉDROLA GIL, la definición actual de la salud pública sería: «el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana y a restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural». En esta definición podemos observar los tres momentos básicos de la medicina: prevenir, curar (aliviar) y rehabilitar.

En España recientemente se ha promulgado la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011, de 4 de octubre)⁽³⁾ que responde al mandato constitucional del artículo 43, que reconoce el derecho a su protección. En el preámbulo de la Ley General de Salud Pública se recoge: «Los poderes públicos han de asegurar y mejorar la salud de la población, la actual y la futura, entendiendo la inversión en salud como una contribución decisiva al bienestar social, tanto por el efecto neto de la ganancia en salud como por la contribución a la sostenibilidad de los servicios sanitarios y sociales, sin olvidar la contribución a la sostenibilidad general por el aumento de la productividad asociada a la salud y por el efecto positivo que las políticas de cuidado del medio tienen en el entorno y en la salud humana... En su artículo 1 establece el objeto de la misma y define a la salud pública:

Artículo 1. *Objeto de la ley.*

Esta ley tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole, desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud,

(3) Ley 33/2011, de 4 de octubre. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>.

y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.

La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales».

1.4. El multiculturalismo

Parece indudable que nuestras concepciones, valores, creencias, aptitudes y, en general, nuestro comportamiento viene determinado por nuestro entorno más inmediato (familia), el circundante al anterior (barrio, escuela, trabajo, amistades, etc.) y el más periférico (la sociedad en general en donde nos desarrollamos). Es lo que BRONFENBRENNER denominaba respectivamente (micro, meso y macrosistema). Si partimos de que hay culturas y sociedades totalmente distintas, hemos de admitir que ellas tendrán sus connotaciones específicas que muy probablemente, en muchos aspectos, no coincidirán con las nuestras. Así pues, los conceptos de salud y enfermedad también serán diferentes. Esto nos lleva a la conclusión de que la cultura entendida como «los modos compartidos por un grupo de personas» determina aspectos intrínsecos del comportamiento y de la personalidad. Ya hemos hecho alguna mención a ello cuando tratábamos la dimensión sociocultural de la normalidad.

El tema del multiculturalismo es más patente en la salud-enfermedad mental que en la física.

Siguiendo a CONTINI DE GONZÁLEZ⁽⁴⁾ habría dos modos de acercarnos al estudio de la relación entre cultura y psicopatología: la perspectiva *etic*, o universalista, que construye categorías aplicables a diversos contextos, como, por ejemplo, las clasificaciones de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-IV-TR) y la de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), si bien la primera admite la necesidad de disponer de información a fin de

(4) CONTINI DE GONZÁLEZ E. N. «Multiculturalismo y psicopatología: perspectivas en evaluación psicológica». Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2006.pdf>.

incrementar su aplicabilidad transcultural, incluso al tratar los trastornos de la personalidad (entidad donde más difusa es la diferenciación lo normal y lo patológico) en su primer criterio definitorio se especifica:

«Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto».

Es decir, hay una referencia expresa a lo que culturalmente se espera del sujeto en cuestión para poder catalogarlo como aquejado de un trastorno de la personalidad.

El propio DSM IV-TR⁽⁵⁾ incluye en su apéndice J dos secciones: la primera es una guía para la formulación cultural, diseñada para ayudar al clínico en la evaluación y comunicación sistemáticas del contexto cultural del individuo; la segunda es un glosario de los síndromes dependientes de la cultura.

La otra perspectiva es la *emic*, o relativista, cuyos partidarios critican la postura anterior. La posición *emic* está interesada en conocer el significado que atribuye un determinado grupo cultural a un síntoma perturbador. Son escépticos en que se puedan aplicar criterios diagnósticos occidentales en otras culturas.

GUIMÓN (2001)⁽⁶⁾ dice: «cualquiera que sea el término que empleemos, tres son los conceptos básicos a que se refiere los hallazgos en la psiquiatría transcultural: la relatividad del concepto de norma, la existencia de padecimientos típicamente vinculados a determinadas culturas y la mayor incidencia de determinados síndromes en una cultura que en otras». Crítica, sin embargo, el concepto sociológico de la enfermedad psiquiátrica en el sentido de considerar a ésta como una forma de desviación social. La violación de los códigos sociales no es una condición *sine qua non* para la existencia de la enfermedad. El contexto cultural influye en la forma de presentación (patoplastia) de la enfermedad y en ocasiones en el desencadenamiento de un trastorno o en su prolongación en el tiempo, pero es ne-

(5) DSM-IV-TR (2001). *Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (texto revisado). Barcelona: Masson.

(6) GUIMÓN, J. (2001), *Salud mental relacional. Concepto, etiología y diagnóstico*. Cantabria: Core Academia. 23-24.

cesario invocar factores biológicos o constitucionales, una diátesis básica o propensión individual para explicar la producción de muchos trastornos.

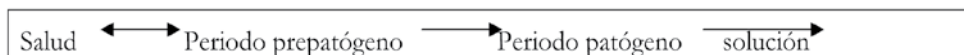
2. CONCEPTO DE SALUD

Tras el breve repaso que hemos esbozado anteriormente nos vamos a situar en lo que podríamos decir es el comienzo de la era moderna en cuanto a la definición de salud. Ello nos lleva al año 1948 en el que en el preámbulo de la constitución de la OMS se define a la salud como: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades». A pesar de ser una definición con grandes dosis de utopía, toda vez que el vocablo «completo bienestar» nos remite a un deseo más que a una realidad, tiene la virtud de incluir las facetas «mental» y, sobre todo, «social» en el concepto, este último no tenido en cuenta prácticamente hasta ese momento, si bien podemos encontrar algunos antecedentes como el de CANNON quien, retomando el concepto de homeostasis (equilibrio) interna de BERNARD, introduce el término de homeostasis social (la salud dependería del equilibrio armónico de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad).

Posteriormente, otros autores como Milton TERRIS [recogido por GÓMEZ LÓPEZ y RABANAQUE HERNÁNDEZ (2000)⁽⁷⁾] la define como «estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Considera dos componentes: 1. subjetivo —bienestar—, que admite diversos grados; y 2. objetivo, que se refiere a la capacidad de funcionamiento.

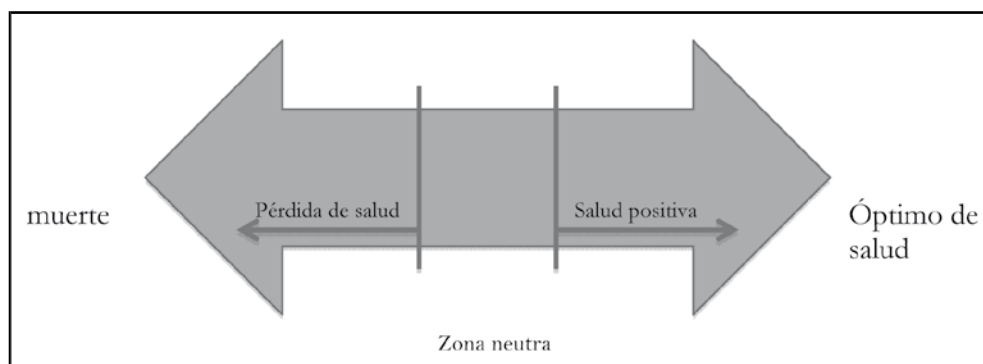
Otra crítica, que frecuentemente se ha vertido sobre la definición de la OMS, es el de ser estática. La noción de salud implica ideas de variación y adaptación continuas. Así podemos expresar mediante el siguiente diagrama un continuo que va desde un extremo donde se está la salud al otro donde se sitúa la enfermedad llegando, incluso, a la muerte pasando por estadios intermedios.

(7) GÓMEZ LÓPEZ, L., y RABANAQUE HERNÁNDEZ, M. (2000). En C. COLOMER REVUELTA y C. ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, C., *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.



De este modo, desde un estado de salud podemos pasar a otro donde aparentemente se está sano pero, sin embargo, hay un viraje hacia el estado de enfermedad debido a una desadaptación física, mental o social (estado prepatogénico). En este punto, el organismo puede anular la acción patógena y movilizar sus defensas o que el ambiente proporcione los factores necesarios para regresar hacia el estado de salud. De no ser así, el progreso en el continuo nos conducirá hacia el estado patológico que, a su vez, admitiría diversos grados: enfermedad inaparente, subclínica, avanzada, grave... Por último, desde este estadio se puede avanzar hacia la solución con el restablecimiento de la salud o llegar a la muerte.

Salud y enfermedad son los grados extremos de un continuo donde los componentes biológicos, psicológicos y sociales, interactuando entre sí, consiguen un equilibrio exitoso en el primer caso o un fracaso en el segundo [figura adjunta de PIÉDROLA GIL (2001)].



GÓMEZ LÓPEZ y RABANAQUE HERNÁNDEZ (2000)⁽⁸⁾ recogen la siguiente definición de salud:

(8) GÓMEZ LÓPEZ, L., RABANAQUE HERNÁNDEZ, M. (2000). En C. COLOMER REVUELTA y C. ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ. *Ibíd.* 9.

«Es el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades de la persona humana, biológicas, psicológicas y sociales. Este equilibrio exige, de una parte, la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, que son cualitativamente las mismas para todos los seres humanos (necesidades afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales) y de otra parte una adaptación siempre permanente del hombre a un ambiente en mutación perpetua».

La OMS en su formulación de los objetivos de la Estrategia salud para todos, en el año 2000, ya retira el vocablo «completo» estableciendo sus objetivos en que «todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven». R. DUBOS define a la salud desde una perspectiva más ecológica como «el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en la mejores condiciones de ese medio».

Hemos visto una evolución que desde la inicial concepción de salud de la OMS en el año 1948 se ha ido implementando con nuevas aportaciones que han dotado al concepto de un carácter más dinámico, con componentes adaptativos y con implicaciones sociopolíticas. En 1978, la OMS y la UNICEF celebran un congreso en Alma Ata que da lugar a la llamada Declaración de Alma Ata⁽⁹⁾, cuyos aspectos esenciales son los siguientes⁽¹⁰⁾:

1. El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los Gobiernos.
2. La importancia de la participación popular en salud como derecho y como responsabilidad.
3. La trascendencia de la atención primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.

(9) Declaración de Alma Ata. Disponible en: <http://www.inclusion-ia.org/espa%F101/Norm/AlmaAta-02-1.pdf>.

(10) Ponte MITTELBRUNN C., «Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente». Disponible en: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf.

4. Lograr la salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados.
5. Rechazo de las desigualdades en salud, especialmente entre países ricos y pobres.
6. Importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo.

Otro hito significativo es la Carta de Ottawa (1986)⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾ que destaca una serie de requisitos (determinantes para la promoción de la salud, entendiendo a ésta como «el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren» —empoderamiento—) como la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. La promoción de la salud se dirige a toda la población y no sólo a grupos de enfermos o de riesgo. Las áreas de actuación en promoción de la salud establecidas en la Carta de Ottawa son:

1. Construir políticas públicas saludables.
2. Crear ambientes que favorezcan la salud.
3. Desarrollar habilidades personales.
4. Reforzar la acción comunitaria.
5. Reorientar los servicios de salud.

La salud cobra más fuerza, entonces, como un derecho humano fundamental. Los Estados tienen la responsabilidad de proporcionar las condiciones necesarias para promover la salud de sus habitantes. Un ejemplo de ello es el adoptado por el Gobierno canadiense a través de su ministro de Salud, Sr. Lalonde, quien en 1974 establece el denominado modelo Lalonde⁽¹³⁾ que supone una relación causal en la que varias causas (todas incluidas en el modelo) pueden producir varios efectos simultáneamente. A menudo nin-

(11) Disponible en: <http://www.patho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.

(12) COLOMER REVUELTA, C., ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, C. (2000). *Ibíd.* 27 y ss.

(13) RODRÍGUEZ ARTALEJO, F., y ABECIA INCHAÚRREGUI, L. C. (2000). En C. COLOMER REVUELTA, C. ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ. *Ibíd.* 16 y ss.

guna de estas causas es suficiente para producir un determinado efecto. Los determinantes son agentes físicos, químicos o biológicos, en sentido amplio. Se incluyen factores como el estrés, la hostilidad, la clase social o el apoyo de las personas que nos rodean. Es un modelo biopsicosocial.

Podríamos establecer dos tipos de modelos en la atención a la salud-enfermedad: el modelo individual, que correspondería al modelo clásico médico de atención a la persona enferma y el colectivo que integra una serie de modelos no incompatibles, sino complementarios y relacionados, que siguiendo a PIÉDROLA GIL⁽¹⁴⁾ son:

La salud pública es conseguir en la colectividad prevenir la enfermedad, prolongar la vida, proteger y promover la salud y el bienestar a través de los esfuerzos organizados de la comunidad para la aplicación práctica de disposiciones legislativas.

En la referencia adaptada del Informe Acheson (Londres, 1988)⁽¹⁵⁾ aparece la denominada «nueva salud pública» que se diferencia de la «antigua» en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyen la salud. Aparece también el concepto de «salud pública ecológica» que enfatiza los puntos comunes entre la salud y el desarrollo sostenible. Se centra en los determinantes económicos y ambientales de la salud y en los medios para orientar la inversión económica hacia la consecución de los mejores resultados sanitarios para la población, una mayor equidad en salud y un uso sostenible de los recursos.

La medicina social es, según la OMS, recogido por PIÉDROLA GIL, el conjunto de actividades sanitarias y sociales que tiene por objeto proteger y desenvolver la persona humana considerada a la vez como valor económico y valor espiritual. René SAND la define como el estudio de los factores sociales que inciden en las cuestiones médicas.

(14) PIÉDROLA-GIL (2001). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson.

(15) OMS (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.

La medicina comunitaria implica que los propios ciudadanos intervienen en la planificación, administración, gestión y control de las acciones que llevan al óptimo estado de salud de sus integrantes y la comunidad, con responsabilidad y participando activamente... Mientras que la salud pública es una acción de gobierno, la salud comunitaria (aunque intervenga el Gobierno) añade un polo participativo al tecnocrático de la salud pública (PIÉDROLA GIL).

Así pues, el concepto de salud integra aspectos ecológicos, sistémicos, dinámicos, positivos e incluso políticos. En nuestro país, el derecho a la salud viene recogido en la Constitución de 1978 en su artículo 43⁽¹⁶⁾ y en el desarrollo de la Ley General de Sanidad en virtud del mandamiento constitucional, así como la Ley General de Salud Pública, a la que anteriormente hemos hecho referencia (Ley 33/2011, de 4 de octubre), entre otras.

La OMS publica en 2001 la *Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud* (CIF)⁽¹⁷⁾, que permite, teniendo en cuenta al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial, evaluar no sólo al enfermo o discapaz, sino también a la persona sana.

La CIF ha pasado de ser una clasificación de «consecuencias de enfermedades» (versión de 1980) a una clasificación de «componentes de salud». Los «componentes de salud» identifican los constituyentes de la salud, mientras que las «consecuencias» se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud.

La CIF abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes del «bienestar» relevantes para la salud y los describe en términos de dominios de salud y dominios «relacionados con la salud» (ver gráfico).

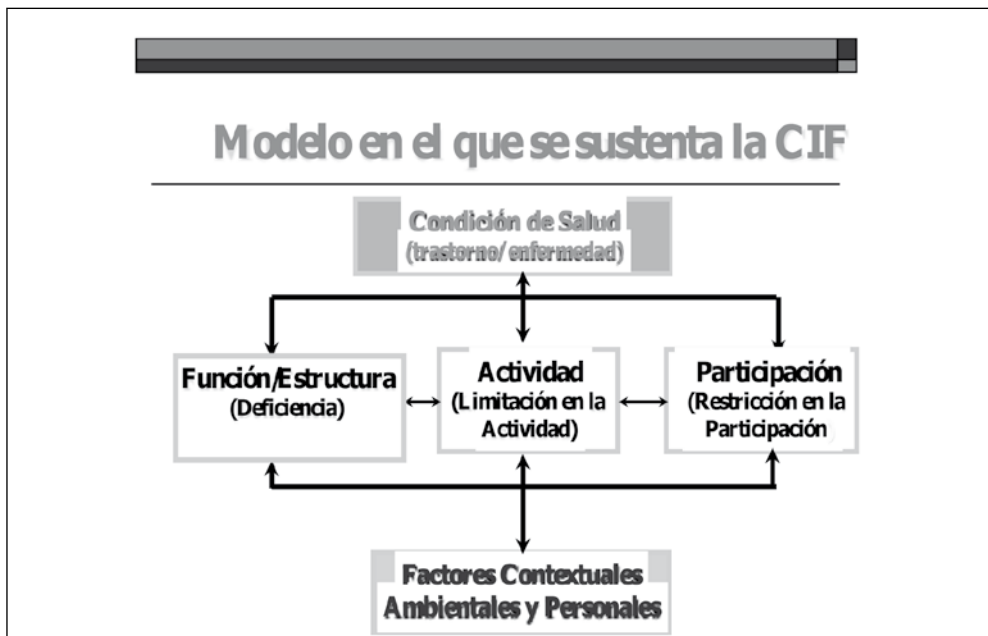
El modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de

(16) Artículo 43 de la Constitución Española: 1. Se reconoce el derecho a la protección a la salud. 2. compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

(17) OMS (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud* (CIF). Madrid: INSERSO.

salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. Por otro lado, el modelo social de la discapacidad considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. El problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole política.

La CIF está basada en la integración de estos dos modelos opuestos. Con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque «biopsicosocial». Por lo tanto, la CIF intenta conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.



3. CONCEPTO DE SALUD MENTAL

La salud es un concepto holístico donde se integra lo biológico, lo psicológico y lo social y, a su vez, estos integrantes se interrelacionan entre sí. Podríamos decir que el todo (la salud) es más que la suma de las partes (dimensiones biológicas, psicológicas y sociales). BERTOLOTE⁽¹⁸⁾ apunta que «lo mental en la definición de salud de la OMS (así como lo físico y social) se refiere a dimensiones de un estado y no a un dominio o disciplina específicos. En consecuencia resulta incongruente hablar de salud física, salud mental o salud social. Si quisiéramos especificar una dimensión en particular, sería más apropiado utilizar el término bienestar y no salud...».

Por razones expositivas nos referiremos en este apartado a la dimensión psíquica o mental de la salud.

Todo lo expuesto en el apartado de Introducción y conceptos relacionados tendría su cabida en este. Sin embargo, la dimensión mental de la salud presenta, incluso, mayor indefinición que las otras, muy probablemente debido a una falta de paradigma en el sentido kuhniano y, ello a su vez, relacionado con un menor desarrollo de las ciencias que se han ocupado de lo mental.

En este terreno, lo psicológico, la normalidad-anormalidad, la salud-enfermedad, lo categorial-dimensional, lo transcultural, presentan límites más difusos que los ámbitos biológico o social. Para ilustrar lo anterior ponemos sobre la mesa la discusión que plenamente vigente se está llevando a cabo sobre los modelos categoriales-dimensionales, lo cual a su vez tiene relación con lo normal-anormal y con la salud-enfermedad.

El modelo actual de la clasificación de trastornos mentales de la APA (DSM-IV-TR) es de tipo categorial. El modelo categorial clasifica a los trastornos mentales como categorías excluyentes entre sí. Sin embargo, este sistema clasificatorio ha demostrado adolecer de múltiples problemas. Por ejemplo, la comorbilidad, hay trastornos en los que coexisten síndromes en los que resultan difícil separarlos (la comorbilidad de ansiedad y depresión). Hay pacientes que presentan malestares subclínicos que no encajan en el

(18) BERTOLOTE, J. M. «Raíces del concepto de salud mental». Disponible en: <http://www.contener.org/boletin/be2828.pdf>.

modelo categorial: el alto grado de inestabilidad diagnóstica, la falta de especificidad, etc. Frente a ello se propone un modelo dimensional, en donde los fenómenos tienen una distribución continua (varían cuantitativamente). Esto, a su vez, nos lleva a la conclusión de que las dimensiones traspasan las categorías. Así, los fenómenos psicopatológicos no son exclusivos de un solo síndrome. Una ventaja del modelo dimensional es su capacidad para graduar la intensidad. Por otro lado, y según el criterio mantenido por las actuales tendencias a considerar al binomio salud-enfermedad como extremos de un continuo, no habría una clara distinción entre lo normal y lo patológico (salud-enfermedad). Sin embargo, tampoco el modelo dimensional está exento de críticas [ver MELLOR MARSÁ y ARAGONA (2009)⁽¹⁹⁾].

Estamos a las puertas de la publicación de la DSM-V que tiene una clara vocación dimensional. Se diluyen los límites entre el eje I (trastornos mayores) y los del eje II (trastornos de la personalidad) hasta el punto de que muchos de los trastornos de personalidad del eje II actual pasan al eje I.

Esta consideración de lo dimensional en psiquiatría la podemos encontrar en autores clásicos como KRETSCHMER, que establece un continuo en el que a partir de determinados caracteres —inicialmente no patológicos— (ligados a fenotipos específicos, por ejemplo, el carácter de tipo esquizoide: introvertidos, replegados en sí mismos..., se vincula al biotipo leptosomático: individuos altos y delgados). Una progresión en el continuo (mayor acentuación de este carácter) acaba en un trastorno de la personalidad (en este caso esquizoide) y una acentuación de éste acabaría en la psicosis (esquizofrenia).

Pero, quizá, para el tema que tratamos de la salud mental y sus límites con lo patológico podemos abordar los trastornos de la personalidad. No entraré en disquisiciones muy técnicas pero, de forma muy simple, haré alguna referencia al concepto de trastorno de la personalidad.

Por decirlo de una manera sencilla, los trastornos de la personalidad, en su componente psíquica, se caracterizan por presentar rasgos que de algún modo toda la población general presenta: desconfianza, dependen-

(19) MELLOR MARSÁ, B., y ARAGONA, M. (2009). «De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica». *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 29(103): 217-228.

cia, narcisismo, inestabilidad, evitación, etc. (según el tipo de personalidad de que se trate). Es decir, no se caracterizan por presentar alucinaciones, delirios, estados de ánimo profundamente alterados, etc. La diferencia entre la población «sana» y los trastornos de personalidad es de grado, si sólo atendemos al componente psíquico de los rasgos y dejando al margen características definitorias de los mismos cuando hay un trastorno como es la inflexibilidad, la desadaptación... y dejando, también, al margen el componente conductual característico de cada trastorno. En los trastornos de la personalidad, los rasgos están mucho más acentuados que en las personas «normales» (que también los poseen). Desde este punto de vista estamos ante un claro modelo dimensional (lo normal se sitúa en un extremo y lo patológico en el otro existiendo un continuo gradual entre uno y otro). Algunos autores (MILLON) incluso proponen graduaciones intermedias al denominar «estilos de personalidad» cuando los rasgos son acentuados pero no cumplen el resto de criterios para poder establecer el diagnóstico de trastorno de la personalidad. MILLON y DAVIS (2001)⁽²⁰⁾ para referirse a la normalidad (equivalente a la salud) dicen que es la capacidad para desempeñarse de una forma independiente y competente que permita obtener una sensación de satisfacción y contento.



Nos encontramos, pues, ante límites imprecisos entre lo normal y lo patológico si nuestro análisis se centra exclusivamente en los rasgos de la personalidad.

(20) MILLON, T., y DAVIS R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Llegados a este punto, procede abordar algunas definiciones del concepto de salud mental, que como podemos presuponer no pueden alejarse de las ya apuntadas sobre la salud en general. KORKEILA y cols. (2006), recogido por GUIMÓN⁽²¹⁾ la define como «el conjunto de capacidades esenciales para el bienestar general, para nuestra capacidad de percibir, comprender e interpretar nuestro entorno, adaptarnos a él y saber cambiarlo si es necesario, así como para comunicar con los demás».

En esta definición, que podríamos calificar de «positiva» (elude el término «enfermedad») abarca los componentes subjetivo (bienestar), el funcional y objetivo (adaptación) lo ambiental (entorno) y lo social (la comunicación). A nuestro juicio refleja bien el tan utilizado concepto «biopsicosocial» inherente a la salud mental.

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que no existe una definición «oficial» sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. En la 2.^a sesión del Comité de expertos de la OMS en salud mental, (11-16 de septiembre de 1950) se definió a la salud mental como **«una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales que permiten al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico»**⁽²²⁾. Otra definición acuñada por la OMS⁽²³⁾ es: **«un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad»**.

Para la Federación Mundial de la Salud Mental es: **«el mejor estado posible, dentro de las condiciones existentes, en la medida en que apunte al**

(21) GUIMÓN, J. *Salud mental basada en las pruebas*. Madrid: Servicio editorial de la UPV. Core Academic.

(22) BERTOLOTE, J. M. «Raíces del concepto de salud mental». Disponible en: <http://www.contener.org/boletin/be2828.pdf>.

(23) Libro Verde. Comisión de las Comunidades Europeas. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf.

despliegue óptimo de las capacidades del individuo, físicas, intelectuales, afectivas, teniendo en cuenta el contexto en que se halla».

K. MENNINGER, recogido por JOHNSON B. S. (2000)⁽²⁴⁾, define la salud mental como «**la adaptación de los seres humanos al mundo y al otro con el máximo grado de eficacia y felicidad**».

A la vista de las definiciones anteriores podemos deducir los siguientes componentes de la salud: **subjectivos** como la sensación de bienestar, satisfacción, felicidad...; **capacidades** para percibir el entorno y a los otros, para comunicar, para interrelacionarse, para intervenir sobre el ambiente, habilidades de realizarse intelectual y emocionalmente...; **resultados**: autonomía, adaptación, funcionalidad, eficacia...

Siguiendo la definición positiva de salud de la OMS, la promoción de la salud es el proceso que facilita instrumentos a la gente para ganar el control sobre su salud y mejorarla (1986)⁽²⁵⁾. Entre otros factores psicosociales ligados a la protección de la salud y la promoción en adultos figuran el vínculo seguro y firme, una visión optimista de la vida y un sentido de propósito y dirección, estrategias efectivas para hacer frente a los desafíos, un control consciente de los acontecimientos de la vida, relaciones emocionales gratificadoras, expresión de emociones positivas e integración social.

4. SALUD MENTAL EN LOS TRABAJADORES

El trabajo supone una de las actividades más importantes del ser humano no sólo porque es el medio de subsistencia, lo cual en sí mismo ya es determinante, sino porque durante la vida laboral un trabajador pasa prácticamente un tercio de su tiempo en el trabajo. Así pues, el trabajo puede resultar una fuente de satisfacción o, por el contrario, una génesis de patología o, cuando menos, de alteración de la salud, o lo que es más real, en períodos el trabajo puede satisfacer y en otros perjudicar a la salud, y ello de forma recurrente (no olvidemos que la salud es un proceso dinámico).

(24) JOHNSON, B. S. (2000). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

(25) Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>.

La importancia del trabajo para la salud y, en concreto, para la salud mental, es tan obvia que existe amplia bibliografía especializada y experiencia entre la población en general al respecto, sobre las consecuencias de la falta de trabajo —lo que se ha venido llamando psicopatología del desempleo—. Vivimos precisamente una época de gravísima crisis económica que ha afectado de forma alarmante al empleo.

La falta de trabajo produce una serie de síntomas y trastornos psiquiátricos en los trabajadores desempleados y en los que optan a su primer empleo que, dado el número extraordinariamente alto de los mismos en nuestro país, supone, desde el punto de sanitario, un problema importante de salud. No entraremos a detallar los problemas de salud derivados del desempleo. Únicamente significar que son los trastornos de la esfera de la ansiedad y la depresión los más afectados. Habría que considerar que la afectación no es sólo individual (la del propio desempleado), sino de las personas significativas que le rodean, básicamente la familia.

También podemos encontrar alteraciones en la salud mental en el extremo contrario. Es decir, en aquellos trabajadores que, teniendo trabajo, éste supone una adicción o forma parte de un estilo de personalidad disfuncional. Como cualquier otra adicción, el adicto al trabajo emplea gran parte de su tiempo al trabajo en detrimento de otras actividades necesarias como las relaciones interpersonales, familiares, ocio, etc.; sigue pensando en el trabajo a pesar de haber acabado la jornada laboral, se lleva tareas a casa, su autoestima y su identidad gira en torno al trabajo... Es evidente que las personas en esa situación, a pesar de que algunos no lo reconozcan como los dependientes a sustancias u otras actividades —son negadores—, presentan una salud alterada cuando no un auténtico trastorno mental. Relacionado con esta patología adictiva en ocasiones encontramos estilos de personalidad específicos. La denominada personalidad de tipo A es un factor predisponente (no el único y no siempre necesario) para desembarcar en una adicción al trabajo. Estas personalidades se caracterizan por: prisa e impaciencia, implicación en el trabajo, comportamiento duro y competitivo, etc.

Dejando asentado que la salud mental en los trabajadores puede afectarse por la falta de empleo y por lo que podríamos considerar su polo opuesto, por la adicción al trabajo, vamos a referirnos ahora a la salud mental de los trabajadores derivados de su actividad laboral activa.

El trabajo puede afectar a la salud de los trabajadores, bien desarrollando un trastorno mental o bien agravando problemas de salud mental previos. Habría que matizar que también podría afectar a la salud cuando sin llegar a desencadenar un trastorno mental diagnosticable según criterios internacionales (DSM-IV-TR o CIE-10) produce efectos negativos en el «normal» equilibrio psíquico de las personas.

En la primera de las opciones (trabajo generador de patologías. Riesgos psicosociales) nos encontramos ante dos eventualidades: los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.

MANSILLA IZQUIERDO, F.⁽²⁶⁾, recoge diversos conceptos de los factores de riesgo psicosocial. Han sido definidos como aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo, así como de su contexto social y ambiental, que tienen la potencialidad de causar daños físicos, psíquicos o sociales a los trabajadores [COX y GRIFFITHS, (1996)] [COX, GRIFFITHS y RANDALL, (2003)]. Para el Comité mixto OIT-OMS (1984), los factores de riesgo psicosocial en el trabajo abarcan las interacciones entre el medioambiente laboral, las características de las condiciones de trabajo, las relaciones entre los trabajadores, la organización, las características del trabajador, su cultura, sus necesidades y su situación personal fuera del trabajo.

PARRA (2003)⁽²⁷⁾ establece una serie de factores de riesgo en el trabajo junto a sus correspondientes medidas de protección para minimizar o eliminar los mismos. Así, por ejemplo, los divide en:

1. Materiales

- 1.1. Factores físicos del lugar del trabajo (espacio, ventilación, temperatura, maquinarias, ruido, vibración, iluminación etc.). Dado que estamos en el epígrafe de salud mental, estos factores no sólo afectan a la salud física, sino también a la psíquica. Por ejemplo, el ruido que daña al sistema auditivo produce también estrés dando lugar a trastornos de la esfera ansioso-depresiva.

(26) MANSILLA IZQUIERDO, F. «Manual de riesgos psicosociales en el trabajo». Disponible en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo1_2.shtml.

(27) PARRA, M. (2003). «Conceptos básicos en salud laboral». Disponible en: <http://www.oit Chile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf>.

- 1.2. Factores físicos de los productos con los que se trabaja: los contaminantes. Está bien documentada las alteraciones mentales (además de las somáticas) que la exposición crónica a diversos tóxicos produce en los trabajadores: hidargirismo, saturnismo, tóxicos disolventes, etc.
- 1.3. Carga del trabajo. PARRA la define como: «el conjunto de requerimientos mentales y físicos a que se ve sometido un trabajador o una trabajadora para la realización de su tarea. La divide en:
 - 1.3.1. Demandas de esfuerzo físico. Posturas, movimientos o fuerza que exigen esfuerzos mantenidos. Además de las alteraciones somáticas, principalmente de tipo músculo-esquelético pueden determinar alteraciones en la salud psíquica a través del estrés que pueden llegar a generar.
 - 1.3.2. Demandas de esfuerzo mental (por seguir la exposición la incluimos en este apartado, aunque evidentemente, serían factores psíquicos y no directamente materiales los que afectan a la salud mental). PARRA (2003) considera que un esfuerzo mental excesivo o inadecuado, requerido por algunos trabajos, implica un mayor riesgo, porque además de aumentar la probabilidad de accidentes y enfermedades, generan bajas. Cita entre otros: la cantidad y dispersión de la información recibida, nivel de atención y concentración demandado, rapidez de respuesta demandada, grado de libertad en la toma de decisiones, etc.

2. Organizacionales. Relaciones sociales en el trabajo

La organización del trabajo puede generar alteraciones a la salud a través de los ritmos y turnos de las jornadas laborales, los descansos, tareas monótonas y repetitivas... Pero, además, el trabajo es un espacio para las interacciones sociales. Estas relaciones pueden ser jerárquicas (de superior a subordinado) o entre iguales. Ello forma parte de lo denominado comúnmente como «clima o ambiente laboral». En este capítulo merece la pena

reseñar el *mobbing* o acoso laboral como conducta determinante de la salud mental de los trabajadores, siendo lo más habitual la aparición de patologías mentales. El acoso laboral o *mobbing* es definido por LEYMANN (1986)⁽²⁸⁾: «... un tipo de situación comunicativa que amenaza con infligir al individuo graves perjuicios psíquicos y físicos. El *mobbing* es un proceso de destrucción; se compone de una serie de actuaciones hostiles que, tomadas de forma aislada, podrían parecer anodinas, pero cuya repetición constante tiene efectos perniciosos».

«El concepto de *mobbing* queda definido por el encadenamiento a lo largo de un período de tiempo bastante corto de intentos o acciones hostiles consumadas, expresadas o manifestadas por una o varias personas hacia una tercera: la víctima». El trastorno por estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, los trastornos adaptativos junto a los trastornos afectivos (depresión mayor, distimia), trastornos somatomorfos, son los más diagnosticados en los casos de *mobbing*.

A la vista de lo anterior, podemos comprobar como el trabajo a través de sus componentes físicos y sociales pueden determinar alteraciones a la salud. Sin embargo, no podemos olvidar las variables inherentes al propio trabajador: su biología y su psique. La salud depende de la interacción del individuo (en este caso el trabajador) y de su ambiente (físico y social).

Es evidente que la conformación de la personalidad del trabajador interactuando con el ambiente son determinantes de la salud. Así, las expectativas, la motivación, la resiliencia, las estrategias de afrontamiento (*copping*), habilidades sociales, la percepción, los mecanismos de defensa..., pueden determinar que unos trabajadores enfermen frente a otros que sometidos a los mismos condicionantes laborales no lo hagan. Esto nos llevaría al concepto de «vulnerabilidad» que tendría gran relevancia en la asignación de los puestos de trabajo (según sus condiciones) en aras a prevenir el desencadenamiento o aparición del trastorno mental generado en el trabajo. Es probable que debido a esa interacción de persona-ambiente en la aparición de la enfermedad, la contribución del primer componente esté pesando de forma importante

(28) LEYMANN, H. (1996) *Mobbing. La persécution au travail*. París: Ed. du Senil.

en la no consideración de «enfermedad profesional» las derivadas de los riesgos psicosociales.

En relación con lo anterior (vulnerabilidad), pero con un grado mayor de probabilidad de generar patología, estaría la situación en la que ya de partida hay un trastorno mental. En estos casos, el trabajo puede reagudizar la enfermedad previa. Tal sería el caso de la reincorporación al trabajo de aquellos enfermos mentales que por causa o no de trabajo habían causado baja laboral, se ha conseguido una estabilización, y vuelven al mundo laboral, o, simplemente, el hecho de incorporar al trabajo a un enfermo mental (no olvidemos que el trabajo es un derecho del que no están excluidos los enfermos mentales). En esta eventualidad, la prevención de recaídas exige una minuciosa valoración del puesto de trabajo.

Siguiendo el espíritu el concepto positivo de salud de la OMS, los lugares de trabajo también pueden ser eficaces para promocionar la salud de los trabajadores. Prácticamente todos los documentos sobre salud laboral hacen referencia a esta cuestión. En el campo de la salud laboral no sólo se aborda la detección precoz, el tratamiento de la enfermedad, la prevención (primaria —la que se dirige a la reducción del riesgo de la enfermedad—), sino la promoción de la salud que incluye la realización de una serie de políticas y actividades en los lugares de trabajo, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países.

El concepto de empresas saludables hace referencia a lugares de trabajo donde se promueva la salud. El trabajo no tiene por qué ser «un castigo», sino una fuente de satisfacción y bienestar. La promoción de la salud en el lugar de trabajo incluye cualquier actividad dirigida a mejorar la salud de los trabajadores. De este modo, abarcaría lo asistencial, los reconocimientos médicos, programas de detección precoz, actividades de control de las tareas por parte del trabajador, medidas de prevención... Tras las conclusiones de la Carta de Ottawa, la promoción de la salud en el ámbito de la empresa consistiría en el conjunto de actividades dirigidas directamente a capacitar a los trabajadores para que incrementen el control de su propia salud. Ello supone acciones informativas, educativas y organizativas don-

de el principio de participación del trabajador sea una *conditio sine qua non* [GARCÍA BENAVIDES, BENACH ROVIRA y MONCADA LLUIS (2001)⁽²⁹⁾]. Parece necesario cambiar de una cultura indemnizatoria (preponderante hasta el presente) por una cultura preventiva (prevenir los efectos sobre la salud de los trabajadores de las condiciones de trabajo).

(29) GARCÍA BENAVIDES, F., BENACH ROVIRA, J., y MONCADA LLUIS, S. (2001). «Empresas saludables». En COLOMER REVUELTA y ÁLVAREZ- DARDET DÍAZ. *Promoción de la Salud y cambio social*. Barcelona: Masson.

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL MEDIO LABORAL

Juan José DÍAZ FRANCO

*Vocal nacional de atención primaria urbana del Consejo General
de Colegios Médicos de España
Psiquiatra y psicólogo*

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. TRASTORNOS PSICÓTICOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO
3. TRASTORNOS COGNITIVOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO
4. TRASTORNOS NEURÓTICOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO
5. TRASTORNOS POR ESTRÉS LABORAL
6. TRASTORNOS POR ABUSO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL MEDIO LABORAL
7. TRASTORNOS AUTOLÍTICOS
8. VALORACIÓN DE POSIBLES PSICOPATOLOGÍAS PREVIAS

1. INTRODUCCIÓN

La actividad laboral acoge o genera muchas conductas individuales cuyo desarrollo plantea situaciones que el grupo en el que se producen deberá integrar o, si no fuera posible, controlar o erradicar.

La sociología de las enfermedades mentales en el trabajo plantea algunos interrogantes sobre la incidencia de los procesos psicopatológicos, según las diversas actividades profesionales, de forma que cada profesión podría considerarse como fuente de riesgos laborales potencialmente generadores de factores psicopatológicos.

La VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del INSHT señala, para la acumulación de carga mental, alguno de estos riesgos:

- Mantener un nivel de atención elevado.
- Tareas muy repetitivas.
- Tareas muy complejas.
- Tareas con plazos estrictos y cortos.
- Atención a personas ajenas a la empresa.
- Realización de varias tareas simultáneas.
- Utilización de ordenadores.

Lógicamente, el riesgo de trastorno mental se eleva en profesiones que soportan ritmos de trabajo muy altos, a lo que, con frecuencia, se asocia una baja discrecionalidad de destrezas, siempre dirigidas a su ejecución, sin posibilidad de participar en su planificación. Así, los obreros de la

construcción y todos los oficios básicos del sector terciario (camareros, personal auxiliar sanitario, de secretaria, de limpieza o de transportes, etc.).

Pero, al margen de otras consideraciones, lo cierto es que pueden darse en el medio laboral todo tipo de trastornos mentales:

- Trastornos psicóticos.
- Trastornos cognitivos.
- Trastornos neuróticos.
- Trastornos por estrés laboral.
- Trastornos por abuso de sustancias psicoactivas.
- Trastornos autolíticos.

La mayoría de estos trastornos se agruparían, si nos acogiéramos a la nosología del DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), de la Asociación Americana de Psiquiatría, en los ejes I, II y IV, que comprenden los trastornos clínicos, los trastornos de personalidad y los problemas psicosociales y ambientales, por ese orden.

Aquí sólo se pretende recoger la hipótesis de que todo padecimiento de orden psíquico puede tener lugar en el trabajo, bien porque acompaña al trabajador que se incorpora, bien porque sobreviene por causas imputables al habitual desempeño laboral.

La descripción de estos posibles avatares psicopatológicos debe ser, por fuerza, esquemática. Se trata de pasar revista, muy genéricamente, a una serie de trastornos mentales que pueden ser concomitantes o resultantes de una serie de descompensaciones organizacionales, causantes de una muy actual psicopatología laboral emergente a la que dedicaremos algunas consideraciones más amplias en el siguiente capítulo.

2. TRASTORNOS PSICÓTICOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO

Los trastornos psicóticos no varían significativamente de una época a otra, de un pueblo a otro, y los que puedan producirse en el medio laboral obedecen a diferentes causas.

Las más frecuentes serían las provocadas por exposición a factores químicos laborales como, por ejemplo, aquellos que cuentan entre sus componentes de acción con niveles significativos de mercurio, sulfuro de carbono, tolueno, arsénico o plomo.

También son causantes de brotes psicóticos, o de exacerbaciones de patologías psicóticas previas, el uso indiscriminado de algunos medicamentos o de sustancias psicoactivas (legales o ilegales) como el alcohol, las anfetaminas, la cocaína, el cannabis y algunos esteroides anabolizantes.

Aunque no propiamente laborales, pero sí potencialmente agravados por el trabajo, pueden señalarse algunos estados psicóticos posparto.

3. TRASTORNOS COGNITIVOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO

Los trastornos cognitivos relacionados con el trabajo están representados, fundamentalmente, por algunos desarrollos demenciales provocados por la exposición sistemática a pesticidas y herbicidas que provocan efectos orgánicos desfavorables en el sistema nervioso y, a largo plazo, deterioro significativo de la capacidad del trabajador para procesar y recordar la información.

En cualquier caso, y bajo otra consideración no tóxica, el grado de estimulación intelectual en el trabajo disminuiría el riesgo de demencia precoz o la profundidad de la misma en etiologías demenciales asociadas a degeneraciones fisiológicas (frecuentemente hereditarias) u otras de origen vascular.

4. TRASTORNOS NEURÓTICOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO

Al contrario que la psicosis, el número de neurosis va multiplicándose con las transformaciones de las estructuras sociales y la subversión de los valores.

Por eso, el medio laboral es escenario de muchas alteraciones neuróticas, y no es aventurado afirmar que cualquier planteamiento de trastornos mentales en el campo de la psiquiatría industrial se desplaza mayoritariamente hacia los padecimientos neuróticos. De hecho, cuanto más se estudia el origen de las neurosis, tanto más se aprecia el predominio de su etiología social sobre la biológica. De aquí, la importancia de las produc-

ciones neuróticas relacionadas con las disfunciones organizacionales en el ámbito laboral.

La organización del trabajo se traduce, en términos de psicopatología del trabajo, como el resultado de una imposición: la de la voluntad del empleador sobre la del asalariado, de la que derivan, por la frustración que genera ese desequilibrio, muchos desarrollos morbosos de etiología laboral.

No obstante, los tratados clásicos de medicina del trabajo (desde el de RAMAZZINI hasta los de HUNTER o DESOILLE) recogen diferentes tipos de neurosis industriales vinculadas a actividades concretas, mediando o no exposición a ambientes industriales tóxicos: así, la neurosis de Charcot (por el sulfuro de carbono), la neurosis de los escribientes (también conocida como espasmo de los escribientes, neurosis de los escritores de Bell o grafoespasmo), la neurosis traumática (también conocida como histeria litigante, neurosis de renta o compensación), la postraumática (neurosis de guerra), la neurosis de huelga (Delmas-Marsalet) o la neurosis del parado (J. Vie).

En todo caso, lo que es calificable de neurótico no sería tanto la pérdida o la elección de trabajo como la ya señalada reacción del trabajador a la frustración.

5. TRASTORNOS POR ESTRÉS LABORAL

El Acuerdo Europeo de Estrés Laboral define este padecimiento como un estado que se acompaña de quejas o disfunciones físicas, psicológicas o sociales, como consecuencia de la incapacidad de los trabajadores sometidos a una presión intensa para cumplir con las exigencias o las expectativas puestas en ellos. Supondría, por tanto, que esos trabajadores soportarían una carga acumulada de estresores (mejor, distresores) que superarían su umbral óptimo de adaptación y, en consecuencia, su organismo empezaría a manifestar señales de agotamiento.

Tales estresores/distresores tendrían un carácter bien personal (motivado por la frustración, monotonía, insatisfacción, contrariedades y coacciones), o bien organizacional (como el inducido por jefaturas incompetentes, salarios inadecuados, falta de información o de seguridad en el empleo, disciplina mal concebida, etc.). Tampoco quedarían fuera de la generación de este estrés crónico los inefables hábitos higiénicos que, con frecuencia, mantienen las personas en el trabajo y fuera de él; así, el sueño mal planifi-

cado o insuficiente, la ingesta alimentaria no ajustada a los requerimientos calóricos individuales, la ausencia de una mínima práctica de ejercicio físico saludable (causas estas dos últimas circunstancias de sobrepeso y obesidad), la sexualidad insatisfactoria, etc.

Existe, igualmente, otra serie de nuevos impulsos al estrés en el medio laboral expresada, fundamentalmente, por conductas desadaptativas: conductas anómicas (simulaciones, sociopatías), conductas autolíticas (desde equivalentes o intentos suicidas a consumaciones), conductas omisivas (desprecio o insensibilidad hacia las normas de seguridad e higiene), conductas contradictorias (en las que los hechos producidos ignoran falazmente las teorías que invocan) y, por fin, conductas saturadas, fatalistas o resignadas por acumulación de riesgos.

Es evidente que esas situaciones en las que el estrés crónico desborda las posibilidades de adaptación de la persona abocan a trastornos psicósomáticos (de innegable etiopatogenia psicógena) que, en su expresión clínica, constituyen las llamadas «enfermedades del estrés». Y es que, así como un traumatismo físico puede tener repercusiones psíquicas, también un traumatismo emocional puede tener incidencia somática.

No es, por todo ello, aventurado afirmar que las emociones, sentimientos, actitudes, ideas y ambiente pueden condicionar, en determinadas circunstancias, la salud física y psíquica de los trabajadores.

6. TRASTORNOS POR ABUSO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL MEDIO LABORAL

Encabezados por el alcohol, tabaco y psicofármacos, existe una infausta relación de consumo de sustancias psicoactivas en el medio laboral, al que muchas veces se implica en hábitos nocivos generados fuera del trabajo y por causas ajenas al mismo. En cualquier caso, la etiología de las adicciones es altamente multicausal puesto que implica:

- Factores interpersonales.
- Factores socioeconómicos.
- Factores laborales.
- Factores culturales y étnicos.

- Factores farmacológicos.
- Factores psiquiátricos.

Aunque ciertos consumos adictivos se denominan antisociales por la carga implícita de exclusión, agresividad e insolidaridad en que sumen al enfermo que abusa de esas sustancias (heroína, cannabis, cocaína, crack, LSD, éxtasis, etc.), lo cierto es que el mayor índice de gravedad debiera atribuirse al tabaco y al alcohol, causante este último de diez mil muertes anuales y segunda causa de cáncer, tras el tabaco. Las cifras alarmantes de consumo de alcohol sólo manifiestan una parte del problema, porque no se considera el papel del alcohol en la progresión de numerosas enfermedades o como causa de accidentes.

Algunas profesiones y oficios exponen al consumo exagerado de alcohol como es el caso de los obreros de la construcción o los trabajos realizados en atmósferas calientes, o el de las relaciones públicas y agentes comerciales o el del personal de restaurantes, cafeterías, bares y discotecas, o el de los agentes de mudanzas y repartidores. Pero la dura realidad es que el alcoholismo puede darse en trabajadores de cualquier oficio, sexo, clase social o jerarquía.

En su convivencia con el trabajo, el alcoholismo es generador de agravamiento de la morbilidad y el absentismo, de los accidentes laborales y de las enfermedades profesionales, por competición o dificultad, entre otros supuestos, para metabolizar o absorber algunos componentes tóxicos laborales que presenta un organismo deteriorado por el alcohol.

Hay que señalar también en este apartado la frecuencia de la comorbilidad entre los trastornos psíquicos y las drogodependencias, que se denomina trastorno dual. Las diversas modalidades de trastorno dual en el medio laboral estarían determinadas por hipótesis diversas: desde trastornos psíquicos previos propiciadores de abuso de sustancias psicotropas, por automedicación, a un mayor consumo de drogas para reducir la presión de un medio laboral hostil, inseguro o cambiante.

7. TRASTORNOS AUTOLÍTICOS

La actividad suicidaria que registran las diferentes profesiones aconseja incluir el suicidio como una patología laboral más, concomitante o consecuente, a otros trastornos mentales.

El suicidio es el acto eficaz que, de forma voluntaria, ejecuta contra su vida una persona.

Un fenómeno psicosocial, como es el suicidio, debe abordarse social y psicológicamente, no siendo suficiente la consideración unilateral del problema en ningún caso. Y no es difícil señalar como paradigmas teóricos de esas dos opciones los planteamientos de Emile DURKHEIM y de Sigmund FREUD, respectivamente.

En su centenario, emblemática e imprescindible, obra *El suicidio* (1897) establece DURKHEIM cuatro categorías de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista.

La falta de regulación provocaría desde lo individual el suicidio egoísta; y desde la consideración social, el suicidio anómico (término aportado por DURKHEIM para expresar la ausencia de regulación legal que aquejan algunas situaciones sociales).

Por el contrario, el exceso de regulación abocaría, desde el individuo, al suicidio altruista; desde la sociedad, daría lugar al suicidio fatalista.

Para DURKHEIM, cada sociedad tendría una tasa de suicidios determinada por las características de su estructura y organización. Las más pequeñas alteraciones del «ritmo de vida social» (expresión acuñada por DURKHEIM) se registrarían en la tasa de suicidios.

Desde la posición opuesta, apostando frente a lo social durkheimiano por lo individual y psicológico, FREUD postulaba que todo suicidio iría precedido de un deseo anterior reprimido de matar a otra persona. Así lo desgana en sucesivos pasajes de sus obras: *Duelo y melancolía* (1916), *Más allá del principio del placer* (1920) y *El malestar en la cultura* (1930).

Las estrategias suicidas en el medio laboral no siempre son manifiestas y unívocas, sino que adoptan, con frecuencia, formas larvadas o equivalentes.

El papel de los conflictos inconscientes en el número de accidentes profesionales pondría de manifiesto que, con frecuencia, son las mismas personas las que tienen siempre accidentes, y se comportan como si buscasen una forma socialmente aceptable de suicidio o la solución por vía expeditiva de sus problemas. Estaríamos, en todo caso, ante una manifestación larvada de una ideación suicida no declarada.

Pese a que en las estadísticas del INE no consta la ocupación de las personas suicidadas en las tres cuartas partes de los casos, sí puede afirmarse que la tasa de suicidios entre los médicos (especialmente psiquiatras, anestesistas y odontólogos) es de dos a tres veces mayor que en la población general; también que el colectivo de técnicos y profesionales científicos e intelectuales y el de Fuerzas Armadas representan, relativamente, dos altos exponentes de correlación entre actividad profesional y suicidio; por último, el mayor número de suicidios se da en población inactiva y, de los activos, es el sector terciario el que acumula más incidencia.

La OMS recomienda proceder como si se tratara de una epidemia en aquellos casos en que el suicidio haya acontecido en un ambiente institucional, porque el candidato al suicidio actúa como un despertador de culpabilidad y hace que otros reconozcan sus propios deseos inconscientes de muerte.

8. VALORACIÓN DE POSIBLES PSICOPATOLOGÍAS PREVIAS

Durante los reconocimientos médicos para acceso o reincorporación al trabajo, el servicio médico se ve obligado a valorar un problema psicopatológico no diagnosticado anteriormente o, acaso, la aptitud de un paciente psiquiátrico en remisión o la de un proceso mental defectual que, tras respectivas altas médicas, afrontan la aptitud médica para un desempeño laboral. En esta circunstancia, el médico del trabajo debe cotejar dos factores: el «clima laboral psicológico» del puesto de trabajo a desempeñar y las facultades mentales del trabajador que accede a esa posición laboral.

De todas formas, en las manifestaciones de alteración mental y su compatibilidad con el desempeño de una actividad laboral, se pone de manifiesto la diferente valoración entre la experiencia doliente de la persona afectada y la percepción de su problema por el entorno laboral que le acoge, donde cada persona o el conjunto de las mismas puede generar un impulso de rechazo.

Lo mismo sucede con las empresas que deben gestionar el desarrollo profesional de las personas trabajadoras con problemas psiquiátricos; en esas empresas se aprecian coeficientes de tolerancia diversos según las posiciones laborales de que se trate.

Lo cierto es que no se ha demostrado que la capacidad productiva sea menor, en muchos casos, mediando una situación de enfermedad mental o de salud. Y es que, pese a que el trabajo exige conductas psicológicas de cierto nivel, que se adquieren con dificultad y se labilizan en cualquier padecimiento psicótico o neurótico, la actividad profesional básica no tendría por qué verse modificada esencialmente.

Por tanto, parece que podría asumirse que sólo en el instante en que se manifiestan las desviaciones del individuo en relación a las normas de su grupo, el medio hace presión para que se emprenda una acción; lo que determina que los problemas de relación sean, a menudo, más importantes que las cuestiones propiamente técnicas.

En su *Sociología de las enfermedades mentales*, habla BASTIDE de una psicopatología de las categorías profesionales examinando la incidencia de los trastornos mentales según las profesiones y aventurando la posibilidad de que cada profesión desarrollara su propia línea de insania. Coincidente con su retórica, MIRA I LÓPEZ ofrece dos explicaciones posibles al respecto: en ciertos casos habría una suerte de preselección, una anterioridad del problema psicopatológico en relación con la profesión, que habría sido elegida, justamente, de conformidad con la constitución psicopatológica; en otros casos, habría una acción directa de la profesión sobre el comportamiento y las actitudes. Algo parecido recoge DUCHESNE en su teoría de las «ideologías defensivas de oficio», basadas en actitudes psicomotrices y movimientos mimetizados orientados a combatir la ansiedad generada en cada desempeño profesional.

En la consideración de las anomalías mentales de las personas, previas a las de posible origen laboral una vez producida su incorporación al trabajo, deberíamos considerar un factor influyente en el comportamiento de las personas: se trata de la cultura de la que se procede y en la que cada individuo se ha socializado.

Los factores culturales se reflejan en la distinción entre la conducta normal y la anormal. La conducta que es anormal en una cultura puede ser normal en otra, de tal forma que es imposible identificar apropiadamente al individuo psicológicamente anormal o desviado sin referirlo a una norma cultural particular.

Los estudios comparativos de la expresión emocional en las diferentes culturas revelan, del mismo modo, diferencias en el grado de despliegue

emocional, ocasiones en que las emociones se manifiestan, naturaleza de la expresión emocional y grado de control que puede ejercerse sobre las respuestas emocionales.

También podría considerarse el sesgo cultural presente en las preferencias laborales según demarcaciones geográficas. A título de ejemplo, los profesionales liberales, sobre todo los jurídicos, tendrían preeminencia en los ambientes laborales hispanoamericanos, frente a las profesiones de dirección industrial que primarían en los de la América anglosajona.

No hay que olvidar que los aspectos culturales engloban elementos familiares, religiosos, hábitos higiénicos, lenguaje, etc., que actúan en su momento como garantes o como lastre en situaciones de compromiso mental premórbido; junto a estos condicionantes culturales, hay que situar otros condicionantes demográficos y económicos (en este apartado, el paro, la doble jornada, la economía sumergida, las dificultades de contratación y mantenimiento laborales y otros) que juegan un papel relevante cuando se produce un cuarteamiento de la higiene mental con riesgo de quiebra psicopatológica.

PSICOPATOLOGÍA RELACIONADA CON ALTERACIONES POR QUEBRANTAMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Juan José DÍAZ FRANCO

*Vocal nacional de atención primaria urbana
del Consejo General de Colegios Médicos de España
Psiquiatra y psicólogo*

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. *MOBBING* (ACOSO MORAL, ACOSO PSICOLÓGICO)
3. *BURNOUT* (SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO)
4. TRABAJO A TURNO
5. TELETRABAJO
6. ERGODEPENDENCIA

1. INTRODUCCIÓN

Hemos construido un mundo de relaciones sociales en el que predomina lo organizacional, dado que nuestro ámbito de convivencia está compuesto predominantemente por organizaciones (Estados y Gobiernos, Administraciones Públicas y privadas, empresas mercantiles o industriales, formaciones políticas o sindicales, establecimientos sanitarios, docentes, penitenciarios, religiosos, etc.), cuyo entramado se rige por modelos más o menos consensuados que han ido estableciéndose en torno a los sucesivos pactos que los agentes implicados en el trabajo acuerdan para su mutuo beneficio y entendimiento.

El eje del trabajo en cuanto disciplina jurídica es un contrato constituido por una composición de intereses en la que concurren dos voluntades libres que, recíprocamente, se obligan. El incumplimiento, por cualquiera de las partes, de las condiciones previamente establecidas genera riesgos psicosociales en el desempeño laboral, fácilmente traducibles en riesgos psicosomáticos para las personas que trabajan.

El trabajo pone en juego las relaciones humanas y los vínculos psicológicos más complejos, lo cual nos obliga a situar el trabajo en una relación dialéctica del individuo y de la colectividad de la que forma parte. De esta relación se extraen una serie de funciones psicosociales del empleo que construyen al individuo para dar de él su mejor versión social. Algunas de estas funciones que recogen los teóricos de la organización son:

- Dedicación a una actividad regular.
- Vivencia de estructura temporal en el día.
- Aumento de las relaciones sociales.
- Planteamiento de objetivos.

- Activación de planteamientos teleológicos (finalistas desde la posición grupal identificada con el trabajo).
- Consecución de un estatus social.
- Clasificación de la actividad personal.

Por el contrario, las situaciones de desempleo, y más si se prolongan indeseadamente, contribuyen a desestructurar a la persona interior y socialmente.

Conceptualmente, los riesgos psicosociales constituyen una serie de condiciones presentes en determinadas situaciones directamente relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo, capaces de afectar tanto al desarrollo laboral como a la salud física, psíquica o social del trabajador.

La afectación de la salud psíquica traduciría unos niveles de carga mental desequilibrante para el mantenimiento del control emocional de la persona sometida a ella en su cometido profesional, dado que la carga mental representa una suerte de sufrimiento personal que se situaría entre el confort psíquico y la enfermedad mental, espacio muy difícil de objetivar porque se trata de una experiencia vivida y no de una experiencia comprendida, lo cual confiere a ese sufrimiento, en no pocas circunstancias, un carácter enmascarado u oculto.

La VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del INSHT recoge una abundante sintomatología psicósomática derivada de las relaciones personales percibidas como afectación a la salud por causa del trabajo.

La lista, con tasas crecientes, señala un largo cortejo de «dianas» sintomatológicas.

Entre los encuestados, un 19,8% aqueja situación continua de cansancio; un 17,6% manifiesta dificultades para conciliar el sueño; un 16,3% se nota tenso, irritable; un 12,9% sufre dolores de cabeza; un 10,9% tiene sensación de estar emocionalmente agotado, falta de energía; el 9,5% no consigue olvidarse de los problemas del trabajo, y, una proporción igual, manifiesta bajo estado de ánimo. Por el contrario, un 55,4% de este grupo no acusa ningún problema.

En un cómputo general de dolencias (físicas o psíquicas) que, según la opinión de los afectados, pueden ser atribuibles al trabajo destacan tres: dolor de espalda (57,6%), dolor de cuello, nuca (28,1%) y estrés (27,9%).

Es probable una mutua influencia entre factores organizativos laborales y los propiamente personales y que esta interacción determine la aparición, progreso y evolución de situaciones dominadas por la ansiedad. Los cuerpos de seguridad, los músicos profesionales, los actores, los deportistas y los toreros se ven sometidos a frecuentes estados de ansiedad en el desempeño de sus profesiones. Existen, además, otras fuentes de ansiedad laboral derivadas de fobias y rechazos ante los retos de la tecnología informática (tecnoestrés).

Un breve recorrido histórico por las diferentes modalidades organizativas del trabajo ochocentistas y novecentistas nos trae, para comenzar, el recuerdo de la organización burocrática del trabajo, de WEBER, inspirada en la estructuración organizativa sobre la base de la obediencia a normas racionalmente establecidas. Años más tarde, la organización científica del trabajo de F. W. TAYLOR sostenía que la eficiencia organizacional dependía de la racionalidad del diseño de las actividades y tareas y del incentivo salarial que las respalde.

Superando las carencias tayloristas, la Escuela de las Relaciones Humanas (MAYO, MASLOW, ARGYRIS, MCGREGOR, HERDBERG, y otros) explicaban la empresa como una «gran familia» en la que el éxito depende del sentimiento de autorrealización y de la satisfacción de los trabajadores.

Más recientemente, el movimiento de cooperación negociada concibe la organización del trabajo como un permanente logro de la necesaria cooperación a través de la negociación y el compromiso.

Una correcta organización del trabajo es mucho más trascendente que el mero hecho de poseer un marco laboral justo y previsible, que ya sería un inestimable logro, sino que supone la garantía de poder instaurar los criterios básicos de higiene mental en el trabajo.

A partir de los estudios de Elton MAYO sobre el interés de los trabajadores por la productividad y el progreso de la empresa, la psiquiatría focalizó preferentemente sus investigaciones sobre los efectos de los conflictos neuróticos sobre el rendimiento en el trabajo. La productivi-

dad se vería condicionada por la capacidad profesional, la perseverancia, la autoestima y la adhesión al cometido profesional. Las neurosis, en opinión de MAYO, podrían actuar sobre esas cuatro condiciones para frenar el rendimiento y deteriorar la conducta y el equilibrio emocional del trabajador.

Las tasas de morbilidad mental según profesiones dirimen también sobre salario y prestigio a la hora de cuestionar la influencia de ambas, con el resultado de que el prestigio es más importante para la salud mental que el ingreso; pero una etiología de las enfermedades mentales basada en esos supuestos requeriría el concurso de la sociología para establecer escalas de prestigio objetivas.

El desarrollo de la sociología industrial ha facilitado la constitución de una psiquiatría industrial en la que siguen siendo las categorías profesionales quienes correlacionan con los trastornos del comportamiento en el medio laboral.

Todo lo anterior nos devuelve a la consideración del binomio trabajo-salud mental en clave organizacional, porque lo cierto es que la organización determina y garantiza el equilibrio social y emocional de los integrantes de cada empresa.

Retumba con su autoridad el aserto de COMTE: existe correlación entre los hechos de desorganización personal y los de desorganización social o laboral.

No cabría comparar las descompensaciones psíquicas causadas por un tipo de organización de trabajo (por ejemplo, las que pueda causar una organización de tipo taylorista frente a una organización de tipo artesanal) con la relación morbosa entre vapores de plomo y saturnismo. Pero sí habría que considerar la semejanza entre la indagación de sintomatología subclínica en muchos cuadros de intoxicaciones industriales y el rastreo de signos y síntomas de alteración mental previos a los síndromes psiquiátricos completamente desencadenados.

De esta forma, los desajustes en la organización del trabajo conducirán a diversas patologías organizacionales vehiculadas por riesgos psicosociales inherentes a esa organización que no han sido eliminados, minimizados o controlados.

Si se plantean desajustes en la organización de la demanda externa, estaríamos bajo exposición a un posible *burnout*; pero si esos desajustes afectaran a los conflictos interpersonales dentro de una deficiente política de relaciones humanas en la empresa, podríamos estar en un escenario propicio para la instauración de un *mobbing*; y si los desajustes afectaron a la organización del tiempo de trabajo o del espacio laboral, nos encontraríamos con disfunciones en el *trabajo por turnos* o el *teletrabajo*, respectivamente; finalmente, sin desestimar otros hipotéticos desajustes, cabría citar los que corresponderían a la interiorización de la demanda laboral que, en situaciones extremas, nos situaría en la *ergodependencia*.

De cada uno de estos desajustes trataremos a continuación.

2. **MOBBING (ACOSO MORAL, ACOSO PSICOLÓGICO)**

Para Heinz LEYMAN, el *mobbing* consiste en actitudes hostiles, frecuentes y repetidas, en el lugar de trabajo, dirigidas siempre a la misma persona. Establece LEYMAN una lista de cuarenta y cinco actuaciones hostiles cuya repetición (una o más de ellas), en mínimos de una vez por semana y durante seis meses, permitirían hablar de *mobbing*.

Otros planteamientos conceptuales sobre el tema insisten en conductas abusivas, sistematizadas, atentatorias contra la dignidad o la integridad psíquica y, sobre todo, en el carácter de exclusión (pérdida de empleo, degradación de su entorno laboral) que pretende este procedimiento perverso.

Bajo otra consideración, las situaciones de acoso moral que representa el *mobbing* contemplan una ruptura intrapsíquica por acumulación tóxica de situaciones de riesgo psicosocial que alteran también el estado biológico; pero también se asocia una ruptura social para la persona afectada, resultante de un conflicto profesional (laboral) mal resuelto.

Antes de los años ochenta del pasado siglo, en que LEYMAN inició las aportaciones sobre el *mobbing* en personas, existían estudios etológicos con poblaciones aviarias de Konrad LORENZ y Leo TIMBERGEN (ambos galardonados por ello con el premio Nobel) que preconizaban la posibilidad de traslación antropológica de conductas animales que hizo LEYMAN. En la misma cultura escandinava de todos ellos habría preconizado años atrás estas situaciones la producción literaria de Hans Christian ANDERSEN, cuyo cuento *El patito feo* es un paradigma de cualquier caso de *mobbing* convencional.

Aunque no tengamos evidencia de ello, puede suponerse que la conducta tipificada como *mobbing* fracasa en muchos de los intentos que se realizan. Por lo mismo, también es verosímil que, cuando ese procedimiento triunfa, pase generalmente desapercibido.

Una vez consolidados los procedimientos de acoso, el cortejo de trastornos psicosomáticos se hace presente muy pronto en número y gravedad suficientes como para instalar en la víctima un estigma de precariedad orgánica.

Un porcentaje significativo de los casos de *mobbing* (para algunos, el 50%) presenta trastornos psicosomáticos, que se tratan precoz pero indebidamente con automedicación o con prescripción sintomática por los médicos de cabecera.

En el *mobbing* nos encontramos con una serie de problemas psicosomáticos que afectan a todos los sistemas orgánicos y provocan un amplio cortejo sintomático que, con frecuencia, desvía la posibilidad diagnóstica de orientar el cuadro correctamente. La máscara somática del *mobbing* abarca desde la transformación del esquema corporal hasta los trastornos dermatológicos, pasando por diversos padecimientos digestivos, endocrinos, neurológicos, respiratorios, genitales, cardiovasculares y respiratorios, etc.

En cuanto a la alteración psicológica, el procedimiento acosador tiene siempre un origen: aislar a la víctima; desde ahí, proceder, en secuencia perversa, al asalto a la autoestima, la autoculpabilidad y la desestabilización emocional.

El *mobbing* no constituye una patología como tal y, por tanto, no aparece recogido en las clasificaciones psiquiátricas al uso (nosografías y nosologías); es, eso sí, un procedimiento perverso generador de patologías mentales diversas y, muy frecuentemente, recogida bajo el criterio diagnóstico de los trastornos adaptativos.

3. BURNOUT (SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO)

Es un síndrome clínico descrito por FREUDENBERGER, en 1974, con unas características concretas:

- Progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento.
- Síntomas de ansiedad y depresión.

- Desmotivación en el trabajo.
- Agresividad con los pacientes.

Después MASLACH, BRILL y otros autores abundaron en la misma línea, señalando una triada clásica del cuadro (agotamiento emocional, baja reacción a los estímulos laborales y despersonalización).

El *burnout* es una respuesta al estrés laboral crónico con importante incidencia en el sector terciario, sobre todo entre quienes trabajan atendiendo a personas.

La manifestación del *burnout* compatibiliza alteraciones físicas (cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales y cardiorrespiratorias, etc.), psíquicas (ansiedad, angustia, fatiga mental, comportamientos paranoides o agresivos, etc.), sociales y conductuales (absentismo, adicciones, distanciamiento emocional, conflictos laborales y familiares, etc.).

La etiología del cuadro, basada en la insatisfacción y la frustración laborales, se complica con otras condiciones de penosidad laboral (por ejemplo, el salario o la turnicidad), con su carácter insidioso y con la habitual negativa de los afectados a reconocer su padecimiento (o hacerlo en fase ya irreversible).

También aquí, como en el *mobbing*, la categoría diagnóstica más afín a su entidad patológica son los trastornos adaptativos del eje IV del DSM-IV-TRV, la reacción aguda de estrés y los trastornos de adaptación de la CIE-10.

4. TRABAJO A TURNO

Esta forma de organización del trabajo en que equipos independientes operan sucesivamente para lograr la continuidad de una modalidad de producción o servicio, fuerza los ritmos biológicos (fundamentalmente el circadiano y el diano, pero también el ultradiano e infradiano) con la consiguiente repercusión fisiológica, dado que los trabajadores tendrán que efectuar sus tareas durante el período de desactivación, lo que requeriría un esfuerzo suplementario; por el contrario, tendrán que dormir durante el período de activación, lo que plantea el problema del sueño diurno y su menor eficacia reparadora.

El trabajo a turno desencadena una serie de problemas que se manifiestan parsimoniosamente y que tienen en los trastornos del sueño su efecto más directo, aunque los nerviosos y digestivos, que serían indirectos, actúan con mayor contundencia.

La casuística diversa de las alteraciones vinculadas al trabajo a turno hacen que se hable de un síndrome del trabajador a turno en el que se da un alto componente de trastornos psíquicos.

Por lo que se refiere al turno de noche hay un alto índice de repercusión en el trabajo que afecta al rendimiento, la seguridad y el absentismo laborales.

También se incluyen en este capítulo los trastornos del ritmo circadiano, tipo *jet lag*, de gran trascendencia en los trabajadores obligados a realizar vuelos transoceánicos.

5. TELETRABAJO

Es una actividad laboral, por cuenta propia o ajena, preferentemente del sector terciario que se realiza fuera del centro de trabajo habitual, utilizando tecnologías de la información y las comunicaciones.

Un número creciente de trabajadores lo hace bajo esta modalidad, no exenta de riesgos psicosociales susceptibles de producir alteraciones psicopatológicas.

Este tipo de trabajo en el que es necesaria una fuerte autodisciplina y motivación para la tarea, precisa que las funciones asignadas al trabajador estén especialmente bien definidas. Como no siempre será así, se comprende que un tipo de personalidad débil o insegura se vea fácilmente desbordada por este tipo de cometidos en los que, además, escasean los apoyos sociales, existe aún un vacío legal para los conflictos que puedan producirse, no hay claros límites entre su espacio de trabajo y el resto de la casa compartida y palpita un cierto extrañamiento (por distancia y aislamiento) de la empresa con el trabajador.

6. ERGODEPENDENCIA

La dependencia del trabajo de carácter morbosa no es algo desconocido en la patología laboral. Lo que, en muchos casos, comienza siendo un re-

fugio, un empeño heroico o un lenitivo para combatir el tedio o las adversidades sobrevenidas en la vida de las personas, puede devenir en problema mental con formato adictivo, si no se racionaliza y dosifica. Bien es cierto que nunca se tratará de una adicción convencional o, al menos, no presentará el perfil somatopsíquico de ésta, ni contará con un circuito bioquímico reiterado sistemáticamente. Debería considerarse una pseudodependencia.

Las situaciones de ergodependencia pueden ser, en casos extremos, causantes de muerte por saturación de trabajo.

Aunque estas eventualidades laborales llegaron a nosotros, ya hace un par de décadas, con el tinte exótico de problemas descritos en los ambientes de trabajo de Japón, no dejan de constituir una posibilidad abierta para asentarse en cualquier otro lugar geográfica y culturalmente distante.

En concreto, los cuadros psicopatológicos descritos en Japón son el Karoshi, o muerte súbita por sobrecarga de trabajo, y el Karo Jisatsu, o suicidio por sobrecarga laboral.

Ambos procesos estarían determinados por trastornos mentales generados por el trabajo, que desencadenarían la muerte súbita o el suicidio del trabajador que desarrolla incomprensibles (por largas y sin pausa diaria ni vacacional) jornadas de actividad laboral, en las que el necesario descanso físico y mental no puede beneficiar con su acción compensatoria un organismo al fin falible.

SALUD MENTAL, OCUPACIÓN E IDENTIDAD

Martín L. VARGAS

Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Segovia

SUMARIO:

TRES VECTORES PERSONALES: SALUD, OCUPACIÓN E IDENTIDAD

1. OCUPACIÓN Y SALUD MENTAL
2. LA EMPRESA ALIENANTE
3. LA EMPRESA HUMANIZANTE

TRES VECTORES PERSONALES: SALUD, OCUPACIÓN E IDENTIDAD

En este capítulo se pretende dar algunas orientaciones que sirvan para entender el trabajo como un factor de salud mental. Nos remitiremos para ello al amplio marco de la actividad humana, desde cuya perspectiva podremos abordar con ciertas garantías el complejo problema de la salud mental en el trabajo. El marco que elegiremos para la actividad humana será un marco ético y por ello nos referiremos a la «vida buena», representada por el problema clásico de la «eudaimonía», es decir, de la vida bien vivida. Operativizaremos la vida buena como un constructo formado por tres dimensiones vitales: vitalidad, funcionamiento y bienestar, en cada una de las cuales diferenciaremos cinco grados de intensidad y que al combinarse darán lugar a tres vectores personales.

Siguiendo a la Real Academia, llamamos vitalidad a la «actividad o eficacia de las facultades vitales». Consideramos que la máxima vitalidad indica «ausencia de enfermedad», pero que no es sinónimo de salud, pues no implica necesariamente bienestar. Por ejemplo, una persona sometida a acoso laboral puede tener vitalidad, pero no salud. La vitalidad puede ordenarse de menor a mayor intensidad en cinco grados: enfermedad activa no diagnosticada ni tratada, enfermedad diagnosticada y en tratamiento, enfermedad remitida en seguimiento preventivo, enfermedad potencial (riesgo de enfermedad) y normalidad fisiológica del organismo. La medicina se ocupa de cada uno de estos grados de la vitalidad, intentando maximizarla mediante diversas técnicas: medicina clínica, prevención terciaria (rehabilitación), prevención secundaria (diagnóstico precoz), prevención primaria y promoción de la salud. La salud mental es sólo un aspecto particular de la salud, referido concretamente a la ausencia de enfermedades psiquiátricas y al bienestar psicológico.

Llamaremos funcionamiento al grado máximo de actividad que habitualmente desarrolla una persona. Esta actividad puede ser reactiva o intencional, individual o social, y encaminada al propio bienestar o hacia el bienestar grupal. Puesto que la socialización es una propiedad fundamental en el proceso de humanización, consideraremos que la actividad grupal, y, especialmente, la conducta prosocial son los estadios más desarrollados de la actividad humana.

Así, definimos cinco grados de funcionamiento: discapacidad, actividad pasiva, actividad intencional, actividad significativa y actividad prosocial. La discapacidad supone una limitación para el funcionamiento si no se dispone de apoyos, es decir, es una privación de la posibilidad de actividad. La actividad pasiva, como puede ser el ocio pasivo o el trabajo rutinario, no es intencional (es decir, no es una actividad planificada) sino meramente reactiva a los condicionantes del entorno. La actividad intencional es planificada, pero los objetivos no son elegidos por el sujeto sino que vienen dados por el entorno; por ejemplo la implicación en un proceso productivo no participativo para los trabajadores. La actividad significativa es aquella actividad intencional elegida por el sujeto, que busca el bienestar personal; por ejemplo, el ocio activo o el trabajo artesano.

Por último, la actividad prosocial es intencional y busca el bienestar grupal además del personal. La actividad prosocial permite un máximo aprovechamiento para la salud mental en el desempeño de un rol ocupacional. La fisioterapia o la terapia ocupacional son técnicas orientadas al aprovechamiento de la actividad como agente de salud. La búsqueda de un sentido para la vida, propuesta por ejemplo por psicoterapeutas humanistas como V. FRANKL⁽¹⁾, lleva implícito un crecimiento en el grado de actividad que desarrolla la persona. Nótese que los distintos tipos de actividad laboral implican proporción diferente de actividad pasiva, intencional, significativa o prosocial.

Por último consideraremos el bienestar como una vivencia, que por lo tanto obedece a criterios puramente subjetivos. El bienestar es la vivencia de lo bueno, que según propone la eudaimonía es el objetivo último de la vida. Diferenciaremos también cinco grados en la vivencia creciente del

(1) FRANKL, V. (2005). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

bienestar: sufrimiento (dolor), malestar (molestia), bienestar corporal (comfort), bienestar mental (alegría) y bienestar personal (felicidad). La sociología, la psicología y las distintas formas de espiritualidad son las disciplinas competentes en la maximización del bienestar. La psicología positiva ilustra claramente la importancia que actualmente cobra el bienestar en la salud⁽²⁾.

Las tres dimensiones vitales (vitalidad, funcionamiento y bienestar) pueden representarse como ejes en el espacio, dando lugar a tres planos en cada uno de los cuales ubicamos un vector personal. Entendemos por vectores personales los constructos secundarios compuestos cada uno por la asociación de dos dimensiones vitales. Así en el plano formado por la vitalidad y el bienestar se encuentra el vector salud; en el plano formado por la vitalidad y el funcionamiento se localiza el vector ocupación; y en el plano formado por el funcionamiento y el bienestar colocaremos el vector identidad.

Los dos componentes de la salud son reconocidos por la OMS cuando la define como un estado de bienestar biopsicosocial y no como la mera ausencia de enfermedad. La salud es condición necesaria, aunque no suficiente, para la ocupación laboral, si bien no para otros tipos de ocupación. La ocupación es el funcionamiento integrado en las distintas funciones sociales previstas para los grupos humanos. Por ello, las actividades con un mayor componente prosocial son las ocupaciones mejor definidas y su rol ocupacional es más relevante. Por ejemplo, el rol ocupacional del cartero define claramente una ocupación y proporciona a quien lo desempeña una identidad.

Vemos así cómo la ocupación es un medio para consolidar la identidad personal mediante el desempeño de un rol social. En concordancia con el «agatonismo» propuesto por Mario BUNGE⁽³⁾, aceptaremos como máxima para la vida buena la construcción de la identidad personal mediante una ocupación. Las ocupaciones prosociales, con mayor probabilidad proporcionarán niveles felices de bienestar. De esta manera los vectores personales «personalizan la vida», solapando en mayor o menor medida vida, ocupación e identidad.

(2) VÁZQUEZ, V., HERVÁS, G. (eds.) (2009). *Psicología positiva aplicada* (2.ª ed.). Bilbao: Desclee de Brouwer.

(3) BUNGE, M. (2009). *Filosofía política*. Barcelona: Gedisa.

Una vez planteado el marco ético humanista en el que abordar la relación entre trabajo y salud mental analizaremos tres aspectos de especial interés: 1) ocupación y salud mental; 2) la empresa alienante, y 3) la empresa humanizante.

1. OCUPACIÓN Y SALUD MENTAL

La ocupación es un vector personal compuesto por las dimensiones de vitalidad y de funcionamiento. A su vez, la salud la componen la vitalidad y el bienestar. La disminución de la vitalidad por la presencia de enfermedades psiquiátricas ocasiona una disminución del grado de funcionamiento, así como una merma en el grado de bienestar. Además, el rol ocupacional en los enfermos psiquiátricos suele eludirse o, incluso aún, la carencia de rol ocupacional, forma parte del estigma que acompaña al constructo excluyente de «enfermo mental». Por otra parte, veremos cómo los niveles superiores de funcionamiento y de bienestar son factores promotores de la salud mental.

Las relaciones de rol juegan un papel de gran importancia en la construcción de la identidad. La identidad personal es un constructo que cada persona se forma sobre sí mismo, y que está constituido por el sistema de las relaciones de rol. Entendemos por relaciones de rol lo que una persona cree que los demás esperan de uno mismo. Es por lo tanto un elemento puramente metacognitivo. Por ejemplo, si Juan es el padre de Luis, la relación de rol de Juan respecto a Luis es lo que Juan cree que Luis espera de él en tanto en cuanto padre. Otro ejemplo, si Carmen es la jefa de Pedro, Carmen establece relaciones de rol con Pedro y, por ello, Carmen se anticipa a lo que cree que Pedro espera de una jefa. Las relaciones de rol implican hacer una estimación de la imagen que producimos en los demás, en tanto en cuanto la función que desempeñamos en un grupo social. Cuanto más ajustadas a la realidad y más adaptables sean sus relaciones de rol, mejor será la salud mental de una persona. La falta de flexibilidad en las relaciones de rol puede ser un problema, por ejemplo si un militar sigue ejerciendo como tal con su familia, o si una mujer que es madre trata de manera maternal a un subordinado. El establecimiento de relaciones de rol diversas y adecuadas a cada grupo humano es un factor importante de enriquecimiento personal. En último término, la identidad personal se construye por el conjunto de todas las relaciones de rol.

La relación de rol laboral es fundamental en la sociedad actual. La ocupación, además de procurar una actividad y un salario, proporciona un rol. Permite el establecimiento de relaciones de rol y, por ello, contribuye al enriquecimiento de la identidad personal y a la salud mental. Ésta es una de las funciones principales del trabajo, que con frecuencia no se valora en su justa medida. Una de las características del estigma que sufren las personas con trastornos mentales, sobre todo los trastornos graves, es que se les supone no aptos para el trabajo productivo. Lo cierto es que sólo un bajo porcentaje de los enfermos esquizofrénicos, como ejemplo de trastorno grave, logran mantener un empleo e identificarse con el correspondiente rol. Pero no debemos olvidar que hay otros tipos de actividad alternativos al desempeño laboral. Por ejemplo, la implicación activa en el ocio puede proporcionar una actividad idónea para el establecimiento de relaciones de rol, para el consecuente enriquecimiento de la identidad y para la mejora de la salud mental de la persona.

Si bien muchas enfermedades pueden cursar sin malestar, por ejemplo la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, las enfermedades psiquiátricas se definen en la mayor parte de los casos por un malestar asociado; por ejemplo el ánimo deprimido, la ansiedad o las preocupaciones obsesivas. Esto lleva en ocasiones a asimilar malestar psicológico con enfermedad psiquiátrica, lo cual es un error que conduce a la medicalización del malestar⁽⁴⁾. En el manejo clínico del malestar asociado al trabajo es clave diferenciar: 1) el malestar debido a enfermedad psiquiátrica; 2) el malestar debido a conflicto o insatisfacción laboral, y 3) la enfermedad psiquiátrica ocasionada por estrés persistente debido a agresión psicológica en el ámbito laboral (acoso laboral).

El malestar debido a enfermedad psiquiátrica se diagnostica fácilmente por parte de un clínico con experiencia. No se diferencia en nada cuando se produce en el ámbito laboral respecto a cuando se produce en otros ámbitos. La necesidad de incapacidad laboral viene dada por la intensidad de la sintomatología si bien, en general, los pacientes prefieren mantenerse activos. Sólo suele ser necesaria la incapacidad laboral transitoria en los casos de clínica psicótica o maniaca, o bien cuando existe depresión grave.

(4) VARGAS, M. (2012). «Ni medicalización ni apatognosia: concordia terapéutica». *A tu salud*, 77: 3-6.

El tratamiento es como en cualquier otra situación con enfermedad psiquiátrica, aunque debe tenerse en cuenta que en momentos de crisis económica, como son los actuales, se incrementa el riesgo de sufrir patología ansiosa, depresiva o adictiva y, por ello, será más frecuente la demanda de atención psiquiátrica, especialmente en situaciones de urgencia⁽⁵⁾. El malestar por conflicto o por insatisfacción laboral suele estar centrado en un grupo de personas o de situaciones. En este caso, la resolución más recomendable es por vía laboral o, si es el caso, judicial, pero no por vía clínica. Es decir, cuando una persona tiene malestar por un conflicto laboral, aunque sea intenso y esté acompañado de ansiedad, donde debería buscar la solución es en las instancias laborales y no en las clínicas.

Son factores principales de estrés: el exceso de trabajo, las demandas laborales conflictivas, el escaso control de la propia tarea, el escaso apoyo de compañeros y superiores, la asignación de pocas responsabilidades en personas activas, o la poca supervisión en personas con baja autoestima⁽⁶⁾. Los sentimientos relacionados son de ira, con pensamientos de injusticia, de agravio o de perjuicio. Suele acompañarse de ansiedad, especialmente en trabajadores temporales en los que, según un estudio de metaanálisis, el estrés psicológico es un 25% superior que el de los trabajadores fijos⁽⁷⁾.

La tercera situación es la específicamente relacionada con el acoso laboral y merece un análisis más detallado, que haremos en el apartado 2.

2. LA EMPRESA ALIENANTE

Podemos llamar empresa alienante a aquel grupo humano productivo que disminuye la identidad personal de los trabajadores hasta el punto de amenazar su salud mental. Las empresas alienantes son lugares de riesgo de establecimiento de dinámicas de acoso laboral. Aunque aquí nos referiremos exclusivamente al acosador laboral, debe recordarse que el acoso psicológico es en esencia idéntico en los distintos grupos humanos, ya se

(5) CATALANO, R. (2009). «Health, Medical Care, and Economic Crisis». *N Engl J Med*, 360(8): 749-751.

(6) STANSFELD, S. (2002). «Work, Personality and Mental Health». *Br J Psychiatry*, 181: 96-98.

(7) VIRTANEN, M., KIVIMAKI, M., JOENSUU, M., VIRTANEN, P., ELOVAINIO, M., VAHTERA, J. (2005). «Temporary Employment and Health: a Review». *Int J Epidemiol*, 34(3): 610-622.

trate de grupos laborales, familiares o en la pareja. Primero nos fijaremos en la figura del acosador y luego en la del acosado.

El acosador puede tener la intención de anular o de dañar psicológicamente a un trabajador para eliminarle de una empresa o para excluirle de un equipo de trabajo. El acosador puede serlo de manera consciente o no consciente y habitualmente tiene una personalidad con predominio de rasgos del grupo B, especialmente narcisistas o psicopáticos. El acosador tiene el hábito de utilizar sus capacidades psicológicas como mero instrumento para manipular o para atacar a los demás. Otras veces el acosador se sirve del grupo laboral buscando la compensación de sus problemas de carácter y no propiamente buscando un beneficio laboral. Un grupo laboral amplio es el campo idóneo para encontrar personas con carácter vulnerable en las que descargar los propios conflictos.

La frontera entre la motivación, la persuasión, la explotación o el acoso es principalmente ética. Es decir, puesto que las estrategias pueden ser idénticas en uno u otros casos, el límite de lo tolerable lo marcará un código ético. El objetivo del acosador puede ser utilizar al acosado o dañarlo.

Debe destacarse que la condición de acosador depende de los rasgos de la personalidad más que del rol desempeñado en el grupo humano, de ahí que el acoso pueda realizarse entre iguales, hacia superiores o hacia subordinados. Las personas con predominio de rasgos de la personalidad por dependencia (grupo de personalidad C) pueden ser acosadores por imitación cuando se identifican con figuras de autoridad que ejercen el acoso, o bien que lo delegan en subordinados dependientes. Este tipo de personas, que denominaremos «acosadores inducidos» pueden tener graves episodios depresivos o auto o heteroagresivos cuando se sienten abandonados por la figura de autoridad, lo cual les genera un intenso conflicto de dependencia. El acoso inducido también puede ejercerse en grupo hacia una persona. En este caso el grupo toma una actitud dependiente respecto a un líder y reproduce conductas de acoso que observa en el líder o que supone que el líder aprueba o desea.

La estrategia del acoso suele ser similar en los distintos casos y va encaminada hacia la eliminación de la identidad de la víctima. En el caso del acoso laboral se priva a la víctima del desempeño de su rol ocupacional. Se

puede incluso atacar otros roles, como el de la identidad sexual o los roles familiares. La relación del acosador hacia el acosado suele ser ambivalente, lo cual es muy peligroso para el acosado. Se mantiene el vínculo del acosado principalmente mediante refuerzos negativos (es decir, mediante la ausencia de castigos previsibles) asociados a eventuales refuerzos positivos (por ejemplo reconocimientos públicos ocasionales). Pero se le castiga por otro lado atacando su identidad.

Esto genera una dinámica en el grupo en el que el resto de miembros se ven en la tesitura de optar por el líder emocional o por el acosado. Estas ambivalencias repercuten en la comunicación verbal y no verbal del grupo minando así la comunicación con el acosado. Las reacciones emocionales del acosado, con disforia, labilidad emocional y suspicacia, no harán sino alimentar los bulos existentes respecto a su equilibrio psicológico, reforzando así los mensajes conscientes o no conscientes difundidos por el líder emocional o por el grupo acosador.

El efecto emocional en el acosado se mueve casi siempre en el espectro de la ansiedad fóbica. El síntoma guía para el diagnóstico de los efectos psicopatológicos del acoso laboral y su diferenciación respecto a otros trastornos mentales es la fobia. El acosado se siente ansioso o incluso experimenta pánico al enfrentarse a la persona o grupo acosador, o al acercarse a los lugares donde ha sido acosado. Esta situación puede desencadenar una descarga vegetativa con sensación de ahogo, taquicardia, mareo o náuseas.

Consecuentemente se desarrollan conductas de evitación del estímulo fóbico. En los casos más graves y cronificados se asocia clínica depresiva, que puede ser intensa, con inhibición psicomotriz y cogniciones de culpa. Otras veces puede predominar la disforia. Los casos extremos pueden producir clínica disociativa con despersonalización y desrealización. Es raro que el acoso produzca reacciones paranoides; cuando aparece sintomatología delirante centrada en el ámbito laboral lo más probable es que se trate de un episodio psicótico autónomo y no de una situación de acoso. La situación de acoso es de alto riesgo para el abuso de alcohol, cannabis o psicofármacos e incluso para la conducta suicida. En este caso se incrementará la sintomatología disfórica y se darán nuevos argumentos para el ataque a la identidad por parte de los acosadores.

3. LA EMPRESA HUMANIZANTE

Hemos visto que un aspecto clave en la conformación de la identidad humana es el desempeño de roles. Se ha descrito también cómo el ataque a la identidad es el mecanismo patógeno principal en el acoso laboral. Veremos ahora cómo el entorno laboral puede ser también fuente de salud mental.

El desempeño de un rol laboral supone la atribución de una ocupación dentro de un grupo humano. Las ocupaciones prosociales son especialmente ricas en sus roles, precisamente por el servicio que prestan al grupo. Son también las que producen un bienestar de mayor grado y las más estrechamente relacionadas con la felicidad. Una identidad personal bien definida es factor protector del uso de drogas de abuso, fomenta el pensamiento positivo y, por lo tanto, previene la sintomatología depresiva y, al potenciar los sentimientos de autoeficacia, mejora también el rendimiento en situaciones de incertidumbre que de otra manera podrían conducir a vivencias de ansiedad.

La empresa humanizante es la que promueve el desempeño de relaciones de rol, facilitando así la emergencia de un grupo auténticamente humano. La empresa humanizante hace explícitos sus valores éticos, siendo estos el referente último de la actividad de sus miembros y de la orientación de sus procesos productivos. Idóneamente los valores de superior jerarquía serán prosociales, lo cual hará de tal empresa una empresa socialmente responsable. Al guiarse por unos valores éticos, el objetivo último no será solamente el desarrollo, sino el desarrollo dentro de un marco ético (laboral y ecológico), es decir, el desarrollo sostenible. Este ordenamiento global del grupo facilitará la asignación de roles no ambiguos, que se organizarán de manera subordinada a los valores explícitos de la empresa. Esto evitará el que las actitudes de exclusión o de acoso de algunos de sus miembros consoliden en dinámicas alienantes para los trabajadores.

Al fomentar la estructuración personal, la pertenencia a una empresa humanizante se convierte en un factor promotor de la salud mental con el consecuente beneficio para sus miembros. El colchón social que proporciona el grupo ha demostrado ser un elemento predictor de buena respuesta terapéutica en situaciones de enfermedad, como, por ejemplo, el cáncer, las enfermedades mediadas inmunológicamente, o la depresión⁽⁸⁾. La

(8) KIKUSUI, T., WINSLOW, J. T., y MORI, Y. (2006). «Social Buffering: Relief from Stress and Anxiety». *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 361(1476): 2.215-2.228.

oxitocina, que es una hormona clave en el apego, parecen jugar un papel importante en este mecanismo⁽⁹⁾.

Por otra parte, la promoción del desarrollo de roles facilitará la colaboración interna mejorando así la competitividad externa. La colaboración se verá mejorada precisamente porque la identidad que confiere el rol se nutre de la relación con los otros miembros del grupo. Una empresa humanizante estará bien capitalizada desde el punto de vista social y por ello tendrá mejor capacidad de respuesta en situaciones de crisis.

Se ha pretendido en este capítulo poner de manifiesto la importancia que la experiencia de pertenencia a un grupo humano laboral puede tener en la salud mental. La ocupación como actividad propia de un rol es más que mera actividad productiva. La ocupación es un elemento de personificación en tanto en cuanto promueve la emergencia de una identidad personal. Los principios éticos de la empresa servirán para sincronizar al grupo humano, armonizando así los distintos roles.

Una empresa en la que se identifican personas será una empresa humanizante y por lo tanto saludable. Los trabajadores ocupados en el desempeño del rol que el grupo espera de ellos serán buenos garantes de calidad, y por lo tanto de competitividad. Por el contrario, las empresas que descuidan su capital humano y que no hacen explícitos y defienden unos principios éticos que puedan ser compartidos por el grupo, corren el riesgo de ser atacadas por dinámicas internas de acoso. Las relaciones de rol son el elemento clave de las relaciones humanas y toda empresa, como grupo humano que es, debe considerarlas y cuidarlas.

(9) MEYER-LINDENBERG, A., DOMES, G., KIRSCH, P., y HEINRICH, M. (2011). «Oxytocin and Vasopressin in the Human Brain: Social Neuropeptides for Translational Medicine». *Nat Rev Neurosci*, 12(9): 524-538.

SEGUNDA PARTE

LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

HERRAMIENTAS FRENTE A LOS RIESGOS ORGANIZATIVOS Y LA VIOLENCIA LABORAL

Juan Carlos ALASTRUEY ANZA

Técnico superior de prevención de riesgos laborales

Maite GÓMEZ ETXEBARRÍA

Técnico superior de prevención de riesgos laborales

SUMARIO:

1. SITUACIÓN DE PARTIDA Y HERRAMIENTAS
 - 1.1. Situación de partida actual
 - 1.2. Dos herramientas clave
2. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y RIESGO PSICOSOCIAL
3. EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES
4. LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA LABORAL
 - 4.1. Tipos de conflictos
 - 4.2. El procedimiento de actuación
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN

1. SITUACIÓN DE PARTIDA Y HERRAMIENTAS

1.1. Situación de partida actual

La inmensa mayoría de los trabajadores no sabe qué son los denominados riesgos psicosociales. Tampoco sabe que la salud mental de los trabajadores en su actividad productiva es un bien cuya protección se puede y se debe exigir. Y se constata igualmente que entre los delegados sindicales y de prevención y entre los propios empresarios los conocimientos son escasos.

Consecuentemente, se trata de poner las bases para cambiar la situación actual de invisibilidad de los riesgos psicosociales, que, sin embargo, tienen una presencia real importante reflejada en todos los estudios, estadísticas y discusiones académicas al respecto. Sin olvidar, sin embargo, que efectivamente tienen lugar, aunque dispersas, numerosas intervenciones como respuesta a la manifestación de conflictos en el medio laboral, así como en aplicación de los criterios de la prevención en diferentes sectores.

La información y la formación básicas pueden impulsar un cambio de tendencia, tanto en los trabajadores y sus representantes como en los empresarios, que será proporcional a la comprensión común de que los problemas organizativos e interpersonales no resueltos en las empresas perjudican seriamente a unos y otros, para acometer con la participación de todos la búsqueda de soluciones.

Los daños a la salud mental de los trabajadores producen un sufrimiento individual tan negativo o más que el perjuicio en los rendimientos en el trabajo, la productividad y la competitividad de las empresas. Pero no es necesario ni conveniente entrar en comparaciones, sino tener claro que en cualquier caso ambas partes resultan perjudicadas. Y que las soluciones en

el comportamiento organizacional se convertirán en mejoras objetivas para los dos colectivos.

Hasta ahora asistimos a una escasa implantación de evaluaciones de riesgos psicosociales reales y completas y a una respuesta habitualmente tardía a los conflictos relacionados con los acosos y el resto de las violencias en el trabajo, que vienen asociados principalmente a requerimientos de la inspección de trabajo o a denuncias que se tramitan directamente en el ámbito judicial.

Los resultados de las encuestas, por su parte, insisten en que dichos riesgos están presentes y afectan negativamente a la salud mental de las personas en el ejercicio de sus tareas laborales, que además de afectar a la actividad productiva, repercute en el desarrollo de su vida individual y social.

1.2. Dos herramientas clave

Dos instrumentos fundamentales para la prevención son las evaluaciones de los riesgos psicosociales y los procedimientos de prevención y resolución de los conflictos relativos a los diferentes tipos de acoso o violencias laborales.

Para combatir los riesgos psicosociales es necesario cumplir el objetivo de cualquier evaluación de riesgos, es decir, eliminar los riesgos y controlar los que no se puedan evitar, estableciendo las medidas preventivas necesarias y fijando dentro de la empresa los responsables y los plazos de su puesta en práctica que, imprescindiblemente, habrán de ser revisados periódicamente para comprobar o mejorar su efectividad.

Para la puesta en práctica de los procedimientos de solución temprana de los conflictos relativos a las violencias laborales, la clave es conocerlos y tener prevista su posible aplicación. Esto ha de hacerse en un proceso permanente de prevención que integre las evaluaciones globales de riesgos psicosociales en cada empresa y los procedimientos concretos que responderán específicamente a las situaciones en que se requiera su utilización.

Para este segundo tema la exposición se basa en los contenidos de las notas técnicas de prevención del INSHT, 891 y 892, por su capacidad aglutinante y avanzada de responder de forma sencilla, precisa y práctica al difícil campo de las violencias laborales.

2. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y RIESGO PSICOSOCIAL

Existen en el trabajo factores de riesgo que son susceptibles de ocasionar trastornos que sin ser de naturaleza física pueden causar daño a la salud del trabajador.

Pueden llegar a materializarse en dolencias o lesiones de tipo somático o psicosomático y son perjudiciales para la salud en su vertiente psíquica y social.

Los factores de riesgo psicosocial en el trabajo hacen referencia a las condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están 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 (INSHT, 2001a).

Los factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral y para la calidad de vida laboral del individuo. En el primer caso contribuyen positivamente al desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables tienen consecuencias perjudiciales para su salud y para su bienestar. En este caso hablamos de factores de riesgo psicosocial o fuentes de estrés laboral y tienen el potencial de causar daño psicológico, físico o social a los individuos.

Las consecuencias perjudiciales sobre la salud o el bienestar del trabajador que se derivan de una situación en las que se dan unas condiciones psicosociales adversas o desfavorables son el estrés, la insatisfacción laboral, problemas de relación, desmotivación laboral, etc.

Ante una determinada condición psicosocial laboral adversa no todos los trabajadores desarrollarán las mismas reacciones. Ciertas características propias de cada trabajador (personalidad, necesidades, expectativas, vulnerabilidad, capacidad de adaptación, etc.) determinarán la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias que sufrirá. Así, estas características personales también tienen un papel importante en la generación de problemas de esta naturaleza.

Si hacemos una diferenciación entre lo que son los factores psicosociales y riesgos psicosociales se puede decir que los factores psicosociales son condiciones de trabajo que una vez percibidas y valoradas por el individuo pueden influir positiva o negativamente sobre su salud, dependiendo de si el individuo percibe o no que esas condiciones de trabajo puedan ser una amenaza o riesgo para él. La percepción de riesgo no se concreta siempre en percepción de riesgo físico, también puede ser riesgo psicológico. Por el contrario, los riesgos psicosociales siempre se asocian a la percepción de unas condiciones de trabajo que suponen una amenaza.

a) Clasificación de factores de riesgo psicosocial (INSHT 2001a)

Relacionados con el ambiente físico

Entre los principales estresores del ambiente laboral físico que han recibido una atención considerable en la investigación psicosocial y en el ámbito de la salud laboral se encuentran: el ruido, las vibraciones, la iluminación, la temperatura, la higiene del lugar del trabajo, la toxicidad, las condiciones climatológicas y la disponibilidad y disposición del espacio físico para el trabajo.

Relacionados con la organización, contenido del trabajo y la realización de la tarea

— Sobrecarga cuantitativa o cualitativa de la tarea.

Pueden provocar insatisfacción en el trabajo, pérdida de autoestima, sensación de amenaza o malestar, etc.

— Pausas y descansos.

Una adecuada o inadecuada organización, planificación y distribución del tiempo de trabajo *y de los períodos de pausas y descansos pueden incidir positiva o negativamente en el desempeño* de la actividad del trabajador, repercutiendo directa e indirectamente en él, en la institución y en su entorno.

— Horario de trabajo.

En muchas empresas se ha ido fijando un período laboral de horario fijo, en el cual todos los trabajadores tienen que estar presentes; y otro horario flexible. Estos márgenes de flexibilidad

horaria suelen ser variables, dependiendo del tipo de organización que tenga la empresa. El horario flexible favorece la conciliación de la vida familiar y laboral y ofrece al trabajador cierto grado de autonomía temporal en el trabajo, lo que contribuye a la satisfacción laboral.

— Trabajo a turnos y nocturno.

El trabajo a turnos exige mantener al trabajador activo en momentos en que necesita descanso, y a la inversa. Además, le colocan fuera de las pautas de la vida familiar y social. Todo ello provoca un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo familiar y social.

— Funciones y tareas.

Los factores interrelacionados con las funciones y tareas están relacionados con el contenido y el significado que la labor significa para la persona que la ejecuta. Un puesto de trabajo con contenido es el que está dotado de funciones y tareas apropiadas, haciendo que el individuo sienta que su trabajo no es inútil, sino que su esfuerzo vale para algo.

Para ello, el trabajador ha de contar con las herramientas adecuadas, ha de saber cuál es su función, estar formado en cómo realizarla y conocer cuál es el sentido de su labor; ha de sentir que contribuye a un valor social y, por supuesto, ha de sentir que se le reconoce su aportación a la misma.

Por ello, cuando las funciones y tareas se adaptan a las expectativas y a la capacidad del trabajador, contribuyen al bienestar psicológico y supone un elemento motivador (INSHT, 1996a), mientras que si no se adecuan pueden llegar a ser una fuente de insatisfacción laboral, estrés y fatiga.

— Ritmo de trabajo.

El ritmo de trabajo trata del tiempo requerido para la realización del trabajo y puede estar determinado por los plazos ajustados, por la exigencia de rapidez en las tareas, por la velocidad automática de una máquina, por la competitividad entre compañe-

ros, por las normas de producción, por la cantidad de trabajo a realizar, por el control jerárquico directo con presiones de tiempo, etc.

El trabajador debe realizar sus tareas a un ritmo adecuado, que le permita la recuperación física y psíquica, mediante pausas y descansos, ya que desde un punto de vista ergonómico, el ritmo de trabajo debe posibilitar trabajar durante toda la jornada laboral sin que la incidencia de la fatiga sea importante (INSHT, 2001a).

— Monotonía.

El trabajo monótono y repetitivo efectuado en un ambiente poco estimulante genera insatisfacción laboral y problemas de salud, por lo que para que un trabajo sea adecuado debe reducirse el volumen de las tareas rutinarias, monótonas y repetitivas y el trabajo debe ser variado y tener una cierta multiplicidad de tareas y de atribuciones; además esto favorece organizar mejor la carga de trabajo (INSHT, 2001a).

— Autonomía.

La autonomía es el grado en que el trabajador puede planificar su trabajo y determinar los procedimientos para desarrollarlo.

— Carga mental.

Es el nivel de actividad mental necesario para desarrollar el trabajo. Puede aparecer cuando el trabajo demanda la realización de tareas simultáneas, niveles altos de concentración o tareas de memorización. Se pueden distinguir dos tipos: la infracarga o subcarga y la sobrecarga (INSHT, 2001a).

— Formación.

Es obvio afirmar que para ejecutar cualquier tarea se necesita una formación previa a la ejecución y, también, un tiempo de aprendizaje en el puesto de trabajo.

Ello conlleva que cuanto mayor es el nivel de cualificación exigido, más rico suele ser el contenido de trabajo a realizar y, en

consecuencia, son mayores las posibilidades del trabajador de realizar un trabajo satisfactorio y enriquecedor (INSHT, 2001 a). El trabajador que desempeña funciones y labores en un puesto de trabajo por debajo o por encima de su nivel de formación, puede sentir insatisfacción laboral.

— Responsabilidad.

Si el trabajador no está correctamente capacitado para llevar a cabo una tarea, el desfase entre la responsabilidad ante los errores cometidos, por una parte, y el nivel de control del trabajo, por otra, puede ser la causa de la aparición de culpabilidad en la persona que ha realizado la tarea. Para que el nivel de responsabilidad y el nivel de control del trabajo produzcan resultados satisfactorios para el trabajador, la capacidad de éste y los recursos asignados han de situarse al nivel de la exigencia de la tarea.

Por otro lado, si las funciones a realizar, o el nivel jerárquico que ocupa el trabajador están por debajo de su cualificación y de sus capacidades, se produce insatisfacción y desmotivación. Si es al revés, y las funciones a realizar están por encima de su cualificación y de sus capacidades, se produce estrés.

— Desempeño de rol.

El rol es el conjunto de expectativas y demandas sobre las conductas que se esperan de la persona que ejerce las funciones de una determinada posición (persona focal). Ese conjunto de expectativas y demandas son emitidas por las personas afectadas por la actitud y la conducta de la persona focal y tienen la capacidad de influir sobre la actitud y la conducta de aquélla, expresando expectativas y demandas.

Un rol es un haz de expectativas propias y ajenas acerca del patrón de conductas que se adecua al puesto ocupado. El rol se elabora y se desempeña en el marco de la interacción social que protagonizan la persona focal y los emisores de rol que componen el conjunto de rol [PEIRÓ y GONZÁLEZ-ROMÁ (1991)].

El rol de cada trabajador es el patrón de comportamiento que se espera de quien desempeña un puesto de trabajo, con indepen-

dencia de la persona que sea. Es el conjunto de expectativas sobre conductas asociadas con el puesto laboral, tanto por parte del que ejecuta las funciones como por parte del resto de la organización.

— Comunicación en el trabajo.

La organización empresarial debe propiciar tanto la comunicación formal como la comunicación informal entre los trabajadores dentro de la actividad laboral.

— Estilo de mando.

El estilo de mando influye en el ambiente de trabajo y en las relaciones entre los trabajadores y entre éstos y los jefes, porque las actitudes del superior o jefe repercuten directa o indirectamente en los trabajadores bajo su mando y en el clima laboral.

— Participación en la toma de decisiones.

La falta de participación de los trabajadores en la toma de decisiones y en la organización del trabajo es un factor causante de insatisfacción laboral.

— Condiciones de empleo.

La inseguridad e incertidumbre respecto al empleo o el futuro profesional puede causarle ansiedad al trabajador, por lo que los trabajadores necesitan tener cierto grado de seguridad y estabilidad en su empleo.

También las condiciones de empleo como el tipo de contrato (fijo, temporal...), la posibilidad de movilidad geográfica, el salario (precario...), la posibilidad de elección de vacaciones y la exposición a riesgos laborales, ejercen un peso específico en la motivación y en la satisfacción laboral.

— Desarrollo de la carrera profesional.

El desarrollo de la carrera profesional es el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su trayectoria laboral en base a una evaluación de conocimientos, experiencia y cumplimiento de objetivos.

Relacionados con las interacciones humanas

— Relaciones interpersonales en el trabajo.

Las personas tienen la necesidad de relacionarse socialmente, cuestión que influye en la de motivación del comportamiento de las propias personas. Las relaciones interpersonales en el trabajo a todos los niveles (con superiores, con subordinados, con compañeros y con usuarios o clientes) y grupales (equipos de trabajo, de departamento, de área, etc.) son valoradas positivamente por el trabajador, pero pueden ser una cuestión de doble filo, llegando a favorecer la gestación de riesgos psicosociales.

3. EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

Desde la entrada en vigor de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, todas las empresas están obligadas a proteger la salud de sus trabajadores, entendiendo la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social.

Para asegurar esta protección se debe realizar una evaluación de riesgos de todos y cada uno de los puestos de trabajo de la empresa para prevenir los accidentes y enfermedades profesionales, donde se incluya los riesgos psicosociales.

La evaluación de riesgos psicosociales debe realizarse utilizando métodos que apunten al origen de los problemas, es decir, a las características de la organización del trabajo (condiciones de trabajo) y no a las características de las personas. No debe confundirse la evaluación de riesgos psicosociales con la evaluación de la psicopatología laboral.

Se trata de una evaluación multifactorial que tiene en cuenta aspectos de la tarea, la organización del trabajo, el ambiente, el desempeño, etc.

Uno de los ejes principales de la evaluación de riesgos psicosociales es la participación de los trabajadores en todo el proceso. De hecho, los métodos con una mayor validez científica en este ámbito se basan en realizar preguntas a los trabajadores sobre su percepción de diversas situaciones laborales que pueden ser causa de problemas de índole psicosocial.

Para emprender el estudio de los riesgos psicosociales debe partirse de un análisis previo que permita situar el problema de manera que pueda definirse el procedimiento a seguir.

El primer paso es la identificación de los factores de riesgo. Esta fase es básica, ya que condicionará las fases posteriores incidiendo en la adecuación del planteamiento metodológico y en la utilidad del conjunto de la información y las conclusiones resultantes de la evaluación. Tener definidos los objetivos que se pretenden nos ayudará a determinar cuál o cuáles pueden ser las técnicas más idóneas para cada situación.

En esta fase se trata de contar con cuanta información relevante sea posible (contexto organizativo, características del personal al que va dirigido el estudio, tareas y procedimientos utilizados, etc.) a fin de que el estudio se adecúe a la realidad que se pretende medir.

Una vez delimitados los objetivos del estudio, se podrá definir la metodología y las posibles técnicas por las que puede optarse.

Existen diversos métodos para la evaluación de los riesgos psicosociales, incluyendo la observación, el método más ampliamente utilizado en la recolección de datos es la información aportada por los propios trabajadores a partir de cuestionarios o escalas que se aplican de forma individualizada.

En relación a la selección del método no vale cualquiera, hay que contemplar una serie de criterios para una adecuada selección.

Podemos distinguir dos tipos de metodología:

a) Metodología cuantitativa

Hace referencia al conjunto de métodos o técnicas que se emplean para determinar la cantidad de un fenómeno.

Podemos decir que los cuestionarios más utilizados actualmente son:

- Metodología ISTAS21.
- FPSICO (INSHT), método del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Factores psicosociales. Identificación de factores de riesgo. Instituto Navarro de Salud Laboral.

Para plantear medidas de intervención concretas es aconsejable complementar la información obtenida de los cuestionarios estandarizados con información cualitativa que permita explicar las condiciones psicosociales del trabajo y diseñar actuaciones correctoras adaptadas a las situaciones estudiadas.

b) Metodología cualitativa

Se refiere al conjunto de métodos o técnicas que buscan hacer comprensible un fenómeno.

Es un recurso científico que debemos aprovechar para comprender aquellos aspectos que se encuentran en el mundo subjetivo de las personas, explorando expectativas y sentimientos, y explicando el porqué de los comportamientos y actitudes.

Puede ser aplicada de manera exclusiva en todas las fases de la intervención psicosocial, por ejemplo, en el caso de las pequeñas empresas.

Otras veces puede utilizarse en una etapa preliminar a la evaluación de riesgos, para comprender mejor una determinada situación. Los resultados de esta etapa preliminar ayudarán a orientar mejor la intervención.

También pueden emplearse tras el estudio cuantitativo, como procedimiento confirmatorio que hace comprensible los resultados y conclusiones obtenidos y como orientación en la propuesta de actuaciones preventivas.

Dentro de esta metodología podemos distinguir:

- 1) Técnicas observacionales (observación sistemática no participante, observación participante, estudio de casos).
- 2) Técnicas de información mediante conducta verbal (entrevista cerrada, semidirigida o semiestructurada, grupo de discusión, métodos de consenso).
- 3) Análisis de documentos escritos (documentos personales, registros biográficos, autoinformes).

Un método de evaluación de riesgos psicosociales es una metodología integral con fundamento científico, fiable, validada y estandarizada, que cumple los requisitos de calidad psicométricos y profesionales.

No todo el proceso se reduce a la aplicación de un cuestionario ni ello supone hacer una correcta evaluación.

Independientemente de la herramienta utilizada para la evaluación de riesgos psicosociales, debe garantizar el anonimato de los empleados que participan en la evaluación y la confidencialidad de sus respuestas.

La mayoría centra el análisis en las condiciones de trabajo, ya que de esta manera se permite la identificación de los aspectos sobre los que irán destinadas las acciones de mejora. Los cuestionarios recogen información sobre aspectos relacionados con las exigencias de la tarea, las condiciones organizativas y de realización de la misma (monotonía, aislamiento, etc.) y las relaciones sociales (relación con compañeros y superiores, etc.).

El siguiente paso a seguir es el trabajo de campo. La recogida de datos, aun contando con la participación de los trabajadores, no debe hacerse de manera inesperada, sino que deben preverse sus aspectos prácticos (lugar, momento más idóneo) e informar debidamente a todos los interesados.

Una vez recogida la información se procederá al análisis de los resultados con el fin de poder identificar las causas. Debe llegarse al diagnóstico de los posibles factores de riesgo para poder elaborar y poner en marcha un programa de mejora.

Las medidas que se van a sugerir no deben ser generalistas, deberán ser sencillas, no complejas en su comprensión, hechas a medida, ajustadas al contexto y realistas según el entorno de trabajo, programadas y programables.

Los principios de acción preventiva implican que la aplicación de medidas debe ir dirigida a combatir los riesgos en su origen, lo que implica trabajar sobre la organización del trabajo y las características de las tareas. El foco de la actuación preventiva en los riesgos psicosociales ha de ser la protección colectiva, que debe anteponerse a la individual. Junto a estas intervenciones se debe realizar una actividad informativa/formativa, los trabajadores han de recibir la información/formación necesaria sobre los riesgos psicosociales que pueden afectarles, las medidas y actividades de protección y prevención aplicables, y las medidas adoptadas.

El último paso de la actuación será la realización de un seguimiento de las medidas preventivas y posteriormente la realización de la reevaluación.

El haber establecido marcadores de gestión de las mismas es totalmente necesario para determinar si la intervención produce los efectos deseados o si se necesita un cambio de dirección en las medidas preventivas implementadas.

Al igual que las organizaciones son dinámicas y flexibles, en continua adaptación al cambio, los desarrollos de intervención psicosocial en la empresa deben tener el mismo margen de dinamismo y flexibilidad que la organización.

El proceso de prevención de los riesgos psicosociales no termina con la evaluación de riesgos, diríamos que empieza cuando ésta termina. Se debe considerar la prevención de los mismos como un proceso continuo que usa los datos de evaluación para evitar la pérdida de la salud de los trabajadores. Logra, además, mejorar las condiciones de trabajo de la empresa, mejorar los niveles de satisfacción, implicar a los trabajadores y disminuir la probabilidad de ocurrencia de los accidentes y enfermedades derivadas del trabajo. En definitiva, redundará en beneficio de todas las partes implicadas y permite hacer organizaciones más saludables y participativas y competitivas.

4. LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA LABORAL

4.1. Tipos de conflictos

Los conflictos en el trabajo, surgidos a partir de las condiciones organizativas y las relaciones interpersonales, pueden ser de varios tipos: acoso laboral, acoso sexual, acoso discriminatorio y otras situaciones de violencia psicológica en el trabajo.

El concepto de violencia laboral se refiere a cualquier forma de violencia que se produzca en el entorno del trabajo que cause o pueda llegar a causar daño físico, psicológico o moral, y constituye un riesgo psicosocial.

«CONCEPTOS:

Notas técnicas de prevención del INSHT, n.º 891 y n.º 892.

— Acoso laboral, “exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s 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”.

— Acoso sexual, “cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”.

— Acoso discriminatorio: “toda conducta no deseada relacionada con el origen racial o étnico, la religión o las convicciones, la discapacidad, la edad o la orientación sexual de una persona, que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra su dignidad y crear un ambiente intimidatorio, humillante u ofensivo”».

Situaciones de violencia psicológica en el trabajo que tienen potencial para afectar la salud del trabajador pueden consistir en:

- Ataques a la víctima con medidas organizativas.
- Ataques a las relaciones sociales de la víctima.
- Ataques a la vida privada de la víctima.
- Amenazas de violencia física.
- Ataques a las actitudes de la víctima.
- Agresiones verbales.
- Rumores.

Las CONDUCTAS que producen estos efectos se pueden agrupar en:

- Descrédito de la capacidad laboral y deterioro de las condiciones del ejercicio profesional.
- Aislamiento sociolaboral.
- Desprestigio personal.
- Agresiones y humillaciones. Este grupo incluye el acoso sexual, la agresión física (violencia física) y las prácticas laborales humillantes y discriminatorias.
- Robos y daños.
- Amenazas.

ACTIVIDAD PREVENTIVA:

Desde el punto de vista de la actividad preventiva, la experiencia dice que hasta ahora las actuaciones tienen lugar como una reacción tardía y puntual tras el afloramiento de los conflictos y enfocadas hacia las personas implicadas o en situaciones que ya han alcanzado niveles graves en su desarrollo. Además, no se dirigen al fondo del problema: la organización del trabajo, perdiendo así la oportunidad de extender sus mejoras al funcionamiento general de la organización.

Las evaluaciones específicas de riesgos psicosociales tienen un carácter exclusivamente preventivo y no son útiles para hacer frente a situaciones de conflicto establecidas. Son la herramienta para lograr que estos conflictos tengan menor probabilidad de ocurrir, cuando ya han ocurrido deben utilizarse otras herramientas. Por otra parte, su implantación real en las empresas hoy en día es escasa (el 85% de las empresas viola la ley por no prevenir la violencia laboral).

Por todo ello, es necesario rescatar la actuación contra la violencia laboral del ámbito de la reacción posterior al agravamiento de los problemas dentro de la empresa, o incluso del ámbito judicial al que están abocados la mayoría de los conflictos visibles hoy en día con resultados nefastos para los implicados.

Así pues, la actuación requiere coordinar la actividad preventiva general con implicación de toda la empresa, integrando la evaluación de riesgos psicosociales respecto de los factores organizativos y psicosociales con el preventivo establecimiento de protocolos compartidos y acordados entre la dirección de la empresa y los trabajadores, que se aplicarán según las exigencias reales surgidas desde la actividad productiva de la empresa.

En resumen, se trata de incluir la prevención de la violencia laboral en la actividad preventiva de la empresa, basándose en el acuerdo entre la dirección y la plantilla, siguiendo los tres pasos siguientes:

1. Realización de una completa evaluación de riesgos psicosociales. Su implantación hasta ahora es escasa (a pesar de ser legalmente exigible empresa por empresa).

2. Adopción de las medidas preventivas consecuentes, acordadas entre empresa y trabajadores, con fijación de responsables y plazos de cumplimiento y revisión periódica de su aplicación para efectuar las correcciones necesarias.
3. Integración en este proceso del procedimiento preventivo de la violencia laboral y los protocolos internos de actuación frente a cualquiera de los tipos de violencia laboral ya citados.

4.2. El procedimiento de actuación

Habiendo desarrollado en el apartado 3 los contenidos de las evaluaciones de riesgos psicosociales, pasamos a considerar el procedimiento preventivo específico para resolver las sucesivas fases de los casos de violencia laboral.

El PRIMER MOMENTO de dicho procedimiento consiste en conocer la organización preventiva de la empresa en relación con los riesgos psicosociales y valorar su capacidad de prevención y respuesta frente a los riesgos psicosociales.

Es imprescindible, para su eficacia, integrar la prevención de la violencia laboral en el conjunto de la actividad preventiva como marco de desarrollo.

Lo cual exige conocer la documentación preventiva (del art. 23 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales) y recoger la información facilitada por trabajadores (encuesta específica) y personas implicadas en la actividad preventiva de la empresa, así como definir las fortalezas y debilidades de la empresa para un desarrollo proactivo de la prevención.

Este primer análisis tiene como objetivo detectar posibles fallos de la actividad preventiva de partida, que convendrá corregir antes de seguir con el procedimiento, por un lado, para asegurar la efectividad del mismo y, por otro, para ajustarse a las obligaciones legales al respecto.

Los factores a considerar son:

1. Las características del sistema de gestión preventivo existente (por ejemplo, si se cuenta con recursos humanos y materiales suficientes y adecuados, si se trabaja la prevención de forma coordinada, o si la organización preventiva de la empresa es eficaz, entre otras).

2. El grado de cumplimiento de las obligaciones preventivas generales (por ejemplo, si la empresa ha evaluado todos los puestos de trabajo, si ha establecido medios para evitar los riesgos, o si se favorece la consulta y participación de los trabajadores y sus representantes, entre otros).
3. La cultura preventiva de la organización (por ejemplo, si desde la dirección se promueven campañas para prevenir los riesgos, si existen normas internas propias en materia de salud y seguridad laboral, o si la prevención está presente en todas las actividades que se realizan, entre otros).

La responsabilidad legal de llevar a cabo este nivel de actuación obliga al empresario, que ha de contar con la participación de los delegados de prevención, los trabajadores designados y los técnicos de prevención.

El SEGUNDO MOMENTO se dirige a detectar la presencia de situaciones de violencia de baja intensidad o de corta duración.

Se inicia con la evaluación e identificación de los riesgos psicosociales, de donde se deducirán los indicadores que nos facilitan detectar la violencia laboral en sus fases tempranas, para anticiparnos al daño en la salud del trabajador y de la organización, para evitar que se conviertan en cuadros graves e irreparables a través de un proceso paulatino de degradación del ambiente de trabajo.

La recogida de información se realizará también en base a una encuesta y la documentación preventiva del art. 23 de la LPRL.

A la hora de determinar los instrumentos de recogida de información en este punto del procedimiento, hemos de conocer que los antecedentes de las situaciones de violencia pueden agruparse en tres factores:

1. Factores necesarios. Engloban elementos que pueden ayudar a que ocurran situaciones de violencia en un primer momento.
2. Factores motivadores. Se refieren a elementos necesarios para que quien ejerce la violencia considere que merece la pena llevar a cabo conductas para dañar a compañeros o subordinados que son percibidos como cargas o amenazas.

3. Factores precipitantes. Los cuales podrían estar relacionados con los cambios organizacionales, tales como reestructuración, remodelación y reducción de plantilla, y con otros factores del contexto sociolaboral.

Partiendo de esta agrupación, se recomienda que los instrumentos escogidos contemplen, al menos, los siguientes factores:

- Estabilidad laboral.
- Política organizacional.
- Liderazgo.
- Apertura y apoyo.
- Implicación y compromiso.
- Comunicación y participación.
- Igualdad y trato justo.
- Relaciones interpersonales.
- Características del puesto.
- Características del ambiente de trabajo.

La interpretación de los resultados obtenidos nos permite concretar las deficiencias organizativas que están creando, motivando y precipitando las situaciones de violencia en el contexto organizativo.

El TERCER MOMENTO debe asumir la gestión de las denuncias por posibles situaciones de violencia laboral que no hayan podido ser evitadas.

Se debe considerar la posibilidad de iniciarse directamente, sin necesidad de agotar *momentos* anteriores del *procedimiento*, si la conducta es de tal relevancia que a juicio del afectado, o de los sujetos legitimados para iniciarlo, requiere su puesta en marcha. El objetivo es dar un tratamiento idóneo y eficaz, erradicando, en su caso, los primeros atisbos de acoso y violencia.

El proceso de este protocolo ha de ser sencillo. Se considera necesario que se constituya una comisión compuesta de forma paritaria por re-

presentantes de los trabajadores y personas designadas por la dirección de la empresa. La comisión dará cabida a un tercer miembro, un técnico especializado en psicología del servicio de prevención. Este experto podría ser ajeno a la organización, designado por un organismo externo. En manos de dicha comisión queda la realización de la investigación, así como la resolución y propuesta final que corresponda.

El protocolo debe contemplar al menos cuatro fases:

- Fase de denuncia. El procedimiento se iniciará a instancia de la persona afectada, ante el comité de seguridad y salud, o en su caso, ante el delegado de prevención. Es importante que el procedimiento sea respetuoso con el derecho de tutela efectiva reconocido en el artículo 24 de la Constitución Española (CE) y permita al afectado decidir de qué forma y a través de qué medios y sistema quiere o no plantear el problema.

El primer trámite a cumplimentar sería la notificación de la denuncia a la empresa. Se recomienda que en el escrito de solicitud de apertura del procedimiento el afectado describa y solicite, detalladamente, las medidas que considera que solucionan el problema y le procuran una tutela íntegra trascendiendo lo que habitualmente se plantea en una demanda judicial. En este sentido, pueden solicitarse medidas organizacionales o correctivas que impliquen obligaciones formativas para la empresa, cambios de puesto de trabajo, publicidad de las resoluciones de las comisiones que declaren la existencia de acoso y señalen al acosador, entre otras. Se ha comprobado que este tipo de medidas son muy eficaces y derivan en la solución definitiva de la situación de violencia.

- Fase de investigación. Una vez tramitada la denuncia y constituida la comisión, ésta deberá iniciar la fase de investigación. En esta fase podrán proponerse por la comisión la adopción de medidas cautelares. Durante la misma se practican todas las pruebas que las partes propongan y que versen sobre hechos en los que las partes no estén de acuerdo. Es aconsejable que esta fase no exceda de los veinte días desde la presentación de la denuncia.
- Fase de resolución. Se recomienda que la comisión emita un informe detallado en un plazo máximo de treinta días desde que se

presentó la denuncia. En dicho informe se deberían recoger, al menos, los siguientes aspectos básicos:

- La relación de antecedentes del caso.
- Los hechos que tras la investigación resultan acreditados.
- Un resumen de las diligencias y pruebas practicadas.
- Las propuestas de solución, que deberán ser tomadas por unanimidad para asegurar la implantación de las soluciones.

El procedimiento debe ser garantista y respetuoso con los derechos de intimidad y con el deber de confidencialidad.

Finalmente, se procederá a la toma de decisiones por parte de la dirección de la empresa. Se recomienda que ésta decida si implanta las medidas propuestas por la comisión en un plazo de veinte días desde que esta le notifique el informe en el que se concretan las acciones a tomar. En el caso de que el empresario no aceptara la propuesta, debería dar explicaciones detalladas a las partes afectadas, a la comisión y a la representación legal de los trabajadores.

- Fase posresolución. Se recomienda que el procedimiento recoja competencias posresolución de la comisión. En este sentido, se debería legitimar a la misma para efectuar un seguimiento de las medidas propuestas y de la salvaguarda del principio de no discriminación, así como de la supervisión de posibles represalias contra cualquiera de los trabajadores que hayan intervenido en el procedimiento en condición de denunciante, víctima, testigo o informador.

El CUARTO MOMENTO implica disponer de un sistema de control y seguimiento continuado de todo el proceso posterior.

Consiste en ir recogiendo todas las comunicaciones de deficiencias detectadas en los *momentos 1 y 2*, así como las propuestas de resolución establecidas por la comisión en el *momento 3* y dar cumplida respuesta a las mismas. Como señala el artículo 14.2 de la LPRL es deber del empresario desarrollar una acción permanente de seguimiento de la actividad

preventiva, y disponer lo necesario para adoptar las medidas de prevención adecuadas. Dichas medidas deben ser consultadas y propuestas con el acuerdo de los trabajadores y sus representantes (arts. 18 y 34 de la LPRL), y deben ser informadas con claridad y eficiencia a todos los miembros de la organización.

La intención de este *momento* es dar cumplimiento al objeto último de cualquier *procedimiento* de prevención integral de la violencia laboral: mejorar la salud de los trabajadores y las condiciones de trabajo en lo que a la violencia laboral hace referencia. Se trata de ayudar a trabajadores y empresarios a cumplir con eficacia y eficiencia sus funciones preventivas. Y que se mejore, de esta manera, la calidad de vida laboral de la empresa y, por ende, su productividad. Este sistema de retroalimentación propicia que se introduzcan las mejoras oportunas y se apliquen las medidas disciplinarias correspondientes en caso de confirmarse un cuadro grave de violencia o una falsa denuncia.

Tres son las líneas sobre las que el empresario tiene el deber de actuar, desde este *procedimiento*:

1. Aquellas actuaciones deficientes detectadas en los momentos 1 y 2. Las mismas hacen referencia, básicamente, a tres aspectos:
 - La gestión preventiva de la organización. Éstas, al ser medidas genéricas de la actividad preventiva, serán gestionadas a través del sistema preventivo habitual de la empresa.
 - Las actuaciones preventivas frente a la violencia laboral.
 - El clima de violencia en la organización.
2. Las deficiencias que la comisión (momento 3), en el cumplimiento de sus funciones, haya detectado y considerado como fuente potencial o real de riesgos para la salud de los trabajadores. La respuesta empresarial, en este caso, estará determinada por:
 - La gravedad de los daños producidos o que hubieran podido producirse.
 - La ausencia o deficiencia de las medidas preventivas necesarias.
 - Las lagunas en la organización de la actividad laboral.

3. Aplicar, en su caso, el régimen disciplinario que tenga dispuesto en el convenio colectivo de aplicación. En especial, se recomienda que se introduzcan elementos de graduación como son:

- La reincidencia.
- El grado de perjuicio ocasionado a la víctima.
- El número de trabajadores afectados.

Si se crea y aplica el procedimiento de la forma descrita a los trabajadores les permite, en el caso de que se produzca alguna situación de violencia, contar con un procedimiento de solución del conflicto autónomo, cercano, rápido, imparcial y eficaz, con absoluto respeto al principio de tutela judicial, a la que podrá acudir en cualquier momento. También sirve de guía para sugerir actuaciones que prevengan el riesgo de violencia en el trabajo.

Acometer la realización y puesta en marcha de un procedimiento integral sobre la violencia en el ámbito del trabajo ofrece la posibilidad de avanzar notablemente en la gestión de estos riesgos. La puesta en práctica del mismo pretende complementar los planos preventivo y de tutela legal y judicial, que hasta el momento se han revelado insuficientes para atajar el problema.

5. CONCLUSIONES

La prevención de la salud mental en el trabajo como campo de actuación está en sus primeros momentos en la Comunidad Autónoma Vasca. Esto no significa que no se estén realizando importantes actuaciones y considerables avances en diversos sectores, especialmente en Administración y en las empresas de mayor tamaño, pero el proceso es lento y la estructura productiva (con una extraordinaria presencia de muy pequeñas empresas) dificulta una extensión suficiente de la prevención como para considerar que estemos ya cerca de un proceso de aceptación y valoración amplia de su necesidad de implantación.

Hasta ahora las prioridades de la prevención de la salud de los trabajadores se han fijado en otras importantes ramas de la prevención, como la seguridad y la higiene, se constata una enorme desproporción entre los co-

nocimientos y los recursos humanos y materiales en ambas especialidades y los relativos a la psicología laboral para proteger la salud mental.

El nivel de sensibilización social es de momento realmente pobre. Índices de ello son la escasa comprensión de los contenidos de los riesgos psicosociales o de su identificación en el trabajo diario por parte de los trabajadores, sus representantes y los empresarios y la falta de confianza en las evaluaciones y otros procedimientos utilizables para mejorar la organización productiva y las relaciones interpersonales.

El miedo a las soluciones por esa falta de comprensión hace que las situaciones de estrés o *burnout* o de los diferentes tipos de acoso en el trabajo o violencia laboral queden aplazados o se intente evitar sin la adopción de las medidas correspondientes. Así no hacen sino enquistarse y agravarse en largos procesos muy perjudiciales para todos.

Un freno decisivo hasta ahora frente a la evaluación e implantación de las medidas preventivas en cada empresa es que gran parte de los empresarios lo consideran un gasto y no una inversión, en contra de lo que demuestran los estudios y publicaciones del sector.

El cumplimiento de los requerimientos legales como única motivación para la realización de las evaluaciones de riesgos psicosociales convierte a éstas en instrumentos insuficientes para la prevención real de los riesgos. La falta de concreción de las medidas preventivas y la ausencia de seguimiento y control vacían de resultados preventivos positivos a un trabajo previo que queda inacabado.

La actuación «tardía» ante los acosos y otras violencias laborales como reacción a denuncias tras el agravamiento de los conflictos aboca la posible resolución del ámbito preventivo al terreno judicial, que en la mayor parte de los casos supone largos procesos previos invisibles seguidos de procesos judiciales dañinos para las partes y con resultados finales que no compensan a ninguno de los implicados.

Sin embargo, ya existen herramientas apropiadas para la intervención, tal como se ha detallado, como son las evaluaciones de riesgos organizativos y los procedimientos frente a la violencia laboral, con posibilidades de aplicación cada vez más accesible, capaz de atender desde sus comienzos el conjunto de la problemática psicosocial.

También existen experiencias interesantes en diversos ámbitos, como la Administración, en Educación, Sanidad, etc., y en las empresas privadas de mayor tamaño, de utilización de las evaluaciones y los protocolos frente a la violencia laboral, que pueden servir de ejemplos para una actuación más generalizada en empresas de otros sectores y de menor tamaño.

Contamos con una creciente implicación de diversas instituciones, del ámbito administrativo y judicial en los que los últimos cambios normativos y la práctica en el tratamiento de esta problemática permite ir mejorando sus propias técnicas, conocimientos y recursos legales.

La preparación de los recursos humanos implicados directamente en la práctica diaria va recogiendo la experiencia más difícil para lograr la adecuación de las herramientas citadas a su aplicación en cada caso, que es un poso impagable si se acierta a coordinarla y compartirla entre los diferentes agentes sociales.

En resumen, si bien el estado actual es precario, se van dando avances y será el incremento de la implicación, desde la formación y la información, en las herramientas señaladas de los diversos afectados, los propios trabajadores, sus representantes sindicales, los delegados de prevención, los servicios de prevención y los propios empresarios, lo que puede impulsar el desarrollo de prácticas adecuadas a la necesaria y exigible protección de la salud mental de los trabajadores y que redunde en un crecimiento de la sensibilización general de la sociedad.

6. BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN

NTP 443 *Factores psicosociales: metodología de evaluación.*

NTP 450 *Factores psicosociales: fases de evaluación.*

NTP 603 *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-social I.*

NTP 604 *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-social II.*

NTP 702 *El proceso de evaluación de los factores psicosociales.*

Campaña Europea de Inspección 2012. Evaluación de riesgos psicosociales.

Notas técnicas de prevención del INSHT, n.º 891 y 892. Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral, 2011.

NTP 854 *Acoso psicológico en el trabajo: definición*. INSHT, 2010.

GIMENO, M. A., MEJÍAS, A., CARBONELL, E. J. (2009). *Protocolos sobre acoso laboral. Procedimiento de solución autónoma de los conflictos de violencia laboral*. Valencia: Tirant lo Blanch.

OSALAN (2004). *El acoso moral en el trabajo. Evaluación, prevención e intervención*.

DIRECCIÓN GENERAL DE LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL (2009). *Guía explicativa de buenas prácticas para la detección y valoración de comportamientos en materia de acoso y violencia en el trabajo*.

Portal de psicología del INSHT.

Guías de las diversas organizaciones sindicales, sobre acción sindical, gestión de la prevención y actuación ante los riesgos psicosociales.

LAS FORMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Manuel VELÁZQUEZ

Inspector de Trabajo y Seguridad Social

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIAS SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO
 - 2.1. Medidas para equilibrar la carga de trabajo (demanda) y garantizar el tiempo de descanso
 - 2.2. Medidas tendentes a aumentar el control y autonomía de los trabajadores
 - 2.3. Medidas para mejorar el apoyo a los trabajadores
 - 2.4. Medidas para mejorar las relaciones sociales en el lugar de trabajo
 - 2.5. Medidas para mejorar la gestión de los cambios
3. LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIAS SOBRE LOS INDIVIDUOS
 - 3.1. Acciones de formación y sensibilización de los trabajadores
 - 3.2. Los procedimientos o protocolos ante situaciones de acoso laboral
4. LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LAS PEQUEÑAS EMPRESAS

1. INTRODUCCIÓN

Como ya se ha señalado en los estudios que preceden, **los factores de riesgo psicosocial** son los elementos que actúan en la organización del trabajo y su entorno exterior como generadores o causantes de este tipo de riesgos. Estos factores pueden ser clasificados y definidos de muy distintas maneras, bien ya sea utilizando los conceptos más clásicos de KARASEK (demanda-control y apoyo social) y SIEGRIST (esfuerzo-recompensa), los descritos por COX, GRIFFITH y RIAL⁽¹⁾ (los factores que afectan al contenido y los que afectan al contexto del trabajo), hasta los descritos en el sondeo de expertos de la Agencia Europea de Bilbao⁽²⁾ (inseguridad laboral, envejecimiento, intensificación del trabajo, desequilibrio entre vida personal y familiar, etc.).

Los riesgos psicosociales propiamente dichos serían la consecuencia de la exposición a dichos factores. Existe un consenso generalizado en incluir al **estrés laboral** como uno de estos riesgos⁽³⁾, aunque se dé la circunstancia de que en ocasiones el estrés no sea la consecuencia de la exposición a factores de riesgo psicosocial, sino a agentes como el ruido, la temperatura, las vibraciones o agentes químicos.

También existe acuerdo sobre la inclusión de la **violencia** en el trabajo en el campo de los riesgos psicosociales, aunque sean muchos quienes la

(1) Publicación disponible en: <http://osha.europa.eu/es/publications/reports/203>.

(2) Disponible en español (resumen) en: <http://osha.europa.eu/es/publications/reports/203>. El informe completo en inglés se encuentra disponible en: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>.

(3) MARÍA PEIRÓ, José, realiza un análisis más detallado y profundo de este proceso en su artículo «Cuestiones fundamentales en la evaluación de riesgos psicosociales», *Revista de Prevención de Riesgos Psicosociales y Bienestar en el Trabajo*. 01/2010: 33.

conciben como una simple variedad de estrés laboral (un estresor social) o como un fenómeno siempre interrelacionado con aquél⁽⁴⁾. La violencia es también un fenómeno complejo que abarca múltiples formas. Puede tratarse tanto de violencia física como psicológica, situando dentro de esta última el acoso laboral en sus diversas formas: sexual, moral y discriminatorio. Puede tratarse de violencia interna, que es la que se produce en el centro de trabajo, como de violencia externa, que es la producida por terceros, ya se trate de clientes o usuarios del servicio o de personas cuya conducta no es legítima, como en los casos de asalto o atraco.

El reconocimiento del estrés y la violencia dentro de la prevención de riesgos laborales vendría además avalado por los pactos sociales a escala europea entre asociaciones de empresarios y sindicatos⁽⁵⁾.

Podría haber también otros riesgos psicosociales como la **fatiga** derivada de la ordenación del tiempo de trabajo, puesto que este factor de riesgo se incluye en la mayor parte de los métodos de evaluación de estos riesgos y también se ha introducido en la recientemente aprobada *Guía de Riesgos Psicosociales de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social* con motivo de la Campaña Europea de Riesgos Psicosociales en 2012⁽⁶⁾. La «sobrefatiga crónica» puede dar lugar a problemas orgánicos, neurológicos, hiperexcitación, depresión y estados ansiógenos.

(4) El Acuerdo Europeo sobre Estrés Laboral reconoce que el acoso y la violencia son factores potenciales de estrés y que los comportamientos abusivos son factores causantes (apartados 3 y 4).

(5) Acuerdo Marco Europeo sobre Estrés ligado al Trabajo, disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2005-4382, el Acuerdo Marco Europeo sobre Violencia y Acoso en el Trabajo, disponible en <http://www.boe.es/boe/di-as/2008/01/14/pdfs/A02534-02540.pdf>; y las Directrices multisectoriales sobre Acoso y Violencia de Terceros, disponible en: http://teachersosh.homestead.com/Publications/Final_Multi_sectoral_guidelines_rev_ES-2.pdf.

(6) La información sobre esta campaña se encuentra en <http://www.av.se/slic2012/spanish.aspx>. La guía de la inspección de trabajo y seguridad social se encuentra disponible en: http://www.empleo.gob.es/its/web/Atencion_al_Ciudadano/Normativa_y_Documentacion/Documentacion/Documentacion_ITSS/001/Guia_psicosociales.pdf, sustituye a una anterior sobre riesgos ergonómicos y psicosociales y completa el Criterio Técnico 69/2009, sobre acoso y violencia, disponible en: http://www.empleo.gob.es/its/web/Atencion_al_Ciudadano/Criterios_Tecnicos/Documentos/CT_69_2009.pdf. Un estudio comparado sobre esta campaña puede encontrarse en un artículo del autor en la *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, 98: 165: «Las inspecciones de trabajo europeas ante los riesgos psicosociales».

Hay otros riesgos que no suelen considerarse propiamente psicosociales, por ser susceptibles de encuadramiento en otras categorías, pero que se interrelacionan con ellos, como los relativos al denominado «factor humano» (los fallos de organización que suponen la causa más común de los siniestros laborales por errores, descuidos o violación de las normas), y los trastornos músculo-esqueléticos, que pueden derivar de situaciones de tensión, violencia y estrés laboral. El análisis e intervención sobre estas dos facetas, cualquiera que sea la forma y el método, repercute positivamente sobre los riesgos psicosociales, ya que en la prevención no debe haber compartimentos estancos.

El resultado último de la exposición a los riesgos psicosociales son los **daños físicos, psíquicos y conductuales** que pueden sufrir los trabajadores. Los daños físicos y psíquicos derivados del estrés y la fatiga son difícilmente separables y ambos también se manifiestan ante otro tipo de riesgos laborales que no sean de carácter psicosocial, tal y como se puede ver en esta obra en el estudio de Juan José DÍAZ FRANCO en la parte primera. Hay, sin embargo, una tendencia predominante a la manifestación de daños psíquicos cuando tratamos de la exposición a los riesgos psicosociales y por este motivo existe una asociación frecuente entre prevención de los riesgos psicosociales y protección de la salud mental.

Los daños conductuales se refieren fundamentalmente a las adicciones, que operan de esta forma como una consecuencia de la exposición a riesgos psicosociales y no como un riesgo psicosocial en sí mismo considerado. A ellas se dedica una parte de esta publicación.

Ya se ha tratado en los capítulos precedentes sobre la evaluación y análisis de los riesgos psicosociales mediante la utilización de herramientas basadas en entrevistas (métodos cualitativos), cuestionarios (métodos cuantitativos) y observación del evaluador (condiciones de trabajo e indicadores de absentismo, abandono, etc.).

Una vez determinados en el proceso de evaluación de modo suficientemente concreto y preciso los factores de riesgo psicosocial (art. 3 del RSP), es necesario pasar a la acción y tratar de adoptar las medidas necesarias para eliminar o reducir la presencia de dichos factores a su mínima expresión mediante técnicas adecuadas de recursos humanos y dentro de los límites marcados por la legislación laboral.

De este modo, la gestión completa de los riesgos psicosociales se presenta como un campo en el que intervienen al menos tres distintas áreas de conocimiento.

— Por un lado, se encuentran las técnicas de análisis del estrés laboral mediante el uso de cuestionarios y entrevistas individuales o colectivas que actualmente se están utilizando como métodos de evaluación de riesgo psicosocial. Estas técnicas sirven fundamentalmente para identificar los problemas de estrés laboral y, en ocasiones, también para identificar situaciones de violencia y fatiga en el trabajo u otros problemas que surgen en la organización del trabajo.

— De la simple detección e identificación de los factores de riesgo psicosocial no emana directamente su remedio y éste hay que encontrarlo a través de la consulta a las personas implicadas o bien recurriendo a otras técnicas diferentes.

Estas técnicas son básicamente las que se denominan de «recursos humanos», que son aquellas que tratan de acompasar el cumplimiento de los objetivos de producción empresariales, la satisfacción personal de los trabajadores y el cumplimiento de las normas legales evitando o minimizando las desviaciones y conflictos en la consecución de tales fines.

Las técnicas de recursos humanos se refieren, entre otras cosas, a la adecuada selección del personal para realizar las tareas, la formación y preparación para llevar a cabo las mismas, las comunicaciones entre personas, la forma en que se adoptan las decisiones más eficaces, el fomento del trabajo en equipo, la eliminación de conductas disfuncionales, incentivar a los trabajadores para que utilicen su creatividad en el ejercicio de sus funciones, establecer procedimientos de resolución de problemas, etc.

Por lo general, solamente las grandes empresas emplean estas técnicas y lo hacen siempre de modo voluntario y fines puramente productivos. La mayor parte de las veces el uso de estas técnicas se realiza al margen de la evaluación de riesgos psicosociales, aunque en ocasiones se utilicen técnicas muy parejas como las encuestas de satisfacción o de calidad de clima. El resultado es que el uso de estas técnicas de recursos humanos suele estar desconectado de la realidad que puede reflejar con mayor precisión la evaluación de riesgos psicosociales; mientras que, por el contrario, para la gestión de los resultados de la evaluación de riesgos psicosociales no

se emplean las técnicas de recursos humanos, sino otras de menor consistencia. Sería necesario, por tanto, hacer un uso complementario de ambas técnicas para lograr mejores resultados.

— Por último, el otro campo que también entra en escena es el de la legislación laboral. Las relaciones laborales se rigen por unas normas legales y convencionales que regulan sus aspectos más importantes y conflictivos. Estas normas regulan precisamente las situaciones que originan mayor estrés laboral entre los trabajadores, como pueden ser la contratación temporal, el despido, la jornada y el descanso, la discriminación, atentar contra la dignidad, la modificación de las condiciones de trabajo, etc.

Estas tres materias (la prevención de los riesgos psicosociales, las políticas de recursos humanos y la legislación laboral) tienen un campo propio y específico. Sin embargo, las mismas no se pueden aplicar de forma aislada o separada, ya que actúan sobre los mismos hechos y la misma realidad; y, por lo tanto, se debe hacer un esfuerzo por armonizar y complementar su aplicación.

Vamos a hacer a continuación un resumen de las diferentes formas de intervención psicosocial haciendo una distinción universalmente admitida entre medidas primarias, que inciden directamente sobre la organización del trabajo; las medidas secundarias, que sólo se dirigen a los individuos afectados por algún riesgo psicosocial; y las medidas terciarias, que tienen como fin la recuperación y rehabilitación de las personas que han sufrido enfermedades psíquicas y físicas por su exposición a los riesgos psicosociales. Estas últimas se tratan en la quinta parte de esta publicación y, por tanto, sólo haremos referencia a las dos primeras.

Al final haremos mención a las peculiaridades de la aplicación de la gestión de los riesgos psicosociales en las pequeñas empresas.

2. LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIAS SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Como ya hemos señalado antes, las medidas primarias son las dirigidas directamente a actuar sobre la ordenación y organización del trabajo. Actuar sobre la organización es intervenir directamente sobre la fuente de los factores de riesgo psicosocial y, en consecuencia, este tipo de acciones

tiene carácter prioritario sobre las demás, de conformidad con el principio general de la prevención establecido en el artículo 15.1.c) de la LPRL.

Con estas medidas se trata de eliminar o minimizar los factores de riesgo psicosocial que la evaluación de riesgos ha detectado. Vamos a detallar a continuación cuáles pueden ser algunas de estas medidas.

2.1. Medidas para equilibrar la carga de trabajo (demanda) y garantizar el tiempo de descanso

La carga de trabajo que asumen los trabajadores debe ser proporcional a los medios de que disponen para llevarla a cabo y al tiempo que tienen asignado para su realización.

La búsqueda de un aumento de productividad por las empresas se ha traducido con frecuencia en una intensificación del trabajo en la que los trabajadores se ven con frecuencia abocados a no poder terminar correctamente las tareas que tienen encomendadas.

Para paliar estas situaciones hay que tratar de buscar una adecuada distribución de la carga de trabajo haciendo que ésta sea equitativa para todos los trabajadores, menos monótona y repetitiva, y haciendo que cada trabajador encuentre una motivación y sentido a sus tareas, puesto que éste es un importante factor moderador del estrés y la fatiga⁽⁷⁾.

Algunas de las medidas que se pueden adoptar serían las siguientes:

a) La rotación de puestos de trabajo

La rotación es el intercambio periódico de puestos de trabajo entre los trabajadores de un mismo centro, y la misma tiene efectos favorables por cuanto que favorece la formación profesional de los trabajadores, el mejor reparto de las tareas y evita la monotonía en el trabajo⁽⁸⁾.

(7) Resulta de interés a este respecto la lectura del documento «Sens du Travail, Santé Mentale et Engagement Organisationnel» (IRSST-Québec) 2008. Disponible en: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RC-543.pdf>.

(8) Principios comunes de la intervención psicosocial (Instituto Navarro de la Salud Laboral - INSL). Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/76DF548D-769E-4DBF-A18E-8419F3A9A5FB/145897/IntervencionPsicosocialMayo09.pdf>.

Sin embargo, la rotación ha de adaptarse necesariamente a las condiciones reales del centro de trabajo y a las necesidades y conveniencia de los trabajadores para que la misma surta efectos positivos. Es necesario que los trabajadores estén conformes e incluso motivados para realizar con éxito este tipo de organización del trabajo y que comprendan los beneficios que les puede reportar la polivalencia para su carrera profesional.

La regulación de las polivalencias se contempla en el actual artículo 22.4 del Estatuto de los Trabajadores (ET) como el resultado de un acuerdo entre el empresario y el trabajador.

b) La remodelación y enriquecimiento de tareas

Otras medidas pueden ir encaminadas bien a dar una mayor variedad de tareas a cada trabajador para evitar el trabajo monótono y la fatiga, o bien, por el contrario, a concentrar más las tareas para evitar una excesiva fragmentación del trabajo que impida a cada uno percibir cuál es el fruto de su esfuerzo y el sentido y la utilidad de su trabajo en el sentido que arriba hemos señalado.

Se trataría de buscar en cada caso un adecuado equilibrio entre la concentración y la fragmentación de tareas, puesto que ambos extremos serían nocivos.

c) Proporcionar más o mejores recursos a los trabajadores

Hay supuestos en que la insuficiencia de recursos es la causa de la excesiva carga de trabajo. Puede ocurrir que la puesta a disposición de estos recursos (materiales, tecnológicos o humanos) sea factible; y puede haber otros casos en que llevar a cabo esta medida no sea posible porque desborde las posibilidades reales de acción de la empresa.

d) La garantía del tiempo de descanso

La garantía del tiempo de descanso es otra de las cuestiones que también afecta al estrés y la fatiga en el trabajo.

La actual tendencia en muchos sectores es la de favorecer que el trabajo se interrumpa según el nivel de demanda efectiva de usuarios y clientes. Esto puede desembocar en grandes períodos de inactividad que se suceden con otros de actividad intensiva. La situación de riesgo es la que deriva del

tiempo de puesta a disposición continuada y sin límites temporales claros para los trabajadores en espera de ser llamados por la empresa para incorporarse a sus tareas.

A este respecto, hay un número creciente de trabajos, como son los de vigilancia, sanidad, hostelería, transporte y mantenimiento, que pueden llegar a impedir que el trabajador disponga con plenitud de tiempo libre o a que sepa con suficiente antelación y claridad el tiempo del que dispone para desarrollar con su vida social y familiar libre de cualquier condicionamiento laboral.

La regulación del tiempo de trabajo está prevista en los artículos 34 a 37 del ET y el RD 1561/1995 respecto a las jornadas especiales de modo bastante general y abierto. El artículo 34 del ET establece la potestad del empresario a establecer el calendario laboral y la DA 3.^a del RD 1561/1995 el derecho de los representantes de los trabajadores a ser consultados a este respecto. Las irregularidades en la jornada laboral pueden decidirse unilateralmente por el empresario en un 5% (art. 34.2 del ET) y normalmente están reconocidas por la negociación colectiva.

También resulta fundamental en esta materia la regulación sobre ordenación del tiempo de trabajo establecida en la Directiva 2003/88/CE y la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea sobre el concepto de tiempo de trabajo y tiempo de descanso que ha establecido que sólo el período de presencia física del trabajador en el centro de trabajo debe considerarse como tiempo de trabajo, pero no el tiempo en el que éste se encuentre fuera de dicho centro a disposición de la empresa para ser llamado en cualquier momento⁽⁹⁾.

Otro de los grandes problemas para la garantía del tiempo de descanso se encuentra en los sistemas de trabajo a turnos rotatorios que incluyen trabajo nocturno. Este régimen de jornada implica la ruptura de los ciclos circadianos de actividad y descanso, y puede causar trastornos del sueño y fatiga crónica. La rotación corta de los relevos cada dos o tres días sería en principio más beneficiosa para favorecer la adaptación al cambio de horarios y evitar la fatiga del trabajador a turnos, pero en cualquier caso hay que tener en cuenta que no hay medidas exactas sobre cuál es el régimen

(9) Sentencias *Simap*, de 3 de octubre de 2000, y *Jaeger*, de 9 de septiembre de 2003.

de turnos más conveniente para cada trabajador y, por ello, es necesario siempre contar con el acuerdo de los trabajadores afectados.

2.2. Medidas tendentes a aumentar el control y autonomía de los trabajadores

a) Autonomía para decidir sobre el modo de ejercer sus tareas

Las nuevas formas de organización del trabajo han tenido el contradictorio doble efecto de disminuir y aumentar el grado de autonomía de los trabajadores a la hora de decidir cómo ejecutar las tareas que se manifiesta de diferentes formas según cuáles sean las características de cada trabajo.

Por un lado, la automatización del trabajo ha tenido como efecto positivo librar al trabajador de realizar tareas pesadas, repetidas y monótonas. Pero, por otro lado, esto ha supuesto que las tareas de vigilancia del trabajador sobre procesos mecanizados de producción se desarrollen de tal modo que éste no pueda intervenir eficazmente ante las incidencias que se puedan producir (disminuye el control) y que aumente la tensión ante las consecuencias que podría tener cualquier error o fallo en los procesos.

En principio, la tendencia general en las nuevas formas de organización del trabajo en los sectores industriales más tecnificados es aumentar la autonomía y responsabilidad de los trabajadores en la realización de las tareas más complejas estando sometidos a la realización de objetivos y sin sujeción a horarios rígidos ni métodos y con menores niveles de jerarquía. De acuerdo con el análisis de la Fundación de Dublín⁽¹⁰⁾ en los sectores industriales de tecnología más avanzada impera la descentralización de decisiones y tareas, bien de forma individual o por equipos, para la realización de tareas que requieran alta cualificación, la presencia de prácticas participativas, mayor complejidad de las tareas y menores niveles de jerarquía. Esto favorece la productividad y la mejor adaptación de las empresas a las condiciones de los mercados.

(10) Recent developments in work organisation in the EU-27 Member States and Norway, Eurofound (2012) p.9. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn1102013s/tn1102013s.pdf>.

Todas estas prácticas contribuyen al aumento del control de los trabajadores sobre las tareas que realizan y su poder de decisión sobre los métodos y el tiempo de trabajo.

Sin embargo, este mismo estudio revela que, de acuerdo con las encuestas europeas de condiciones de trabajo, estas técnicas no siempre suponen este mayor nivel de autonomía y control para todos los trabajadores afectados y que sólo entre cuatro y seis de cada diez trabajadores afirman que sus niveles de participación y poder de decisión se han incrementado, ya que las empresas han aumentado la autonomía de los trabajadores más cualificados pero a su vez han intensificado su control sobre los trabajos de inferior cualificación. Por otra parte, el uso de tecnologías de la información ha contribuido a la centralización en la toma de muchas decisiones que antes se adoptaban a nivel de cada centro de trabajo.

b) Mejorar la disposición sobre el tiempo de trabajo

La mejor disposición del trabajador sobre el tiempo de trabajo (cuándo comienza, acaba o interrumpe la jornada laboral) influye en la disminución de la fatiga y el estrés, en la disminución del estrés que le ocasionan los desplazamientos desde su residencia al lugar de trabajo (especialmente en un medio urbano) y en la mejor conciliación del trabajo con la vida social y familiar.

Sin embargo, en los modos de trabajo actuales no solamente interesa al trabajador una flexibilidad en la jornada, sino que con frecuencia es la empresa la más interesada en estos sistemas por razones de producción. Los continuos cambios en la demanda de productos (sistemas de *just in time*) y de servicios según cuál sea el interés real de los usuarios en cada momento (especialmente en sectores como el transporte, vigilancia, hostelería, sanidad, etc.) marca la conveniencia de establecer horarios de trabajo irregulares y con interrupciones. Hay que buscar, en cada caso, la mejor manera de satisfacer ambos intereses en la medida de lo posible.

Dentro de estas medidas estarían los sistemas de flexibilidad horaria en la entrada y salida al trabajo, de establecer interrupciones cuando la intensidad del trabajo así lo exija, los sistemas de bolsa de horas y créditos horarios, y la posibilidad de realizar cambios de jornada, horario y de turno de trabajo por la libre voluntad e iniciativa de los trabajadores.

Los convenios colectivos son la única forma de regular estos aspectos. Es de destacar, a este respecto, la regulación de los descansos dentro de la jornada en los convenios del sector de telemarketing y la flexibilidad de horario de entrada y salida en los convenios de algunas Administraciones Públicas y empresas de gran tamaño, así como el uso del crédito o bolsa de horas en algunos sectores en los que resulta difícil predeterminar la duración de la jornada diaria, como ocurre con frecuencia en la hostelería y el transporte.

c) Mejorar la disposición del trabajador sobre el lugar de trabajo

Respecto a la posibilidad de que el trabajador pueda elegir el lugar en el que presta sus servicios para la empresa, la medida fundamental es el teletrabajo o «trabajo a distancia» que por vez primera cuenta con una regulación legal en la nueva redacción del artículo 13 del ET.

También el apartado 4 del Capítulo II del Acuerdo para el empleo y la negociación colectiva 2012-2014 regula con mayor precisión el teletrabajo disponiendo la «necesidad del carácter voluntario y reversible del teletrabajo, tanto para el trabajador como para la empresa, la igualdad de derechos, legales y convencionales, de los teletrabajadores respecto a los trabajadores comparables que trabajan en las instalaciones de la empresa y la conveniencia de que se regulen aspectos como la privacidad, la confidencialidad, la prevención de riesgos, las instalaciones, la formación, etc.».

La posibilidad de aplicar tecnologías de la información al trabajo ha tenido el efecto positivo de hacer posible que la prestación de muchos servicios se pueda realizar desde cualquier lugar y no sea necesario el desplazamiento diario hasta un local de la empresa.

Sin embargo, como ya hemos apuntado antes, el uso de dichas tecnologías también puede mostrarse en muchas ocasiones problemático cuando se aumenta el tiempo de dependencia o puesta a disposición continuada y sin límites del trabajador respecto a las necesidades de la empresa privando a este de la garantía del disfrute de su descanso y vida social y familiar⁽¹¹⁾.

(11) También resulta de interés a este respecto la ponencia presentada al Congreso ORP en Bilbao (mayo de 2012) de TRUJILLO RAMIS, M.^a Esther: «El uso compulsivo del correo electrónico como riesgo laboral».

En cualquier caso, hay que tener en cuenta a este respecto que el control de la cantidad exacta del tiempo trabajado resulta bastante más factible cuando se utilizan estos medios tecnológicos que en otros trabajos.

2.3. Medidas para mejorar el apoyo a los trabajadores

Las medidas destinadas a reforzar el apoyo que pueden recibir los trabajadores ante situaciones de dificultad están directamente relacionadas con las técnicas de información, participación y consulta a los trabajadores en la toma de decisiones.

a) Las medidas para favorecer la comunicación e información

Se debe favorecer que los trabajadores estén suficientemente informados sobre todas las cuestiones que afecten a su trabajo y que esa información se propague por medios a los que todos tengan directo y fácil acceso.

Los tablones de anuncios son el uso más destacado en muchos centros, pero cada vez es más frecuente el uso de redes de intranet o de correos electrónicos. El uso de uno u otro medio depende de las circunstancias de cada lugar de trabajo y los medios de que dispongan los trabajadores.

Los problemas de comunicaciones son especialmente visibles en los centros con varios turnos o relevos. Debe asegurarse que la información fluye hacia los trabajadores que participan en todos los turnos de trabajo, especialmente en los nocturnos, y que exista un procedimiento de comunicaciones adecuado para que la información sobre incidencias circule de un turno a otro.

También hay que tener en cuenta que el uso de sistemas de comunicación electrónica puede conllevar problemas derivados de verter una excesiva cantidad de información que no siempre resulta útil o que no resulta posible asimilar por sus receptores.

b) Las medidas para favorecer la participación de los trabajadores

Las reuniones de trabajo son una herramienta importante para la participación de los trabajadores, para agilizar la toma de decisiones y la puesta en marcha de los planes de trabajo. Aunque también su uso abusivo o su excesiva duración pueden ser contraproducentes.

Otros sistemas de participación en la toma de decisiones pueden basarse en el uso de tecnologías de la información.

c) Medidas de apoyo ante sucesos de violencia externa o de terceros

Ante los sucesos de violencia externa es importante que el trabajador disponga de sistemas de aviso de incidencias mediante el establecimiento de alarmas, buzón de avisos, correos electrónicos, aviso por SMS, etc., para dejar constancia de problemas relacionados con la organización del trabajo y el trato con personas (clientes, terceros, etc.).

Algunos de estos medios son exigidos por la normativa específica sobre seguridad ciudadana (RD 2364/1994) para determinados establecimientos⁽¹²⁾.

Para que sean efectivos dichos sistemas, la formulación de una incidencia ha de ir acompañada de una atención rápida de las mismas por la dirección de la empresa.

Otras posibles medidas de apoyo son la contratación de servicios de vigilancia externa, evitar los trabajos solitarios, la formación de autoprotección y el auxilio jurídico de la empresa a los trabajadores afectados por la violencia de terceros.

2.4. Medidas para mejorar las relaciones sociales en el lugar de trabajo

Estas medidas son las destinadas a evitar conflictos y situaciones de violencia física y psicológica ilegítima o acoso entre los trabajadores de la empresa o el lugar de trabajo.

a) Los códigos éticos o de conducta

La elaboración de códigos éticos o de conducta sirve para que el empresario pueda plasmar por escrito sus intenciones de que se garantice el respeto y el trato justo entre todas las personas que componen esa orga-

(12) A este respecto es aconsejable consultar el Criterio Técnico 87/2011, de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, sobre actuaciones de la inspección ante el riesgo de atraco. Disponible en: http://www.meyss.es/its/web/Atencion_al_Ciudadano/Criterios_Tecnicos/Documentos/CT_87_2011.pdf.

nización y mostrar su implicación y compromiso con la erradicación de conductas abusivas o inapropiadas.

En la elaboración de estos códigos es aconsejable la participación de todo el personal, de forma que todos y todas asuman y comprendan qué se entiende por comportamientos inapropiados.

El contenido de estos códigos podría comprender:

— Una definición clara de las conductas inapropiadas que se quiere erradicar dando ejemplos prácticos de las diferentes formas que pueden adoptar.

— Información a los trabajadores y también, en su caso, a clientes, compradores, usuarios de servicios, público, estudiantes, familiares y pacientes, destacando que no se tolerarán el acoso y la violencia hacia los trabajadores y que se emprenderán acciones legales si llegara el caso.

El lugar apropiado para plasmar estos compromisos podría ser el plan de prevención o bien mediante acuerdo o convenio colectivo con los representantes de los trabajadores.

Para dar efectividad a estos códigos es conveniente la articulación de procedimientos de queja o denuncia que los hagan efectivos de la forma que describimos más adelante.

b) Medidas para evitar los conflictos de rol o competencia

Este tipo de acción va dirigida a evitar los conflictos de rol o función entre los trabajadores. Si la evaluación detectara conflictos de competencia, bien por concurrencia de las mismas funciones en distintos puestos de trabajo o por ausencia de determinación de los que deben asumir una función concreta, será preciso hacer una clara delimitación de competencias e informar de la misma a las personas afectadas mediante medios adecuados y que aseguren la certeza de la recepción y comprensión de la información recibida.

2.5. Medidas para mejorar la gestión de los cambios

Los cambios son en gran medida los principales causantes de estrés laboral. Hay que diferenciar a este respecto la gestión de los cambios or-

dinarios que se suceden en el lugar de trabajo de aquellos que tienen un carácter más radical, como puede ser la propia extinción de la relación laboral o su modificación sustancial, que han adoptado el nombre de «reestructuración» laboral.

a) La gestión de los cambios ordinarios

En los cambios en la organización del trabajo, especialmente los que son complejos por afectar a muchos trabajadores o a tareas muy diversas, se puede hacer uso de elementos de información y orientación para los trabajadores afectados a través de manuales, guías y otros recursos.

Con respecto a la acogida de nuevos trabajadores en el centro de trabajo, se pueden elaborar manuales y protocolos de acogida en la que se explique el funcionamiento de la empresa y las tareas encomendadas a cada trabajador.

Con respecto a la relación con trabajadores de otras empresas del centro de trabajo, se pueden establecer procedimientos que garanticen la comunicación de incidencias o la resolución de conflictos⁽¹³⁾.

b) Medidas para empresas en procesos de reestructuración: la anticipación del cambio

Con el término «reestructuración» se comprende todo cambio que afecta de modo radical a los trabajadores de una empresa o sector en la organización del trabajo. No se trata de un mero cambio accidental o sustancial de las condiciones de trabajo, sino de un cambio en la propia naturaleza de la relación contractual laboral o incluso de su misma ruptura y que se puede manifestar en forma de despidos colectivos por reducción de plantilla (*downseizing*), subcontratación (*outsourcing*), traslados de la producción o deslocalización (*offshoring*), fusión y absorción de empresas (*mergers*), modificaciones de las condiciones de trabajo (reducciones de jornada y

(13) Es interesante a este respecto consultar la *Guía Técnica sobre la integración de la prevención de riesgos laborales* (INSHT) en lo que respecta a todos estos procedimientos. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/GuiasTecnicas/Ficheros/gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_integraci%C3%B3n.pdf; y el libro de *Experiencias de intervención psicosocial* (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Noticias/Noticias_INSHT/2009/ficheros/Libro%20ExperienciasCD.pdf.

salario y cambios funcionales) y el recurso a la contratación temporal, entre otras medidas.

Casi todas estas medidas cuentan con una regulación específica en la legislación laboral: el despido colectivo y por causas objetivas (art. 51 y 52 del ET), las suspensiones y reducciones de jornada (art. 47 del ET), las modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo (art. 41 del ET), los descuelgues de convenio (art. 82.3 del ET), la subcontratación (art. 42 del ET), la sucesión de empresas (art. 44 del ET) y los contratos temporales y de duración determinada (art. 15 del ET).

Este fenómeno ha sido estudiado y analizado hasta la fecha sólo por sus efectos laborales y económicos, como son la pérdida de puestos de trabajo, el desempleo, las indemnizaciones a los trabajadores afectados, el aumento de las prestaciones sociales y la disminución de la renta y la riqueza. Éste es el enfoque que sigue predominando en el reciente *Libro Verde de la Comisión Europea sobre reestructuración y previsión del cambio ¿qué lecciones sacar de la experiencia reciente?*, aprobado el 17 de enero de 2012⁽¹⁴⁾.

A partir del proyecto europeo HIRES⁽¹⁵⁾, también se empezaron a analizar las repercusiones que los procesos de reestructuración tienen para la salud de los trabajadores y los efectos secundarios que estos trastornos de la salud tienen para la economía.

(14) Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0007:FIN:ES:PDF>.

(15) Este proyecto se ha llevado a cabo por la Universidad de Bremen y la asociación ASTREES. Sus trabajos se pueden consultar en inglés en: <http://www.ipg.uni-bremen.de/research/hires/index.php?cLang=en>; y en francés en: <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/rapHIRES.pdf>. En español puede consultarse artículo del autor en el *Anuario Internacional de Riesgos Psicosociales y Bienestar en el Trabajo de 2010*, disponible en: <http://extranet.ugt.org/saludlaboral/oprp/Documentos%20Noticias/Anuario2010.pdf>; el monográfico de la revista del laboratorio andaluz de riesgos psicosociales dedicada a este tema (<http://www.larp.es/ficheros/documentos/Reestructuraciones%20empresariales%20y%20riesgos%20psico.pdf>) y el *Estudio de la incidencia de las reestructuraciones de empresas en la salud de los trabajadores* (IN-SHT y Labour Asociados) disponible en: <http://www.oect.es/Observatorio/5%20Estudios%20tecnicos/Otros%20estudios%20tecnicos/Publicado/Ficheros/Estudio%20reestructuraciones.pdf>.

En este proyecto se considera que las reestructuraciones tienen efectos sobre la salud mental de tres colectivos presentes en estos procesos: los trabajadores despedidos, los trabajadores supervivientes a la crisis y los mandos intermedios. Se deben dar tres niveles de intervención:

- Un nivel social, en el que la iniciativa corresponde a las Administraciones Públicas y en especial a los servicios de colocación y empleo y de promoción industrial, para favorecer el proceso de reinserción laboral de las personas afectadas por las reestructuraciones, en especial en lo que se refiere a las PYME.
- Un nivel empresarial, en el que a la empresa le correspondería asumir la gestión de la prevención de los riesgos psicosociales que se derivan del proceso de cambio mediante el uso de análisis y evaluaciones y la aplicación de técnicas de recursos humanos para intentar resolver los problemas identificados.
- Y un nivel individual, en el que corresponde a los trabajadores afectados asumir las necesidades de formación y adaptación a los cambios que se producen en estos procesos, como ya veremos entre las técnicas de intervención secundarias.

En lo que se refiere al segundo nivel de acciones psicosociales en el seno de la empresa hay que empezar por matizar que no es conveniente que se utilice por primera vez la evaluación de riesgos psicosociales justo al inicio o durante el proceso de reestructuración, ya que en esto podría causar evidente distorsión y malentendido entre los afectados. La evaluación es de utilidad en aquellos supuestos en que ya se hubiera realizado con anterioridad al proceso, pero no en aquellos casos en que se haga a raíz o como consecuencia del mismo. En estos supuestos es preferible adoptar directamente las medidas de prevención que puedan proceder para paliar las consecuencias de cada situación antes que comenzar por el análisis que supone la evaluación de riesgos.

En cualquier caso, sí resulta aconsejable actuar preventivamente sobre los problemas que deben afrontar los trabajadores supervivientes a la reestructuración a través de la gestión de los riesgos psicosociales mediante la identificación y análisis de los factores de riesgo y el uso de las técnicas de recursos humanos que resuelvan los problemas de organización y ordenación del trabajo detectados por la empresa.

La finalidad sería que la acción de reestructuración no solamente fuese viable, sino también sostenible en el tiempo, asegurando la adaptación a los cambios y evitando las pérdidas de productividad derivadas de largos períodos de bajas por enfermedad de los trabajadores afectados o incluso la declaración de incapacidad permanente que con mucha frecuencia se produce durante estos procesos de ajuste. De la falta de adopción de medidas preventivas se desprenden efectos colaterales sobre los gastos de la sanidad pública y la seguridad social que sólo una acción preventiva podría evitar.

Sobre la anticipación del cambio ya ha habido acuerdos con los representantes de los trabajadores en algunas empresas multinacionales. En concreto, podemos mencionar los acuerdos establecidos en las empresas multinacionales como AXA⁽¹⁶⁾ y ARCELOR-MITTAL⁽¹⁷⁾. El contenido básico de estos acuerdos reside en el compromiso de la empresa de garantizar la información y consulta a los representantes de los trabajadores a todos los niveles, formar un observatorio permanente de carreras profesionales y elaborar periódicamente planes de formación para los empleados. Las acciones consisten básicamente en informar a los trabajadores afectados por los procesos de reestructuración sobre sus oportunidades de reciclaje interno y recolocación externa dando prioridad a las reubicaciones y movilidad interna sobre los despidos y a los acuerdos individuales y colectivos sobre las medidas traumáticas.

Es importante señalar a este respecto que en el reciente II Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva de 2012⁽¹⁸⁾ se establecen por primera vez unos principios sobre los procesos de reestructuración que, por su interés, a continuación reproducimos:

«Las situaciones de dificultad deben ser tratadas teniendo en cuenta, cuando sea posible, la anticipación y valoración de las consecuencias sociales.

-
- (16) «Leading insurer signs Europe-wide agreement in anticipating change» (European Employment Review) Disponible en: <http://www.xperthr.co.uk/article/111072/leading-insurer-signs-europe-wide-agreement-on-anticipating-change.aspx>.
- (17) Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/transnational_agreements/ArcelorMittal_Anticipation_EN.pdf. Una información más general sobre estos acuerdos puede encontrarse en la página web de la Comisión Europea: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=707&langId=en&intPagId=214>.
- (18) Disponible en el BOE de 6 de febrero de 2012 <http://www.boe.es/boe/dias/2012/02/06/pdfs/BOE-A-2012-1778.pdf>.

En este sentido, se deberían abordar, mediante procesos transparentes con la representación legal de los trabajadores, las causas que lo motivan; primando la flexibilidad interna sobre otro tipo de medidas que afecten al empleo.

En los procesos de reestructuración se debería tener en cuenta:

— La gestión de las reestructuraciones, ateniendo a las consecuencias sociales relativas a los condicionantes de las empresas, el régimen fiscal, la legislación nacional, los convenios colectivos y las necesidades y elección de los trabajadores, y abordando posibles alternativas, tales como la reclasificación interna o externa, la formación, la reconversión, el apoyo a la creación de empresas, las jubilaciones, los planes personales para los trabajadores o los acuerdos para diversificar las formas de empleo y un acompañamiento personalizado de los asalariados.

— La explicación y justificación de los cambios. Una adecuada información a tiempo, explicando y justificando los cambios a los trabajadores y sus representantes, favorece un clima de confianza para el proceso de discusión posterior.

— El desarrollo de la empleabilidad se debería tener en cuenta para anticiparse a los cambios y posibles reestructuraciones.

— La dimensión territorial, dadas las repercusiones que los cambios económicos y sociales, tienen sobre el conjunto de una región o territorio.

— La situación específica de las pequeñas y medianas empresas, tomando en consideración su especial situación en zonas o sectores en reestructuración.

La negociación colectiva, antes de afectar de manera irreversible a los contratos de trabajo, debería potenciar el uso de las medidas legales previstas para los ERE de suspensión y reducción temporal de la jornada, a fin de abordar las situaciones coyunturales y con ello el mantenimiento del empleo».

3. LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIAS SOBRE LOS INDIVIDUOS

Mientras que las medidas primarias se dirigen a la mejora de la organización del trabajo, las medidas secundarias se dirigen a los individuos potencialmente afectados por los riesgos psicosociales con el fin de que

reciban la formación y los medios adecuados para estar en mejores condiciones de afrontar por sí mismos dichos riesgos, o bien para que dispongan de vías o procedimientos para resolver sus problemas en el trabajo, especialmente ante los supuestos de conductas de acoso laboral en cualquiera de sus formas.

Vamos a examinar a continuación las medidas más importantes.

3.1. Acciones de formación y sensibilización de los trabajadores

La formación como estrategia de intervención psicosocial es una técnica dirigida a minimizar los factores de riesgo psicosocial mejorando las capacidades de reacción de los trabajadores para poder afrontarlos.

La efectividad de la formación será mayor cuanto más orientada esté al problema real y esté encuadrada dentro de un programa más amplio de intervención. La formación debe estar hecha a la medida de las necesidades reales de los trabajadores afectados por riesgos psicosociales⁽¹⁹⁾.

Vemos a continuación algunas formas de intervención mediante acciones formativas.

a) La selección y la formación de los mandos

La selección y la formación de los mandos es esencial para la gestión de los riesgos psicosociales, ya que a éstos corresponde el ejercicio directo de los poderes de dirección de la empresa y la resolución en primera instancia de problemas y conflictos que se suceden en las relaciones laborales.

Los mandos pueden ser una fuente potencial de factores de riesgo psicosocial si realizan un ejercicio incorrecto de su poder de dirección; pero al mismo tiempo pueden actuar como el principal amortiguador de estos riesgos si hacen un uso adecuado de dicho poder y saben la forma de resolver con eficacia y prontitud las situaciones de conflicto que se presenten.

(19) Resulta de interés a este respecto al ponencia presentada en el Congreso ORP (Bilbao, mayo de 2012) de MARTÍNEZ-LOSA, PEÑA y PERALTA «Intervención secundaria en prevención de riesgos psicosociales: perfil profesional de resistencia al estrés».

La conducta de los mandos resulta de especial trascendencia por cuanto que transmiten y hacen efectivas las órdenes e instrucciones de la alta dirección de la empresa y, al mismo tiempo, se encuentran sometidos en su labor a la doble presión de sus mandos superiores y los trabajadores a su servicio en el denominado «efecto sándwich».

En primer lugar, llevar a cabo una buena selección de los mandos resulta crucial⁽²⁰⁾. Hay que tener en cuenta que el ejercicio del poder de mando no es equivalente al buen desarrollo de las tareas profesionales y por esta razón la elección por la empresa de las personas que deben realizar esta función no debe hacerse por simples méritos profesionales ni por la antigüedad de los trabajadores, sino entre las personas que tienen mejores dotes para coordinar, liderar y dirigir con eficacia y objetividad las tareas de otros.

La segunda medida preventiva debe ser la formación que han de recibir todos los mandos, no solamente los superiores, sino también los situados en los puntos intermedios de la jerarquía organizativa⁽²¹⁾. Esta formación es la referida a las habilidades de trato, respeto y comunicación interpersonal con otros trabajadores para transmitir a éstos las decisiones de la empresa y conseguir los objetivos que ésta le ha encomendado.

Esta formación podría incluir el uso de técnicas de comunicación que aseguren el correcto entendimiento entre las personas, teniendo en cuenta las dificultades culturales o idiomáticas que podía haber en el uso de ciertos términos y expresiones. La dificultad de los trabajadores para entender y comunicarse con los mandos es uno de los factores de riesgo más habituales.

La finalidad de estas técnicas es lograr una resolución ágil de los conflictos que podrían plantearse y prevenir las consecuencias organizativas y personales a los que éstos pueden dar lugar. La formación de los mandos

(20) OBSERVATORIO VASCO SOBRE ACOSO MORAL. «Las actuaciones de las Administraciones Públicas de Trabajo y Seguridad Social frente al acoso moral o *mobbing*». Disponible en <http://www.acosomoral.org/pdf/Montreal/VI%20Conferencia%20sobre%20Mobbing%20-%20Motreal%20-%20Observatorio%20Vasco.pdf>.

(21) Es de interés consultar a este respecto «Le guide de prevention des risques psychosociaux, quelle formation pour le managers?» (ANACT) 2012, disponible en <http://www.anact.fr/portail/pls/portail/docs/1/10712378.PDF>.

se convierte de este modo en el elemento básico para conseguir la integración de la prevención de riesgos psicosociales en la gestión ordinaria de la empresa conforme a lo previsto en la legislación preventiva (art. 16.1 de la LPRL).

Un modo de formación frecuentemente empleado para el desarrollo de habilidades de relación social de los mandos en la empresa es el *coaching*. Esta técnica se apoya en que el formador acompaña a la persona formada durante la realización de su trabajo y aconseja a ésta sobre el mejor modo de desarrollar sus tareas⁽²²⁾.

b) La formación para el reciclaje profesional y la «empleabilidad»

En las estrategias de anticipación del cambio que actualmente se llevan a cabo por empresas multinacionales siempre se prevé la necesidad de formar a los trabajadores para aquellas profesiones que se prevé desarrollar en el futuro en el seno de la empresa.

La formación para el reciclaje profesional también tiene cabida como un factor importante para el desarrollo de la empleabilidad y adaptabilidad de los trabajadores en los procesos de reestructuración industrial⁽²³⁾, así como los procesos de certificación de competencias.

En concreto, se puede actuar preventivamente sobre las consecuencias para la salud que se derivan del despido si los trabajadores afectados reciben con suficiente carácter previo información y formación sobre sus posibilidades de recolocación y se les dota de instrumentos adecuados para mejorar su «empleabilidad» o capacidad de inserción profesional como la certificación de sus competencias.

Existen ya de hecho algunas experiencias con éxito en procesos de reconversión que se han llevado a cabo en empresas de grandes dimensiones

(22) Un estudio sobre la aplicación del *coaching* a los riesgos psicosociales puede hallarse en FOMENT DEL TREBALL. *Intervención social desde el coaching*. Disponible en: <http://www.foment.com/prevencion/documentos/libros/2010/Coaching.pdf>.

(23) Resulta interesante consultar a este respecto los artículos contenidos en el libro FOMENT DEL TREBALL (2007). *Perspectivas de intervención en riesgos psicosociales. Medidas preventivas*. Disponible en: <http://www.foment.com/prevencion/documentos/Psicosocial-Web.pdf>. Resulta de especial interés el artículo de José FRANCISCO MARTÍNEZ-LOSA en la pág. 40.

a través de las denominadas empresas de recolocación (*outplacement*) que han facilitado la transición de los trabajadores afectados por estos procesos hacia un nuevo trabajo.

El nuevo artículo 51.10 del ET aprobado en 2012 establece que «la empresa que lleve a cabo un despido colectivo que afecte a más de cincuenta trabajadores deberá ofrecer a los trabajadores afectados un plan de recolocación externa a través de empresas de recolocación autorizadas. Dicho plan, diseñado para un período mínimo de seis meses, deberá incluir medidas de formación y orientación profesional, atención personalizada al trabajador afectado y búsqueda activa de empleo. En todo caso, lo anterior no será de aplicación en las empresas que se hubieran sometido a un procedimiento concursal. El coste de la elaboración e implantación de dicho plan no recaerá en ningún caso sobre los trabajadores».

El problema, tal y como también señala el informe HIREs, es cómo actuar sobre todas las empresas afectadas y, en especial, sobre las PYME, ya que en este caso es preciso el apoyo de las Administraciones Públicas de empleo e industria, especialmente las autonómicas o locales.

c) Formación en autodefensa

Estas técnicas son de especial importancia para los trabajadores expuestos al riesgo de violencia física de terceros, tales como policías, vigilantes de seguridad, oficinas de atención al público y dependientes de establecimientos con riesgo de atraco (banca, gasolineras, joyerías, etc.).

d) Formación en costumbres saludables

Algunos colectivos de trabajadores precisan de formación en costumbres y modos de vida saludables para mantener su salud. Éste sería el caso de los trabajadores sometidos a turnos continuos y rotatorios de trabajo, trabajo nocturno, trabajos pesados, trabajos en los que es necesario el continuo desplazamiento geográfico o la alimentación fuera de los lugares y las horas habituales y los trabajadores de más edad o que padecen enfermedades crónicas.

En la mayor parte de los casos esta formación se refiere a hábitos y modos de vida que se desarrollan fuera de la empresa y en el ámbito privado del trabajador. Es por ello necesario que estas acciones se practiquen de

modo voluntario y dentro del marco de las políticas de promoción de la salud que abordamos en la tercera parte de esta publicación.

e) Otras maneras de formación

Otras técnicas de intervención mediante técnicas formativas son los programas de ayuda al empleado (EAP)⁽²⁴⁾, las técnicas para evitar la adicción al trabajo⁽²⁵⁾ y el denominado «tecnoestrés»⁽²⁶⁾.

3.2. Los procedimientos o protocolos ante situaciones de acoso laboral

La idea original de instaurar estos procedimientos partió del funcionamiento interno de algunas instituciones internacionales como la OMS y la OIT que crearon la figura del *ombudsmann* o «defensor del personal» para resolver sobre los conflictos de acoso que se plantearan por los empleados de dichas organizaciones.

El procedimiento de la OIT tuvo posteriormente recepción en empresas europeas y su uso se ha generalizado en algunos convenios colectivos de empresas y sector⁽²⁷⁾.

La Comisión Europea aprobó la Recomendación 92/131/CEE, de 27 de noviembre de 1991, relativa a la protección de la dignidad de la mujer y

(24) El INSHT ha publicado la NTP 780: *El programa de ayuda al empleado (EAP): intervención individual en la prevención de riesgos psicosociales*: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/751a785/780%20.pdf>. NTP 856: *Desarrollo de competencias y riesgos psicosociales (I)*: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/856w.pdf>. NTP 857: *Desarrollo de competencias y riesgos psicosociales (II). Ejemplo de aplicación en la docencia*: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/857%20w.pdf>.

(25) El INSHT ha publicado la NTP 759: *La adicción al trabajo*: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/752a783/759.pdf>.

(26) El INSHT ha publicado la NTP 730: *Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_730.pdf.

(27) En concreto, la Universidad del País Vasco fue la pionera al adoptar un procedimiento muy similar al de la OIT en el año 2004, pero posteriormente la fórmula se ha generalizado en muchos convenios colectivos de empresas de gran tamaño o incluso en algunos convenios sectoriales que agrupan a este tipo de empresas como el de grandes almacenes, además de las Administraciones Públicas como la Administración General del Estado y el Gobierno Vasco.

del hombre en el trabajo, que «invita a los Estados miembros a adoptar medidas para fomentar la conciencia de que la conducta de naturaleza sexual u otros comportamientos basados en el sexo que afecten a la dignidad de la persona son inaceptables», establece un código de conducta destinado a prevenir las conductas de acoso sexual en las empresas y la instauración de procedimientos de queja sobre estas conductas.

Por otra parte, el artículo 48 de la Ley Orgánica 3/2007, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, establece que «las empresas deberán promover condiciones de trabajo que eviten el acoso sexual y el acoso por razón de sexo y *arbitrar procedimientos específicos para su prevención y para dar cauce a las denuncias o reclamaciones que puedan formular quienes hayan sido objeto del mismo*». Y añade que «con esta finalidad se podrán establecer medidas que deberán negociarse con los representantes de los trabajadores, tales como la elaboración y difusión de códigos de buenas prácticas, la realización de campañas informativas o acciones de formación».

El establecimiento general de estos protocolos sobre todo tipo de conductas de acoso puede llevarse a cabo legítimamente a través de la negociación colectiva (art. 37 de la CE y Título III del ET), mediante la determinación unilateral del empresario en virtud del poder de dirección y organización que le corresponde (art. 20.3 del ET), o como una medida derivada de la evaluación de riesgos psicosociales (art. 16.2 de la LPRL).

La naturaleza de estos protocolos o procedimientos no es, en principio, sancionadora, sino preventiva. Si bien, tal y como ya veremos que matiza el citado acuerdo marco europeo, «si se comprueba que ha ocurrido acoso y violencia, se tomarán medidas apropiadas con relación a los autores. Esto puede significar acciones disciplinarias, incluso llegar al despido». Es decir, si en el procedimiento se llegasen a constatar hechos constitutivos de una falta disciplinaria, como podría ser el acoso moral en el trabajo, se podría iniciar con posterioridad el procedimiento disciplinario o sancionador frente a la persona inculpada con las debidas garantías previstas en la ley y en el convenio colectivo de aplicación.

Se debe resaltar a este respecto que el objetivo más común y habitual de estos procedimientos es la búsqueda de una solución a la situación planteada mediante la consecución de un acuerdo entre los trabajadores afect-

tados a través de una primera fase informal. Y que, con frecuencia, ante la falta de pruebas y evidencias de una conducta de acoso, la resolución final de estos procedimientos está más relacionada con la toma de decisiones de carácter preventivo destinadas a evitar que en el futuro vuelvan a acontecer situaciones que, de forma cierta y previsible, pongan en grave riesgo o peligro la vulneración de los derechos básicos de las personas afectadas a su dignidad o a la protección de su seguridad y salud en el trabajo.

Estas resoluciones se deben adoptar, de forma preferente, a través del acuerdo de las partes implicadas, o bien, en su defecto, de la forma y manera que unilateralmente decida la empresa en el ejercicio razonable de su poder de dirección y organización y previa consulta con los representantes del personal, de acuerdo con las directrices que establecen los apartados 4 y 5 del Acuerdo Marco Europeo sobre el Estrés Laboral de 2004, que también podrían servir de ayuda y directriz para la aplicación de la normativa vigente, como así acertadamente señala la STSJ de Madrid, de 5 de octubre de 2005.

Estos protocolos o procedimientos son en parte un traslado de las técnicas clásicas de la resolución de conflictos en el Derecho Laboral (conciliación, mediación y arbitraje) al ámbito interno de organización de las empresas. Pero también son procedimientos de carácter preventivo y, por este motivo, han de ser proactivos respecto a la búsqueda de las causas de los problemas y de sus posibles soluciones. Es decir, el instructor del procedimiento también debe indagar, por su propia iniciativa, sobre los factores o circunstancias que han generado la situación de conflicto con la finalidad de proponer acciones preventivas.

Señala el apartado 4 del acuerdo marco europeo que «un procedimiento es adecuado si tiene en cuenta, entre otros, los elementos siguientes:

— Va en interés de todas las partes proceder con la discreción necesaria para proteger la dignidad e intimidad de todos.

— No debe revelarse ninguna información a partes no involucradas.

— Las denuncias deben investigarse y tratarse sin demoras injustificadas.

— Todas las partes implicadas deben ser escuchadas con imparcialidad y recibir un tratamiento justo.

— Las denuncias deben ir sustentadas por información detallada.

— Las acusaciones falsas no deben tolerarse y pueden dar lugar a una acción disciplinaria.

— Una ayuda exterior puede resultar útil.

Si se establece que ha tenido lugar acoso o violencia, se tomarán medidas apropiadas contra sus autores. Estas medidas irán de la sanción disciplinaria al despido. Las víctimas recibirán apoyo y, si es preciso, ayuda para su reintegración. En consulta con los trabajadores o sus representantes, los empresarios establecerán, revisarán y controlarán estos procedimientos para velar por que sean efectivos tanto para evitar problemas como para tratarlos cuando surjan».

Los elementos fundamentales del procedimiento son:

a) La confidencialidad

Se debe entender, en principio, que como regla general cualquier denuncia que un trabajador interponga ante la empresa debe tener siempre un tratamiento de confidencialidad salvo que una norma legal o convencional previamente establecida y conocida por los interesados determinara lo contrario, de conformidad con la doctrina establecida por el Tribunal Supremo, en su sentencia de 26 de septiembre de 2007, que marca los límites de las intervenciones del empresario que puedan afectar al derecho a la intimidad de los trabajadores.

El objetivo y propósito de este particular régimen de confidencialidad para el contenido de las denuncias tiene por objeto proteger a la persona que la ha interpuesto de posibles represalias del denunciado y de favorecer las acciones del empresario para velar por el cumplimiento efectivo de sus obligaciones de protección y garantía de los derechos de los trabajadores a su servicio, que de otra manera podrían verse seriamente mermadas o impedidas.

También resultaría de aplicación al caso la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, que en su artículo 11 exige el consentimiento de la persona interesada para la cesión de sus datos a un tercero, salvo que por norma con rango formal de ley el cedente quedara exento de este deber, tal y como ocurre, por ejemplo, en las normas de los procedimientos judiciales.

La cesión de la denuncia a la persona denunciada supondría una clara vulneración del derecho a la intimidad del que ha presentado la misma, el cual ha actuado con plena confianza en el cumplimiento de las reglas de confidencialidad previamente establecidas en la empresa en su procedimiento.

b) La inmediatez

Otro principio básico y que justifica la existencia misma de estos procedimientos es la inmediatez en la acción de la empresa. Se pretende con ello ofrecer una ventaja a estos procedimientos sobre los legalmente previstos ante la Administración o los órganos jurisdiccionales.

Los conflictos de acoso sólo se pueden tratar adecuadamente si hay una intervención rápida, ya que los efectos que estas conductas pueden tener sobre las personas afectadas pueden agravarse con el mero paso del tiempo y la falta de resolución de sus problemas.

c) La imparcialidad

Otra de las características de estos procesos es que se debe garantizar la imparcialidad y objetividad del instructor.

Esta exigencia es más realizable en las empresas de gran tamaño y en las que el personal implicado no tenga responsabilidades directivas relevantes.

La mera existencia de estos procedimientos no excluye ni blinda la responsabilidad del empleador por omisión ante un supuesto de acoso.

Los procedimientos son un instrumento útil para que el empresario pueda canalizar estas situaciones y encuentre una respuesta apropiada a las denuncias internas de sus trabajadores, pero el mismo no le exime de responsabilidad en el supuesto de que el trabajador no llegue a utilizarlo y se conozca por otros medios la posible existencia de una conducta de acoso en la empresa.

d) La adopción de medidas preventivas

Tal y como hemos señalado antes, la principal diferencia entre estos procedimientos y los de carácter disciplinario, administrativo o judicial es su finalidad preventiva.

La persona que dirija el procedimiento debe orientar sus acciones de forma proactiva, y no sólo a instancia de una de las partes interesadas,

hacia la investigación de las causas de los problemas y a recomendar las medidas que impidan su futura reproducción.

De faltar esta nota, los procedimientos finalizarán en la mayor parte de las ocasiones en una mera constatación de la imposibilidad de identificar a un sujeto responsable de una falta disciplinaria, dejando la situación como estaba.

Es preciso, por ello, que en los procedimientos no solamente sea parte activa la dirección de la empresa, sino que además lo sean también los técnicos especializados en riesgos ergonómicos y psicosociales.

4. LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LAS PEQUEÑAS EMPRESAS

Por último, vamos a abordar otro aspecto esencial como es la aplicación de las evaluaciones de riesgos psicosociales y los resultados que de ellas derivan en las empresas pequeñas, entendiendo por tales aquellas que tienen hasta cincuenta trabajadores, siguiendo el criterio establecido por el artículo 2.4 del RSP y la consiguiente guía del INSHT sobre simplificación documental⁽²⁸⁾.

El primer aspecto de la simplificación es el procedimental. En las empresas pequeñas los procedimientos de la gestión preventiva deben ser más sencillos y, por lo general, deben ser generalistas y abarcar diversas materias y disciplinas. Es decir, mientras que en la gran empresa es con frecuencia aconsejable que la evaluación se realice de forma separada para cada tipo de riesgo o para incidir en determinados asuntos, ya que de otro modo la información obtenida podría ser inmanejable, en las empresas pequeñas es preferible unificar y concentrar lo más posible el proceso de evaluación en un solo acto. Esta simplicidad es la que se suele corresponder además con la menor magnitud de los riesgos.

En segundo lugar, si la evaluación psicosocial necesariamente ha de basarse en la observación de las condiciones de trabajo por el técnico evaluador y en la percepción subjetiva de los trabajadores, es preferible respecto a este último aspecto que el evaluador utilice más las técnicas

(28) Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/GuiasTecnicas/Ficheros/GuiaSimplificacionDocumental.pdf>.

cualitativas (de entrevistas individuales o grupos de discusión) sobre las cuantitativas basadas en el uso de cuestionarios. En estas empresas se suele dar la circunstancia de que el conocimiento de los problemas relacionados con el ambiente laboral es generalmente compartido por todo el personal puesto que la información sobre las condiciones de trabajo de cada individuo lógicamente fluye con mayor rapidez que en las empresas grandes. Las entrevistas estructuradas proporcionan más información y ayudan a determinar mejor los problemas y sus posibles causas que el simple uso de cuestionarios.

En segundo lugar, las unidades de análisis de la evaluación también pueden ser más simples. Pueden ser muy pocas o incluso quedar reducidas a una sola en las empresas de menor tamaño.

Es también esencial la participación directa del personal en el análisis de los problemas y las soluciones. El evaluador debe incluso hacer lo posible para que tanto la evaluación (la identificación de los riesgos) como las medidas preventivas se realice directamente por los trabajadores contando con su asesoramiento y apoyo para plasmarlo en la evaluación.

Hay, sin embargo, varios problemas que se plantean a la hora de definir las medidas preventivas en estas empresas. Es muy previsible que las mismas tengan menor poder de decisión. Por ejemplo, las posibilidades de traslado y cambio de puesto o de funciones del personal son lógicamente inferiores y este elemento puede hacer más difícil o imposible la salida ante algunas situaciones de riesgo psicosocial en las que es recomendable un cambio de las condiciones de trabajo.

Por otra parte, también hay un mayor número de decisiones cuya consecución sólo es posible con la participación y acuerdo con otras empresas, especialmente si la empresa se desenvuelve en el mismo centro de trabajo que éstas o mantiene con ellas relaciones contractuales de cualquier tipo. Los mecanismos de coordinación y cooperación previstos en el artículo 24.1 de la LPRL también podrían aplicarse a los riesgos psicosociales, especialmente en los casos de violencia, ya se trate de violencia externa, para la adopción de formas de protección del personal que trabaja en un mismo lugar de trabajo frente a la violencia ejercida por terceros, o de violencia entre el personal de distintas empresas que trabajan en un mismo lugar de trabajo ante situaciones de acoso sexual, moral o discriminatorio.

Pero a la vez que hay desventajas, también puede haber ventajas derivadas del menor tamaño de la empresa. La principal es que resulta más fácil la ejecución de las medidas y comprobar su eficacia y resultado final.

En todo caso, es importante que el desarrollo completo del proceso pueda hacerse en poco tiempo. No debe ser necesario, de forma general, que el evaluador emplee más de media o una jornada para finalizar su labor.

La documentación en la que se plasme el proceso debe ser simple y puede limitarse a describir las situaciones de posible riesgo que se han identificado y las medidas que, en su caso, es necesario adoptar indicando en este supuesto los plazos y la forma de llevarlas a cabo en la forma prevista por los artículos 8 y 9 del RSP. Si la medida a adoptar fuera poner en marcha procedimientos de cualquier clase, estos deberían figurar en el plan de prevención de la empresa, conforme al artículo 2 del RSP.

CAUSAS, CONSECUENCIAS Y ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN FRENTE AL *MOBBING*

Jordi ESCARTÍN SOLANELLES

*Departamento de Psicología Social
Universidad de Barcelona*

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. LAS CONSECUENCIAS DEL *MOBBING* PARA LAS ORGANIZACIONES Y TODOS SUS MIEMBROS
3. LOS FACTORES CAUSANTES O FACILITADORES DEL *MOBBING*
4. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN FRENTE AL *MOBBING*
 - 4.1. Por qué no funcionan la mayoría de intervenciones destinadas a eliminar o minimizar la incidencia de *mobbing*
 - 4.2. Tipos de intervenciones frente al *mobbing*
 - 4.3. La relevancia del género en las intervenciones sobre *mobbing*
5. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El *mobbing* ha sido definido como el «conjunto de comportamientos —de diferente tipo (emocionales, cognitivos, conductuales y contextuales) y severidad— realizados sobre una persona y/o su contexto laboral, que por su propia naturaleza, duración y repetición son dañinos para los miembros de la organización y, en la mayoría de los casos, también para la organización en sí misma» [ESCARTÍN, RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA y ZAPF (2012, pág. 42)]. Sistemáticamente se ha demostrado que el fenómeno del *mobbing* produce costes (económicos, sociales, psicológicos, morales, físicos, etc.) tan significativos en organizaciones de todo el mundo [AQUINO y THAU (2009)] que diferentes grupos de interés (por ejemplo, sindicatos, organizaciones y gobiernos, académicos y profesionales) han expresado reiteradamente la urgencia y necesidad de desarrollar intervenciones eficaces para su prevención y erradicación [VARTIA y LEKA (2011)].

En el presente capítulo, estructurado en tres apartados, se pretende:

- analizar las consecuencias negativas más relevantes del *mobbing*, con especial énfasis en los propios acosadores, aspecto este escaso en la mayoría de publicaciones previas sobre *mobbing*;
- facilitar las vías de intervención analizando los antecedentes principales del *mobbing*, con especial énfasis en los aspectos organizativos y en los más recientes estudios que han usado metodologías multinivel, y
- analizar con detalle diferentes experiencias profesionales sobre la prevención e intervención frente al *mobbing*, con especial énfasis en aquellos elementos que pueden marcar las diferencias a la hora de ser o no ser exitosos en nuestro objetivo primordial, la prevención y erradicación del *mobbing*.

2. LAS CONSECUENCIAS DEL *MOBBING* PARA LAS ORGANIZACIONES Y TODOS SUS MIEMBROS

Las consecuencias para la salud psicológica y física de las víctimas ha sido objeto de análisis en innumerables ocasiones, demostrándose el efecto negativo para las víctimas de *mobbing* (por ejemplo, estrés, depresión, insomnio, somatizaciones). La investigación ha mostrado que tales efectos nocivos son especialmente severos cuantas más conductas negativas se reciban, y cuanto más largo sea el período de tiempo al que se está sometido a las mismas [ZAPF, ESCARTÍN, EINARSEN, HOEL y VARTIA (2011)].

Del mismo modo, las organizaciones en donde el *mobbing* tiene lugar, bien por permitirlo, bien por fomentarlo, también se ven afectadas por numerosos efectos adversos, desde una mala imagen corporativa, a la retención del talento y el capital humano, hasta los gastos derivados de querellas legales, o altos índices de rotación, absentismo y accidentabilidad [HOEL, SHEEHAN, COOPER, y EINARSEN (2011)].

Como estas consecuencias han sido ya extensamente trabajadas en la literatura, nuestra intención es la de extender este conocimiento bien establecido y centrarnos en las consecuencias para los acosadores. La razón fundamental en nuestro foco de interés no es otro que el de aportar resultados de las investigaciones más recientes en este campo, ya que se sabe todavía muy poco acerca de las consecuencias que tiene el *mobbing* para aquellos que lo realizan, es decir, los acosadores. De hecho, los estudios existentes centrados en los acosadores han sido principalmente llevados a cabo con informaciones proporcionadas por las víctimas, sin analizar directamente a los trabajadores que realizan este tipo de actos [ZAPF y EINARSEN (2011)].

Anteriormente se creía que los individuos que realizan actos de *mobbing* no admitirían ser acosadores, especialmente si se les preguntaba abiertamente con una pregunta directa del tipo: ¿has realizado conductas de *mobbing*? y, por lo tanto, sería muy difícil recoger información directa mínimamente fiable [NIELSEN, NOTELAERS y EINARSEN (2011)]. Afortunadamente, una eclosión de estudios centrados en los acosadores desde los acosadores ha mostrado como sí es posible profundizar y prestarles atención, gracias al uso de cuestionarios auto-administrados y anónimos en los que no se

menciona explícitamente el *mobbing* o sus sinónimos, tales como acoso psicológico o laboral, etc. [ESCARTÍN, RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA, GÓMEZ-BENITO y ZAPF (2010)]. Desde el punto de vista profesional y aplicado, arrojar luz en esta dirección conlleva beneficios directos a nuestros esfuerzos por reducir la incidencia del *mobbing* y sus efectos nocivos.

En primer lugar, la concepción fundamental del *mobbing* es que es un proceso que debe entenderse y analizarse a lo largo del tiempo. De hecho, académicos y profesionales se refieren al *mobbing* como un conflicto no resuelto que va escalando negativamente. Tal aumento de los conflictos en los lugares de trabajo se ha asociado vastamente con consecuencias para las personas afectadas, normalmente las víctimas, por ser ellas las más analizadas. Sin embargo, estudios como el llevado a cabo por JENKINS, WINEFIELD y SARRIS (2011) con una muestra de 30 personas trabajadoras denunciadas legalmente por casos de *mobbing*, han mostrado que los acosadores suelen verse negativamente afectados también por el aumento de los conflictos en el trabajo, con problemas tales como ansiedad, estrés o depresión.

Otros estudios como el de LEITER, SPENCE-LASCHINGER, DAY, y GILIN-OORE (2011) empiezan también a arrojar resultados similares al mostrar que existe una relación positiva entre los acosadores y el *burnout* o síndrome de quemarse en el trabajo. Este fenómeno se define por tres características básicas, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal y, si bien ha sido relacionado con víctimas de *mobbing* en el pasado, hasta la fecha no se había estudiado en relación a los acosadores.

Extendiendo estos estudios, ESCARTÍN, DOLLARD y ZAPF (en revisión) han encontrado no solamente una relación significativa entre los acosadores y el *burnout*, sino también entre los acosadores y la rumiación, siendo ambos (*burnout* y rumiación) extremadamente costosos para las organizaciones. La rumiación puede ser entendida como el aumento del foco atencional en pensamientos relacionados con los problemas o conflictos sucedidos en el trabajo (MORENO-JIMÉNEZ, RODRÍGUEZ-MUÑOZ, VERGEL y CARVAJAL, 2008). Como en el caso del *burnout*, estos pensamientos reiterados y repetitivos habían estado asociados anteriormente con las víctimas de *mobbing*, pero se ha visto ahora que también se relacionan con los actores de tales actos negativos.

A su vez, CEJA, ESCARTÍN y RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA (2012) han mostrado una relación negativa entre las acciones de *mobbing* y la salud y el bienestar. Específicamente este estudio encontró al evaluar a actores de *mobbing*, una menor satisfacción laboral y un menor *engagement*, entendido este último como un estado mental positivo, de realización, relacionado con el trabajo que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción (SALANOVA y SCHAUFELI, 2009).

En resumen, en los últimos años la investigación y la praxis han aportado luz acerca de las consecuencias del *mobbing* de una manera novedosa, ampliando sus efectos no solamente sobre las víctimas o los testigos, sino también sobre los acosadores. Por lo tanto, la idea de que el *mobbing* no es bueno para nadie, engloba también a los acosadores, pues ellos mismos también se ven perjudicados en sus niveles de salud y bienestar psicológico. Así, un mensaje novedoso y poderoso que se deriva de esta serie de estudios pioneros es que «¡acosar a otros no es bueno para tu salud ni para tu bienestar!».

Tales hallazgos requieren ser considerados en la praxis profesional a la hora de intervenir en base a la prevención primaria (por ejemplo, con información y formación acerca de las consecuencias que el *mobbing* tiene para «todos»), en base a la prevención secundaria (por ejemplo, tomando consciencia de que tales actos negativos, al realizarlos, tienen un alto coste que merece ser atendido) y en base a la prevención terciaria (por ejemplo, procurando reducir consecuencias como el incremento del *burnout* o la rumiación, o la disminución de la satisfacción laboral o el *engagement*, todo lo cual está relacionado a su vez con la rotación, el absentismo, la accidentabilidad, etc.).

3. LOS FACTORES CAUSANTES O FACILITADORES DEL *MOBBING*

Siendo conscientes de las amplias y negativas consecuencias que el *mobbing* tiene para las organizaciones y sus miembros, una de las mayores necesidades para poder prevenirlas o eliminarlas se centra en conocer aquellos factores causantes o facilitadores del *mobbing*. Por ello nos vamos a centrar aquí en los antecedentes del *mobbing*, distinguiendo: a) entre los aspectos derivados del contexto organizativo; b) de las relaciones de poder y liderazgo, y c) de las relaciones grupales e interpersonales en el seno de

los departamentos, unidades, secciones u otras formas de estructura organizativa.

Desde que el fenómeno del *mobbing* ha sido objeto de estudio e intervención, los factores del ambiente laboral han sido considerados la principal causa de *mobbing* [LEYMANN (1996)], por encima de diferencias individuales y aspectos de la personalidad [BOWLING y BEEHR (2006)]. Así, la llamada «hipótesis del ambiente laboral» viene enmarcada en una aproximación socioecológica que enfatiza que las causas del *mobbing* residen fuera del individuo [MCLEROY, BIBEAU, SECKLER y GLANZ (1988)].

En primer lugar, de entre los antecedentes más relevantes del *mobbing*, el clima laboral ha sido uno de los que ha mostrado relaciones más significativas. Específicamente, climas positivos se han asociado sistemáticamente a bajas tasas de incidencia del *mobbing*, y viceversa, climas negativos se han relacionado altamente con la aparición del *mobbing*. Por ejemplo, SALIN (2008) en un estudio con directores de recursos humanos, encontró que un clima social negativo, de envidias y competición, era un factor de riesgo para la aparición del *mobbing*.

Uno de los climas laborales más relacionado con los aspectos psicosociales es el denominado clima de seguridad psicosocial, el cual ha sido definido por políticas, prácticas y procedimientos que son implementados y promovidos por la dirección y los líderes organizacionales para la protección de la salud y la seguridad psicológica de todos los trabajadores [DOLLARD y BAKKER (2010)]. Un ejemplo concreto de lo que se puede entender por este clima específico puede obtenerse de uno de los ítems con los que es medido y evaluado en las organizaciones: «la dirección muestra su apoyo a la prevención del estrés a través del compromiso y la implicación».

En un estudio empírico con más de cincuenta organizaciones públicas y privadas y más de 1.200 empleados, ESCARTÍN, DOLLARD y ZAPF (en revisión) mostraron que el clima de seguridad psicosocial predecía no solamente los procesos de victimización de los empleados, sino también las conductas de *mobbing* de los acosadores. En ambos casos, un clima favorable en el que los trabajadores percibían que su organización cuidaba de su salud psicosocial, estaba relacionado con bajos índices de *mobbing*, tanto desde la perspectiva de las víctimas como de los acosadores.

Por su parte, otro tipo de clima relevante relacionado con el fenómeno del *mobbing* es el clima de justicia interaccional dentro de una misma unidad o departamento [LI y CROPANZANO (2009)], el cual ha sido definido como la calidad percibida del trato interpersonal recibido por parte de los compañeros de trabajo. Éste puede ser fácilmente entendido mostrando también un ítem del cuestionario utilizado en las organizaciones para medirlo: «Mis compañeros de trabajo se apoyan unos a otros».

ESCARTÍN, MARTÍN-PEÑA, RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA y GÓMEZ-BENITO (en revisión) en setenta y seis departamentos pertenecientes a distintas organizaciones de diferentes sectores económicos, con un total de más de 1.800 empleados, mostraron que el clima de justicia interaccional predecía la aparición del *mobbing*. Es decir, que cuando el clima entre compañeros era positivo, existían menos conductas de *mobbing* entre ellos.

En segundo lugar, y ampliando nuestro marco de comprensión del *mobbing* más allá del clima organizacional, las relaciones de poder y liderazgo han demostrado tener también un papel fundamental a la hora de entender la aparición de conductas de *mobbing*. Tradicionalmente los estilos de liderazgo más relacionados con el *mobbing* han sido los negativos, tales como el estilo tiránico y autocrático, los cuales suelen relacionarse con elevados índices de incidencia del *mobbing*.

Por ejemplo, HOEL, GLAS, HETLAND, COOPER y EINARSEN (2010) estudiaron diferentes tipos de liderazgo en relación al *mobbing* y encontraron que el liderazgo autocrático o tiránico estaba relacionado con un mayor número de conductas de *mobbing*. Además, este estudio mostró que el liderazgo *laissez-faire* y el liderazgo por «castigos no contingentes» también correlacionaban con el *mobbing*. Respecto al liderazgo por «castigos no contingentes», puede definirse como aquel estilo de liderazgo impredecible en donde los castigos se aplican cuando el líder así lo considera, siendo independientes de las conductas de los subordinados.

MAWRITZ, MAYER, HOOBLER, WAYNE y MARINOVA (en prensa) estudiando a unos trescientos grupos de trabajo de diferentes organizaciones hallaron un efecto en cascada descendente en el que los mandos o directivos que acosaban laboralmente de los supervisores, «empujaban» con mayor probabilidad a éstos a acosar a sus subordinados. Es decir, que existía un efecto dominó, o de aprendizaje en el que la figura de más poder acosaba

a otra de menos poder, y esta última acosaba a su vez a otra con todavía menos poder.

Complementando a estos estudios sobre el «lado oscuro» del liderazgo, nuevas investigaciones interesadas en la relación entre los estilos de liderazgo positivos y el *mobbing* han aparecido. Así, diferentes tipos de liderazgo positivo como el liderazgo ético han sido relacionados con menores niveles de incidencia de conductas de *mobbing* [STOUTEN, BAILLIEN, VAN DEN BROECK, CAMPS, DE WITTE y EUWEMA (2011)].

Por ejemplo, AYOKO y CALLAN (2010) analizando a casi cien líderes organizacionales y a sus subordinados, encontraron que a mayores niveles de conductas de liderazgo transformacional, menores niveles de *mobbing*. Del mismo modo, en el anteriormente citado estudio de ESCARTÍN, MARTÍN-PEÑA, *et al.* (en revisión) también se halló en más de setenta grupos de trabajo organizacionales que el liderazgo transformacional predecía la aparición del *mobbing*. Es decir, que a mayores conductas de liderazgo transformacional por parte de los superiores, menos conductas de *mobbing* en el seno de esos grupos de trabajo.

En tercer y último lugar, nos centraremos en otro de los antecedentes más relevantes para la comprensión y, posteriormente, prevención e intervención del *mobbing*. Y es que autores como RAMSAY, TROTH y BRANCH (2011) han enfatizado la importancia de entender el fenómeno del *mobbing* como un proceso grupal, lo cual viene abalado por la denominación originaria del concepto «*mobbing*». Como es sabido, en etología se usa este término para referirse a un grupo de individuos que ejercen cierta violencia sobre otro individuo que representa una amenaza [LORENZ (1985)]. Así pues, pretendemos revisar aquí las influencias de los grupos y sus integrantes.

ESCARTÍN, ULLRICH, ZAPF, SCHLÜTER y VAN DICK (2012), basándose en la clásica teoría de la identidad social (TAJFEL y TURNER, 1979), han sugerido que el grado en que los miembros de un grupo comparten una identidad común («nosotros») protege a los grupos de trabajo de padecer *mobbing*. Con una muestra de veinte pequeñas y medianas empresas (PYME) hallaron resultados que confirmaron sus hipótesis, encontrando primero que las personas que se identificaban más con sus grupos de trabajo, padecían menos *mobbing*. Y en segundo lugar,

que aquellos grupos en los que la mayoría de sus integrantes se sentían identificados los unos con los otros, la incidencia del *mobbing* era también significativamente menor. Es decir, que la probabilidad de padecer *mobbing* era mejor descrita por el grupo al cual formaba parte un determinado empleado, y no tanto por su nivel individual de identificación con el resto de compañeros. Estos autores observaron que la combinación de ambos era la mejor protección frente al *mobbing*. Es decir, cuando «yo me identifico con mis compañeros de departamento y mis compañeros se identifican también con nuestro departamento, las probabilidades de que alguno de nosotros sufra conductas de *mobbing* es menor».

Por su parte, FERGUSON y BARRY (2011) mostraron que aquellos trabajadores que en un momento dado observaron conductas negativas en el trabajo perpetradas por otros colegas, al cabo de un tiempo se vieron influenciados por éstos y también empezaron a realizar este mismo tipo de conductas de acoso psicológico. Una posible razón a la que se llegó es que la observación puede fácilmente llevar a la aceptación o tolerancia de esos comportamientos nocivos, convirtiéndolos en algo «normal», pudiendo degenerar incluso en una cultura organizativa de *mobbing* entre los trabajadores.

Este tipo de interacciones sociales nocivas evidencian que la agresión es por naturaleza recíproca, y que, por lo tanto, para evitar su expansión y contagio en una espiral ascendente de conflictos, debe abordarse especialmente desde la prevención primaria. De otro modo, existen serios riesgos de contagio entre los empleados. Por ejemplo, si bien una de las razones de por qué un trabajador puede empezar a acosar es por miedo a perder sus recursos y sus posiciones privilegiadas y/o de poder [WHEELER, HALBESLEBEN y SHANINE (2010)], ello puede hacer que las personas receptoras de tales actos negativos empiecen a defenderse, e incluso en ocasiones, a acosar también [BAILLIEN, RODRÍGUEZ-MUÑOZ, VAN DEN BROECK, y DE WITTE (2011)].

En resumen, hemos podido analizar en este apartado acerca de los factores causantes y facilitadores del *mobbing*, que ambos, líderes y compañeros de trabajo, además del contexto y el clima organizacional, influyen (negativamente) el comportamiento de los individuos modelándolos [ASHFORTH, GIOIA, ROBINSON y TREVIÑO (2008)].

Además, hemos profundizado en estudios centrados en el nivel departamental y/o organizacional, los cuales nos ofrecen nuevas perspectivas más allá de los tradicionales estudios en donde el foco de análisis ha sido exclusivamente la percepción de los trabajadores de manera individualizada. Es por ello que desde una motivación intrínseca por la prevención y erradicación del *mobbing*, resulta imprescindible mejorar los factores protectores y los recursos disponibles (así como también reducir los factores de riesgo o de vulnerabilidad que facilitan o favorecen el *mobbing*) en las intervenciones dirigidas al nivel departamental y/o organizacional. Tales esfuerzos podrán resultar más efectivos vistos los resultados de la mayoría de intervenciones focalizadas en el nivel individual.

4. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN FRENTE AL *MOBBING*

En este tercer apartado del capítulo pretendemos analizar distintos elementos a considerar a la hora de realizar intervenciones para la prevención y/o minimización del *mobbing*. Para ello, una vez más, nos basaremos en casos reales y en publicaciones científicas existentes tanto nacionales como internacionales. Una de las principales razones de ello es que si bien en multitud de foros y espacios de difusión muchas intervenciones profesionales proclaman su éxito y eficacia, desafortunadamente, es igualmente cierto que en la mayoría de estos casos no se demuestra evidencia explícita de ello, ni se clarifica tampoco que debe entenderse por dicho «éxito».

Conscientes de la relevancia de una praxis ética, responsable y de calidad, en este apartado nos centraremos en ejemplos y experiencias concretas que sí han evaluado su eficacia. Sin embargo, y como preámbulo, vista la complejidad mostrada anteriormente acerca de los antecedentes y consecuentes del *mobbing*, no es de extrañar que la mayoría de intervenciones realizadas hasta el momento, y que serán aquí analizadas, hayan mostrado una efectividad reducida.

Primero nos centraremos en algunos de los aspectos más notorios a la hora de explicar por qué la mayoría de intervenciones para la prevención y erradicación del *mobbing* no han funcionado como se esperaba o como se pretendía y, por tanto, no produciendo los frutos deseados. En segundo lugar, abordaremos los diferentes tipos de intervenciones existentes

distinguiendo distintas clasificaciones útiles para la práctica profesional, mostrando diferentes investigaciones científicas interesadas en el desarrollo e implementación de medidas de intervención frente al *mobbing*. Finalmente, terminaremos analizando el impacto e influencia del género en los procesos de intervención para la prevención y/o erradicación del *mobbing*, bajo la evidencia teórico-empírica de que el *mobbing* no es un fenómeno neutro desde la perspectiva de género.

4.1. Por qué no funcionan la mayoría de intervenciones destinadas a eliminar o minimizar la incidencia de *mobbing*

Responder a esta pregunta no resulta de ningún modo sencillo, y muchos de los profesionales y/o investigadores que se cuestionan este aspecto tienen serias dificultades en hallar una respuesta única y convincente. Obviamente, el hecho de que esa pregunta sea formulada ya es de por sí un aspecto positivo, pues muchas intervenciones ni siquiera se plantean (por desconocimiento o interés, etc.) este aspecto. A continuación pasamos a comentar diversos elementos que pueden ayudar a entender el por qué del «no éxito» de una intervención sobre *mobbing*.

1. Kurt LEWIN (1890-1947), a menudo reconocido como el fundador de la psicología social y pionero de la psicología aplicada y la psicología organizacional, defendía que «no hay nada más práctico que una buena teoría», (*la cual debe llevarse a la práctica*). Esta máxima viene a colación de los hallazgos de SHADISH, CHACÓN-MOSCOYO y SÁNCHEZ-MECA (2005) quienes analizando intervenciones publicadas en Europa, mostraron que tan sólo un 16% de los estudios de intervención en áreas de la psicología, la educación, la medicina o la salud pública especificaron claramente su orientación teórica, y que más del 70% no ofrecieron ningún dato acerca del marco teórico en el que la intervención estaba insertada.

¿Por qué es importante tener una teoría, o ser al menos conscientes de que se tiene una teoría para realizar una intervención sobre *mobbing* de manera eficaz? Ésta es una pregunta obvia que merece cierta reflexión. Una teoría puede ser definida como una explicación o descripción de un fenómeno, como en este caso el *mobbing*. Dicha teoría suele contener hipótesis, conocimientos y leyes sustentadas en la evidencia empírica. En los apartados anteriores sobre antecedentes y consecuentes hemos profundizado en el porqué sucede el *mobbing* y qué resultados (negativos) conlleva

su existencia, pudiendo derivarse numerosas hipótesis y relaciones esperadas. El tener un marco teórico o teoría sobre *mobbing*, como el modelo de EINARSEN, HOEL, ZAPF y COOPER (2011, pág. 29), permite entender mejor los procesos individuales, grupales y organizacionales relacionados, pudiendo a partir de una evaluación inicial, descifrar el mejor modo de actuar o intervenir, aumentando las probabilidades de éxito en nuestra praxis profesional. Y es que la intervención que pudiera haber resultado eficaz en una organización dada en un momento del pasado puede que resulte totalmente ineficaz en una organización diferente en otro momento, por el hecho de que la situación sea distinta y los elementos en «juego» también hayan variado. El tener un marco teórico comprensivo y amplio permitirá integrar con mayor facilidad estas distintas casuísticas, pudiendo dar respuestas más adaptadas a cada situación y necesidad específicas.

Un ejemplo típico y muy didáctico de las escuelas de negocios podría resumirse con la siguiente parábola: una vez un gran astillero internacional había construido un barco muy moderno y espectacular. En un momento dado se estropeó y dejó de funcionar, por lo que los propietarios y responsables tuvieron que llamar a un experto para que les solucionara el problema. Cuando preguntaron por el presupuesto para arreglar el barco, el profesional les respondió que el coste total del arreglo sería de 100.001 euros. Aunque algo molestos por considerar dicha cifra elevada, finalmente aceptaron el presupuesto y cerraron el acuerdo. Entonces el profesional se acercó a las máquinas, las miró y en un lugar específico dio un martillazo que arregló inmediatamente el barco. Cuando los responsables del astillero vieron que el profesional había arreglado el barco con un solo martillazo, se quejaron de que tenían que pagar 100.001 euros. El profesional les contestó que el martillazo les había costado solamente un euro, y que los otros cien mil euros se debían al saber dónde martillar.

Esta parábola puede ser utilizada por analogía o semejanza en el tema del *mobbing* en cuestión. Respecto a las intervenciones para la prevención y minimización del *mobbing*, el tener un conocimiento riguroso y profundo del fenómeno y de sus colindantes proporciona la mayoría de las veces una información útil y necesaria que aumenta las probabilidades de «acertar» en las medidas tomadas, tal cual como el martillero en el ejemplo anterior. Del mismo modo pero al contrario, el tener un conocimiento previo superficial o muy débil puede hacer que si bien «hagamos algo», este «algo» no acabe de ser lo que solucione o mejore la situación de *mobbing*.

En definitiva, el tener un modelo teórico y ser conscientes de que lo estamos usando, es un elemento necesario e indispensable para maximizar nuestras oportunidades de éxito frente al *mobbing*. En el contexto organizativo, la colaboración entre profesionales y académicos puede resultar una combinación más poderosa que la utilización de alguno de estos dos colectivos por separado.

2. Otro elemento recurrente en la praxis profesional y en muchas de las intervenciones sobre *mobbing* es la falta de una evaluación inicial de la situación, denominada normalmente por los académicos e investigadores «línea base» o «tiempo 0». Recoger datos cualitativos y/o cuantitativos acerca de una situación o fenómeno en un momento dado antes de realizar cualquier intervención resulta no solamente adecuado, sino imprescindible para poder posteriormente comparar y evaluar el éxito de tal intervención. Por ejemplo, en nuestro caso, medir la incidencia del *mobbing* en la organización, los ratios oficiales de absentismo y rotación, y los niveles percibidos de satisfacción laboral y estrés de los empleados, etc., permitirá posactuación, saber si, por ejemplo, la incidencia de *mobbing*, el absentismo, la rotación y el estrés han disminuido; y si, por el contrario, la satisfacción laboral se ha incrementado.

Una forma de discernir entre estas dos modalidades es a través de su graficación. En la figura 1 se muestra una intervención sin línea base o tiempo 0. Y en la figura 2 se muestra una intervención con un tiempo 0 y un tiempo 1.

En la figura 1 podemos apreciar que la incidencia de *mobbing* en una organización es media (de forma numérica, diríamos un cinco del cero al diez, por ejemplo). Ahora bien, podremos responder a las preguntas, ¿fue la intervención exitosa? ¿Estamos mejor que antes de la intervención, estamos igual, o tal vez los niveles de *mobbing* han empeorado? Como puede deducirse, el hecho de no disponer de una línea base, no nos permite dar respuesta a estas cuestiones tan relevantes y necesarias para la correcta evaluación de nuestras intervenciones. Y es que, en la realidad, muchas de las intervenciones para la minimización y/o erradicación del *mobbing* se inician con una demanda en la que la organización pide ayuda externa frente al *mobbing*, para a continuación dar «un curso de formación», «un entrenamiento» o para generar «un protocolo *antimobbing*», por ejemplo, y nada más, dando por finalizada la inter-

vención. Estos y otros casos, si bien muy positivos y alentadores, son ejemplos directos y cotidianos de este tipo de intervenciones sin tiempo 0 o línea base en los que no se puede realmente conocer el alcance e impacto de nuestra intervención.

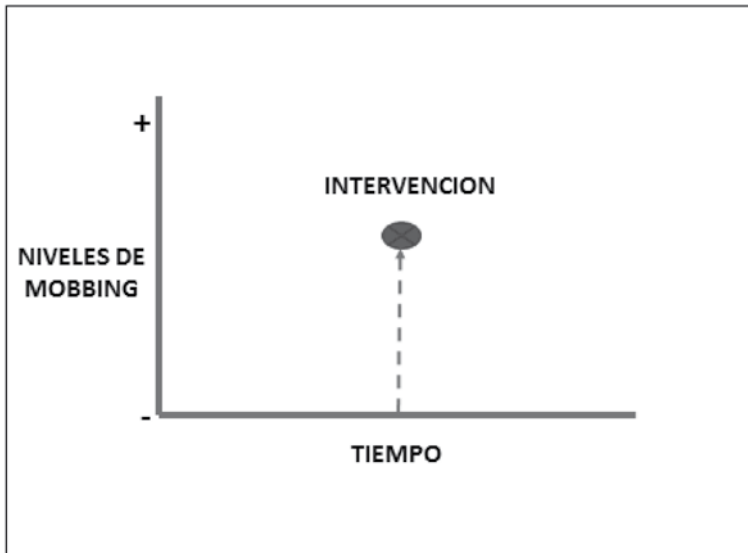


Figura 1. Ejemplo de intervención sin evaluación inicial.

Si observamos a continuación la figura 2, podemos ver que tenemos dos puntos a lo largo del tiempo en los que hemos recogido los mismos datos (por ejemplo, los niveles de *mobbing* antes y después de nuestra intervención). Ello permite comparar los mismos valores antes y después de nuestra intervención, lo cual nos proporcionará información acerca del impacto que nuestra intervención ha podido tener. Por ejemplo, en este caso, los niveles de *mobbing* han disminuido sensiblemente desde el T0 hasta el T1, aportando valor práctico a nuestra intervención.

Un ejemplo de este tipo de intervenciones lo encontramos en LEÓN-PÉREZ, ARENAS y GIGGS (2012), quienes en una gran empresa de manufactura procuraron, a través del entrenamiento durante tres sesiones de cuatro horas cada una, disminuir la incidencia del *mobbing* tomando registros en dos tiempos (tiempo 0 y tiempo 1).

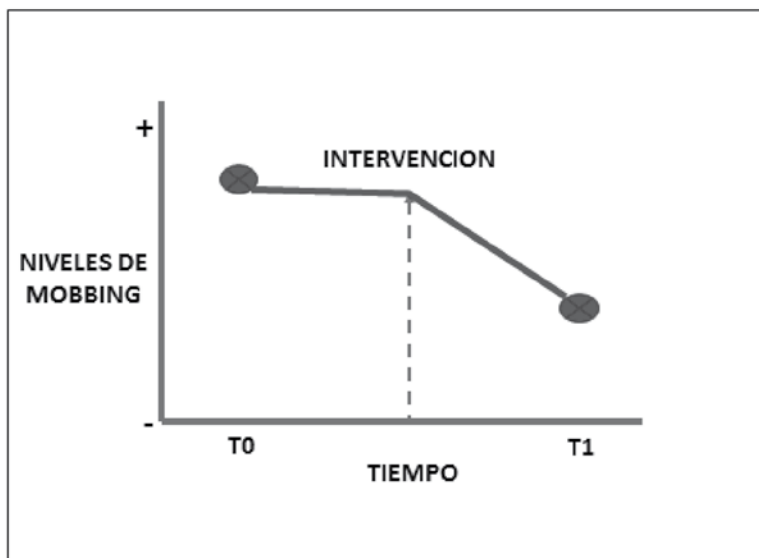


Figura 2. Ejemplo de intervención con evaluación inicial y tiempo 1.

Además, lo deseable no es solamente tener una línea base y un tiempo 1 después de la intervención, sino tener un tiempo 2 e, incluso, si es posible, más momentos de análisis. La sistematicidad en la evaluación del fenómeno que nos ocupa, el *mobbing*, a través del tiempo, nos aporta mayor información (por otro lado, necesaria) de cómo se está desarrollando en una organización particular, proporcionando criterios y guías para la intervención. Por ejemplo, como puede observarse en la figura 3, el *mobbing* a lo largo del tiempo ha ido disminuyendo, mostrando como la intervención ha tenido no solamente un impacto a corto plazo, sino también a medio plazo.

En resumen, el tener un «tiempo 0» o «línea base» así como varios momentos en los que recogemos datos (tiempo 1 y tiempo 2), es un elemento necesario e indispensable para tener información acerca de la idoneidad y éxito de nuestra intervención para la prevención y minimización del *mobbing*.

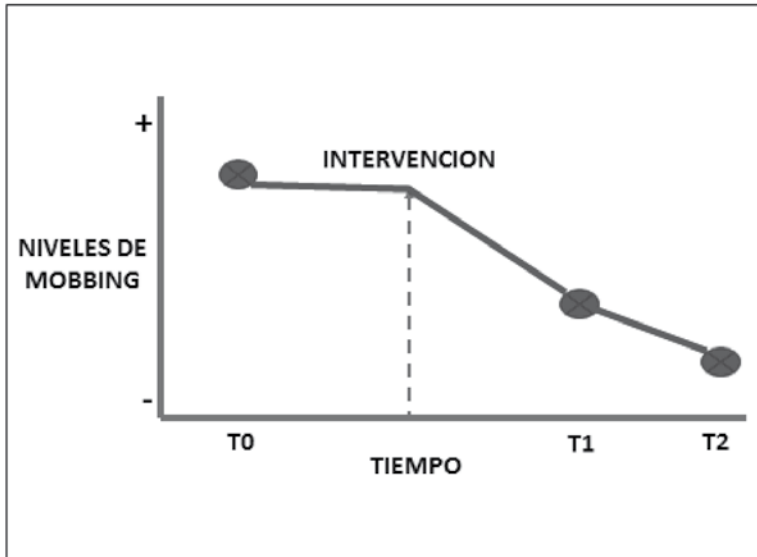


Figura 3. Ejemplo de intervención con evaluación inicial, tiempo 1 y tiempo 2.

3. Derivado del punto anterior, a la hora de poder evaluar el efecto de una intervención realizada, debemos tener muy presente «cuándo» vamos a recoger otra vez los datos. Es decir, si después del T0 o línea base realizamos nuestra intervención, por ejemplo, un curso de formación de dos semanas, ¿cuándo deberemos realizar la pasación o tiempo 1? ¿Inmediatamente después de terminar nuestra intervención? ¿A los tres meses? ¿A los seis meses? Ésta es una cuestión sumamente importante ya que hay aspectos que pueden modificarse o cambiar de manera muy repentina (por ejemplo, el conocimiento sobre las causas del *mobbing*) y que si son evaluadas justo después de nuestra intervención (por ejemplo, información y formación acerca de las causas del *mobbing*) podrán mostrar un cambio significativo. Sin embargo, hay otros aspectos, como el cambio de actitudes o el cambio de cultura organizativa, que si son medidas justo después de la intervención probablemente no ofrecerán resultado alguno. Así, períodos de tiempo más largos son, en este caso, deseables y requeridos. Obviamente, una vez más, el poder tener medidas repetidas y recoger los datos en diferentes momentos ayudará a recoger efectivamente los posibles cambios producidos de nuestra intervención (tiempo 1-tiempo 2-tiempo 3...).

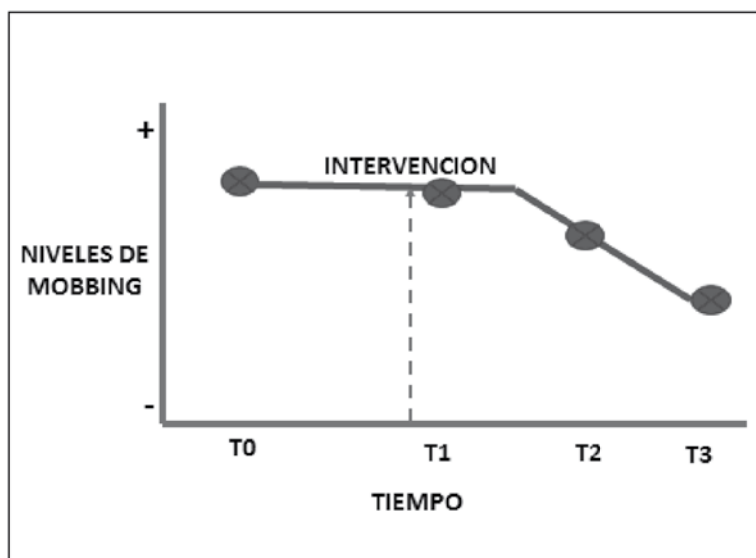


Figura 4. Ejemplo de intervención con evaluación inicial: tiempo 1, inmediatamente después de la intervención; tiempo 2, seis meses después de la intervención, y tiempo 3, un año después de la intervención.

A título de ejemplo, y como puede verse en la figura 4, el recoger datos acerca del impacto de nuestra intervención justo después de tal intervención nos indicará que no ha existido ningún cambio deseado, por lo que juzgaríamos nuestra intervención de ineficaz. Pero si volviéramos a recoger datos seis meses más tarde (tiempo 2), entonces sí que veríamos algún cambio, el cual sería mayor al cabo de un año (tiempo 3), por lo que juzgaríamos nuestra intervención como exitosa y beneficiosa para la organización y todos sus miembros.

4. Un cuarto elemento que dificulta la interpretación y valoración de nuestras intervenciones es que muchas de éstas no utilizan grupos control o de comparación (en diseños experimentales y cuasi experimentales, respectivamente), en donde no se realiza ningún tipo de intervención, por lo que resulta difícil atribuir cualquier tipo de mejora a la intervención [LEITER, *et al.* (2011)]. Podemos definir un grupo control o de comparación como un grupo de referencia neutral que permite comparar el efecto de los cambios producidos por nuestra intervención en el grupo de trabajadores en donde lo hemos implantado.

Por ejemplo, si nuestra intención es evaluar la eficacia de un entrenamiento a los supervisores y jefes en habilidades para el manejo del conflicto, po-

demos realizar dicha formación a los supervisores y jefes de una determinada sede, centro de salud u colegio. Además, tendremos también un conjunto de supervisores y jefes de otras sedes, o centros de salud o colegios, los cuales NO participarán en nuestro entrenamiento en habilidades para el manejo del conflicto. Así pues, después de la línea base o tiempo 0 y de nuestra intervención, podremos comparar en el tiempo 1 para los dos grupos, el cambio producido. Lo que se espera es que el grupo de supervisores y jefes intervenido mejore sus indicadores en el manejo de los conflictos en comparación al otro grupo de supervisores y jefes que no fueron expuestos a tal entrenamiento.

Como puede observarse en la figura 5, tanto en el tiempo 0 como en el tiempo 1, el grupo de supervisores y jefes que no recibieron entrenamiento en habilidades para el manejo del conflicto mostraron cierta estabilidad temporal, no viéndose modificados sus niveles (a este grupo lo llamamos «grupo de comparación»). En cambio, sí puede observarse claramente un cambio de tendencia en el grupo intervenido (a este grupo lo llamamos «cuasi experimental»), es decir, en aquellos supervisores y jefes que sí recibieron entrenamiento en habilidades para el manejo del conflicto. En definitiva, en el tiempo 1 dichas habilidades resultan superiores en comparación al tiempo 0.

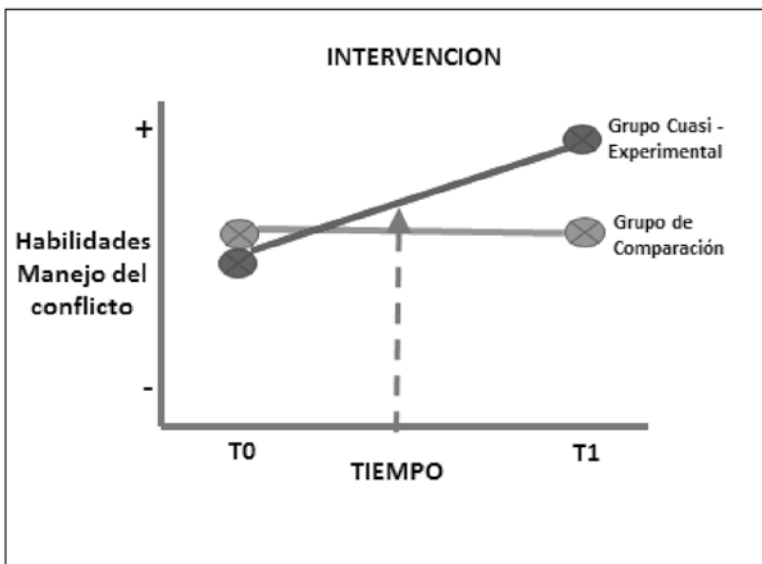


Figura 5. Ejemplo de intervención con evaluación inicial, y tiempo 1 para el grupo cuasi experimental versus grupo de comparación que NO ha recibido intervención alguna.

Una vez explicitados los beneficios derivados de la consideración e inclusión de un grupo control o de comparación en nuestras intervenciones, se nos presenta un dilema ético, pues ¿es lícito procurar mejorar los recursos o situaciones de un determinado colectivo pero no de otro? ¿Podría ser considerado injusto que unos empleados no pudieran beneficiarse de nuestra intervención? Dadas las implicaciones éticas de usar grupos control o de comparación *per se*, se han usado grupos control denominados en «lista de espera», es decir, grupos en los que inicialmente no se ha realizado intervención alguna, pero que una vez recogida la información deseada, por ejemplo en un tiempo 1 y tiempo 2, sí son también sometidos a la misma intervención que el grupo originalmente intervenido. La figura 6 trata de ilustrar este aspecto.

Como puede observarse, ello solventa, al menos parcialmente, las implicaciones éticas de «dejar fuera» de la intervención a un determinado colectivo de trabajadores. Pero, además, puede ser también una forma de utilizar los recursos económicos y temporales de una forma más racional, ya que al intervenir tan sólo en un grupo, si los resultados no son los esperados, la inversión siempre habrá sido menor que si se hubiera intervenido a todos los trabajadores. Del mismo modo, si la intervención ha sido eficaz, entonces la organización y la dirección tendrán evidencia empírica demostrable de la utilidad de la intervención y, por tanto, del acierto de la inversión de tiempo y recursos en la causa de minimizar y/o erradicar el *mobbing* de sus contextos laborales.

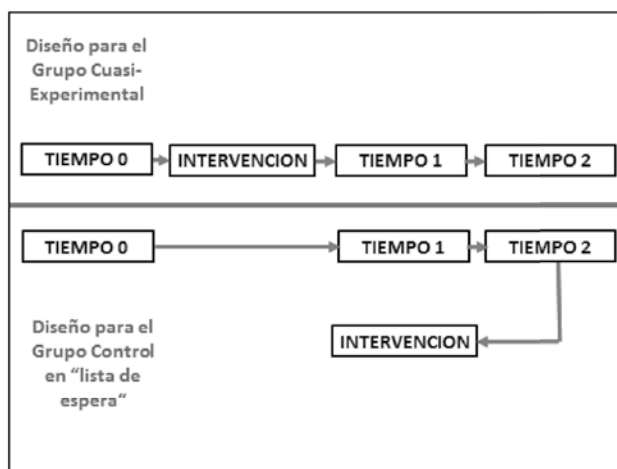


Figura 6. Ejemplos de diseños de intervención diferenciados para el grupo cuasi experimental y el grupo control en «lista de espera».

Por último, el hecho de tener un grupo de comparación no implica necesariamente que tengamos un solo grupo cuasi experimental, sino que podemos tener varios. Por ejemplo, podríamos realizar una intervención en 5 organizaciones del mismo sector, pongamos por caso cinco instituciones educativas: 1) la primera de ellas podría ser el grupo de comparación (o control en lista de espera); 2) en la segunda podríamos realizar una sesión informativa de media hora acerca del *mobbing* y sus graves consecuencias; 3) en la tercera, además de la sesión de la organización 2, podríamos también realizar un curso de tres horas para el manejo efectivo del estrés en el trabajo; 4) en la cuarta organización, además de realizar las mismas intervenciones que en las organizaciones 2 y 3, podríamos además realizar un curso intensivo de tres horas sobre conductas negativas en el trabajo, por último, 5) en la quinta organización podríamos realizar las intervenciones previas (de las organizaciones, 2, 3 y 4) en su conjunto por medio de un entrenamiento durante un día entero.

Como puede observarse en la figura 7, los resultados obtenidos para la organización 5 deberían ser mejores que para el resto de organizaciones, y así sucesivamente, viéndose el menor cambio en la organización 1, utilizada inicialmente como grupo control o cuasi experimental, en el que no esperaríamos ningún cambio.

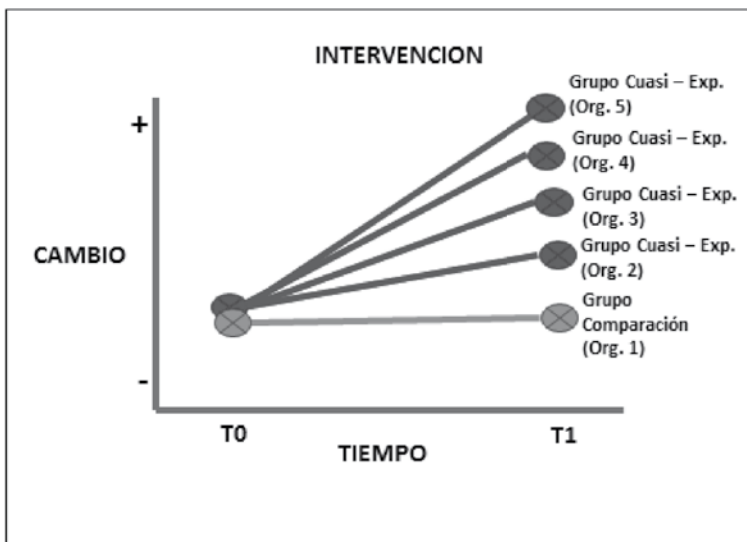


Figura 7. Ejemplos de diseños de intervención diferenciados para los cuatro grupos cuasi experimentales y el grupo control en «lista de espera».

Como puede observarse, la utilización de diferentes grupos en los que se aplican diferentes tipos de intervenciones puede resultar muy útil para ver qué tipo de estrategias o procedimientos funcionan mejor que otros. Un ejemplo práctico de ello lo encontramos en HOEL y GIGA (2006) quienes aplicaron este tipo de diseño para la minimización y/o erradicación del *mobbing*.

Por último, este tipo de comparaciones entre estrategias de intervención admite variables. Por ejemplo, podrían usarse en cada una de las cuatro organizaciones anteriores, cuatro estrategias distintas, sin la necesidad de «acumularlas de una a otra», como en el caso anterior. Ello conllevaría a preguntarse cuál de las 4 estrategias es la que genera un mayor beneficio, entendido éste como una disminución de las situaciones de *mobbing*. Por tanto, no tendríamos necesariamente la hipótesis de que una de las organizaciones presentara mejores resultados que otras (contrario a lo que hemos podido observar en la figura 7 donde esperamos que la organización 5 obtenga menores casos de *mobbing* en comparación al grupo de comparación —organización 1— y al resto de organizaciones estudiadas —organizaciones 2, 3 y 4—).

5. Un quinto elemento relacionado con el anterior es la distribución al azar de los grupos (grupo experimental y grupo control). Este hecho es muy relevante para poder dilucidar que los efectos observados se derivan ciertamente de la intervención realizada, y no por terceras causas. Sin embargo, en la realidad este hecho es bastante complicado de conseguir en los contextos organizacionales, en donde los grupos normalmente ya están creados y funcionando. Es por ello que se suele hablar de grupos cuasi experimentales y de grupos de comparación, como ya hemos venido haciendo en este apartado.

Para este tipo de diseños, cuasi experimentales, los participantes no son asignados aleatoriamente a las diferentes condiciones (intervención *versus* no intervención), sino que se suelen usar grupos formados naturalmente, por ejemplo, determinados departamentos o áreas de una misma organización, o diferentes sedes, o diferentes escuelas, hospitales, etc., en donde a unos se les interviene y a otros no. Si bien la ventaja más notoria de esos grupos es que ya están formados, y por ende son reales y cotidianos en sus interacciones, compartiendo una historia común, una de las mayores desventajas y peligros es que la variable dependiente, es decir, los resultados esperados

(por ejemplo, la mejora de las habilidades en el manejo de los conflictos; o la disminución de los casos de *mobbing*) puede confundirse con variables extrañas.

Frente a la posibilidad de escoger entre las dos alternativas (diseño experimental versus diseño cuasi experimental), la distribución al azar de los grupos presupone que las variables extrañas actuarán simultáneamente en ambos grupos (con intervención y sin intervención), por lo que los resultados observados en ambos grupos podrán atribuirse a la (no) intervención [WEISS (1990)]. En conclusión, el diseño experimental es deseable siempre que sea posible. En su defecto, el diseño cuasi experimental con un grupo de comparación resulta necesario y beneficioso para cualquier organización interesada y preocupada por la minimización y eliminación del *mobbing*.

6. Un criterio más que puede ayudar a entender el porqué del «no éxito» de una intervención sobre *mobbing* recae en la discrepancia entre el número de sujetos estudiados y el número de sujetos a quienes se realiza la intervención. Y es que muchas intervenciones evalúan a un elevado número de trabajadores (por ejemplo, a todos los individuos de una organización, de cien trabajadores) pero intervienen solamente en un reducido número de ellos (por ejemplo, a veinticinco trabajadores que voluntariamente han deseado involucrarse en la intervención). Este aspecto suele afectar a los resultados de dicha intervención, mostrando resultados más negativos de lo que realmente pueden ser.

Por ejemplo, si analizamos la incidencia de *mobbing* en una organización de cien trabajadores (tiempo 0), y luego realizamos un curso de formación para la disminución del mismo a tan sólo veinticinco trabajadores, ¿por qué esperar resultados muy distintos al volver a investigar la incidencia de *mobbing* en los cien trabajadores (tiempo 1)? Ciertamente es esperable que el aprendizaje recibido por los veinticinco participantes de la intervención pueda «impregnar» o influir en sus compañeros de trabajo de algún modo, pero ello no indica necesariamente que el efecto de tal interacción entre unos y otros sea tan fuerte que sea capaz de influir en la incidencia de *mobbing*, la capacidad de manejar efectivamente los conflictos, etc.

En una clase de matemáticas seguramente un profesor de escuela nos mostraría varios ejemplos jugando con el denominador y el numerador de una división. Véase la siguiente figura.

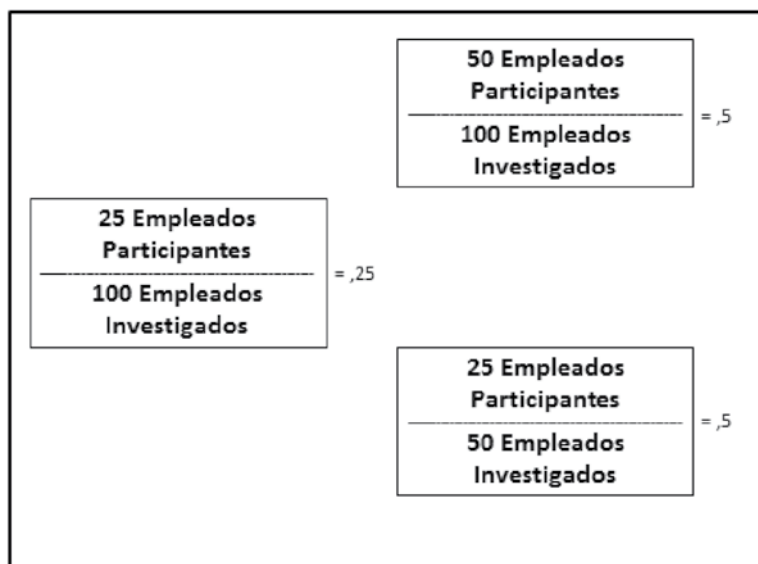


Figura 8. Influencia de la discrepancia entre el número total de empleados investigados y el número de empleados participantes o receptores de la intervención en los resultados obtenidos.

Como se aprecia en la división de la izquierda de la figura 8, el valor de «,25» es la mitad que en las dos divisiones de la derecha («,5») pues los ratios entre numerador y denominador son distintos. Del mismo modo, si la intervención realizada alcanza al 100% de los miembros de una organización es más probable que al medir el impacto o eficacia de nuestra intervención, los resultados recogidos sean un mejor reflejo de la misma. En conclusión, resulta necesario tener en cuenta esta discrepancia a la hora de realizar los análisis de una determinada intervención, pues fácilmente podría enmascarar la eficacia de dicha intervención y desalentarnos en su uso y aplicación. O a nivel organizativo, tales pobres resultados «aparentes» (que no necesariamente reales) podrían justa y lógicamente respaldar a la Dirección de una organización, a decidir no invertir más en este tipo de intervenciones destinadas a la minimización y eliminación del *mobbing*, con las pertinentes consecuencias negativas de tal decisión.

7. Nuestro último criterio a analizar, y que probablemente sea uno de los más relevantes, es la necesidad de comprometer e implicar a todos los miembros de la organización en la planificación y desarrollo de una

intervención para la prevención y minimización del *mobbing*. El concepto de «todos» aquí utilizado tiene todo su sentido más amplio e incluye a los trabajadores en general, a los mandos intermedios, a la gerencia, a los sindicatos, al departamento de recursos humanos, etc.

Esta matización si bien puede resultar redundante, es significativa y necesaria, pues en numerosas ocasiones en las que se han llevado a cabo intervenciones en el seno de las organizaciones para minimizar o erradicar aspectos tan delicados y perniciosos como el *mobbing*, los más involucrados y participativos han sido los trabajadores. Sin embargo, la dirección de la organización, o las personas de mayor poder e influencia para tomar decisiones o realizar cambios organizativos sensibles y significativos no han demostrado fehacientemente su compromiso e implicación en el desarrollo e implementación de las intervenciones.

Tal falta de compromiso en estos niveles jerárquicos es un antecedente de una intervención «no exitosa» y, por el contrario, su compromiso e implicación suelen ser un buen indicador o requisito para el éxito de tales intervenciones. Y es que tal implicación y compromiso puede ofrecer información muy valiosa a todos los miembros de una organización, por ejemplo, a través de una política de «tolerancia cero» en la que claramente se establezcan: a) las consecuencias negativas de aquellos actores de conductas de *mobbing*; b) unos criterios con rigor y seriedad para el abordaje de las quejas o denuncias por *mobbing*, bien provengan de la persona afectada o de terceras personas testigos de la situación, y c) unas ayudas dirigidas a las personas negativamente afectadas por dicha situación, etc.

Como ejemplo práctico, MELONI y AUSTIN (2011) realizaron una intervención de «tolerancia cero frente al *mobbing*» en un hospital en donde la dirección explicitó su compromiso efectuando diversas acciones, tales como: a) cartas dirigidas a todos los empleados y enviadas a sus domicilios particulares; b) política organizativa que todo nuevo contratado debe leer y firmar para poder empezar a trabajar en la organización; c) formación y entrenamiento, d) posters y mensajes en diferentes localizaciones del hospital, etc.

En resumen y como conclusión, este último elemento vinculado al compromiso e implicación de todos a la hora de diseñar e implementar una

intervención frente al *mobbing*, si es considerado e incluido correctamente, puede ayudar notablemente al éxito de nuestras intervenciones.

4.2. Tipos de intervenciones frente al *mobbing*

Diversas publicaciones recientes tanto del ámbito nacional [por ejemplo, ESCARTÍN, RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA, *et al.* (2012)] como internacional [por ejemplo, EINARSEN, *et al.* (2011)] se han centrado en la tarea de clasificar los distintos tipos de intervenciones existentes a la hora de abordar la minimización y erradicación del *mobbing*. Estos estudios han identificado que la mayoría de intervenciones sobre *mobbing* pueden, por un lado, dividirse en dos, orientadas a los individuos y orientadas a las distintas situaciones organizativas. Y, por el otro lado, dividirse en tres, intervenciones focalizadas en la prevención primaria, secundaria y/o terciaria.

Las intervenciones centradas en las organizaciones y sus distintas situaciones abarcan aspectos como el clima y la cultura organizativa, la organización del trabajo y la dirección o liderazgo, etc. Por su parte, las intervenciones centradas en los trabajadores se centran en la adquisición de conocimientos, el fomento de nuevas actitudes frente al trabajo, el afrontamiento de situaciones estresantes y conflictivas, etc. [KEASHLY y NEUMAN (2004)].

De modo complementario, las intervenciones centradas en la prevención primaria (la cual podría ser denominada la auténtica prevención pues es la que intenta evitar que el *mobbing* tenga lugar) adquieren su relevancia cuando el *mobbing* todavía no se ha originado. A su vez, las intervenciones centradas en la prevención secundaria toman el mando cuando el *mobbing* ya está teniendo lugar. Finalmente, las intervenciones centradas en la prevención terciaria se activan una vez la situación de *mobbing* ya ha sucedido.

Como estas diferentes tipologías ya han sido ampliamente abordadas en la citada bibliografía, no es objetivo de este apartado volver a reiterarlas, por lo que se invita a las personas interesadas a consultarlas. Sin embargo, es nuestro interés aquí abordar brevemente algunas intervenciones prácticas analizando sus acciones y resultados, procurando extraer aprendizajes y conclusiones para una mejor y más exitosa intervención profesional.

Como podrá apreciarse, la mayoría de las investigaciones-intervenciones se han centrado en la prevención terciaria a nivel individual. Y es que como

demonstró SALIN (2009) en su estudio con más de cuatrocientos ayuntamientos, las estrategias más usadas para hacer frente al *mobbing* fueron: 1) el hablar con las partes implicadas; 2) el entrenamiento, y 3) el asesoramiento individual (tanto a víctimas como a acosadores). Con un enfoque parecido pero centrado en el contexto clínico, SCHWICKERATH y ZAPF (2011) en sus intervenciones de terapia psicológica mostraron beneficios en la salud física y psicológica de más de cien víctimas de *mobbing* al cabo de un año (por ejemplo, más optimismo, menos depresión y menos somatizaciones, etc.).

SAAM (2010) realizó una investigación en la que entrevistó a dieciocho consultores organizacionales especializados en la intervención frente a situaciones de *mobbing*. Su objetivo era descubrir cuáles eran las estrategias de intervención más utilizadas, y qué resultados solían obtener. A raíz de tales entrevistas concluyó que las estrategias más utilizadas frente al *mobbing* eran la mediación (por ejemplo, resolución de conflictos, etc.), el *coaching* (por ejemplo, a superiores y directivos para saber manejar situaciones negativas de sus empleados, a víctimas, etc.) y el desarrollo organizativo (por ejemplo, cambio organizativo, etc.). Más específicamente, SAAM distinguió entre los consultores, aquellos que entendían el *mobbing* como un conflicto no resuelto entre las partes (normalmente dos: víctima y acosador, por ejemplo), y aquellos que entendían el *mobbing* como un fenómeno multinivel que implica e influencia a todos los niveles organizativos (por ejemplo, víctima y acosador, compañeros y grupo de trabajo, la organización como un todo, etc.).

Centrándonos en los resultados de este estudio acerca de las distintas intervenciones más utilizadas por consultores y profesionales especializados para hacer frente al *mobbing*, podemos llegar a dos conclusiones importantes de gran interés práctico:

1. La mediación no suele ser una estrategia de intervención apropiada en la gran mayoría de situaciones de *mobbing*, pudiendo incluso empeorar la situación haciendo que el conflicto escale hasta niveles más severos y dañinos [HUBERT (2003)]. Y es que la mediación para la resolución de conflictos puede ser beneficiosa y apropiada para prevenir la escalada de conflicto, es decir, en situaciones iniciales (prevención secundaria). Sin embargo, cuando el *mobbing* ya está en fases avanzadas (prevención terciaria), otro tipo de intervenciones resultan más apropiadas. De hecho, diversos estudios en los últimos años han observado similares resultados

en las distintas intervenciones organizacionales frente al *mobbing* [por ejemplo, AQUINO (2000)] desaconsejando mayoritariamente su uso. Ello obviamente no contradice el hecho de que la mediación sea una estrategia muy útil, positiva y frecuentemente utilizada, frente a conflictos de baja intensidad, en donde normalmente las partes enfrentadas ostentan un poder parecido y, por ende, no existe un serio desequilibrio de poder [VALLEJO y GESTOSO (2010)].

2. Las intervenciones sobre *mobbing* más exitosas son aquellas que entienden el *mobbing* como un fenómeno multinivel y que, por lo tanto, abordan el fenómeno (simultáneamente) a nivel individual, diádico, grupal y organizacional en función de la situación y el caso [VARTIA y LEKA (2011)]. Como ejemplo vinculado al punto anterior sobre la mediación, merece ser citado el trabajo de JENKINS (2011) quien concluyó de su práctica profesional, que la mediación no suele dar resultados positivos para hacer frente al *mobbing*, a no ser que esta estrategia vaya acompañada de otras genuinas intervenciones centradas en la organización y su desarrollo. Del mismo modo, FERRIS (2004) a raíz también de su propia experiencia profesional en casos de *mobbing*, concluyó que la mediación no es una estrategia exitosa, al menos por tres razones: a) las diferencias de poder entre la víctima y el acosador; b) la inexperiencia de las personas internas (o incluso a veces externas) de la organización que conducen la mediación (en este aspecto, FERRIS aconseja encarecidamente el adecuado entrenamiento de tales responsables para que puedan afrontar dicha tarea con garantías de éxito), y c) la falta de conocimiento profundo acerca de las diferencias básicas entre el *mobbing* y los conflictos interpersonales.

Por último, destacar el papel de las políticas organizativas *antimobbing* en la incidencia de este fenómeno tan negativo. COWAN (2011), realizando un trabajo con treinta y seis profesionales de los recursos humanos y con dieciocho políticas organizativas, destacó el gran número de políticas escritas existentes cada vez más en las organizaciones. Sin embargo, su estudio más pormenorizado ofreció algunos aspectos de alerta a considerar. Encontró que en la mayoría de situaciones, las organizaciones o los encargados de estas políticas anti-*mobbing* utilizaban la más que famosa estrategia del «copiar y pegar». En otras palabras, si bien existían numerosos documentos en las organizaciones, muchos de ellos eran re-escritos obtenidos de otras organizaciones, con escasa o nula adaptación rigurosa al contexto específico de cada organización. Ello, además de denotar el «real y sincero» com-

promiso e interés de la organización o sus responsables por tales políticas *antimobbing*, solía ser promovido por la necesidad de dar respuesta a un caso de *mobbing* ya existente, y no a intervenciones primarias destinadas a la prevención del fenómeno.

En nuestra actualidad, basta con ir a la página web del buscador Google y buscar los siguientes términos para hallar un sinnúmero de documentos relacionados (véase la tabla 1). Así podemos hallar por ejemplo protocolos muy parecidos provenientes de distintas organizaciones, en los cuales se intuye o aprecia que uno fue originalmente elaborado, y el resto son parcialmente copias del primero, o más común todavía, copias de distintos protocolos previos.

<i>Término</i>	<i>Resultados</i>	<i>Segundos de búsqueda</i>	<i>Fecha</i>
Políticas <i>antimobbing</i>	262.000	0,27	01/05/2012
Políticas antiacoso laboral	438.000	0,34	01/05/2012
Protocolos <i>antimobbing</i>	18.600	0,32	01/05/2012
Protocolos antiacoso laboral	119.000	0,35	01/05/2012

Tabla 1. Resultados de la búsqueda en Google de términos relacionados con políticas *antimobbing*.

Desafortunadamente, lo que este estudio destaca también es que la existencia de este tipo de políticas no es suficiente *per se* para una efectiva prevención del *mobbing*. Es más, los resultados de COWAN mostraron que muchos profesionales de recursos humanos, ni siquiera sabían si en su organización contaban con una política específica para la prevención del *mobbing*. Por lo tanto, tanto la falta de políticas *antimobbing*, como su existencia de un modo laxo y no genuino, mostraron relaciones más negativas con la aparición de situaciones de *mobbing*.

Obviamente, una recomendación final que puede derivarse directamente es la consideración reflexiva y comprometida por abordar en las organizaciones el fenómeno del *mobbing* desde una práctica preventiva a todos los niveles, en las que las políticas a desarrollar e implementar sean pensadas por y para la propia organización de manera única y particular. Ello no sólo redundará en beneficios para todos los miembros de la organización,

sino que dará sentido a la inversión de tiempo y recursos realizada, pues de otro modo suele ser cierto aquello de que «lo barato sale caro».

4.3. La relevancia del género en las intervenciones sobre *mobbing*

Este último subapartado del capítulo versa específicamente sobre las diferencias entre hombres y mujeres, ya no en la incidencia del fenómeno del *mobbing* [ZAPP, ESCARTÍN, *et al.* (2011)], sino en las sociales diferencias existentes y sus repercusiones para la práctica profesional. Y es que tradicionalmente el *mobbing* se ha mostrado como un fenómeno neutro desde la perspectiva de género, en parte por la complejidad añadida que genera a la hora de intervenir y generar políticas organizativas, etc. En este sentido, HUTCHINSON y EVELINE (2010) han mostrado que muchos actores políticos y defensores de los trabajadores suelen negarse a admitir el género como algo relevante a considerar.

Sin embargo, recientes investigaciones han defendido que el *mobbing* es un fenómeno organizacional que debe ser interpretado necesariamente desde una perspectiva de género [KEASHLY (2012)]. Esta perspectiva ha puesto de manifiesto que si bien una de las características definitorias del *mobbing* es el desequilibrio de poder, en la mayoría de investigaciones esta característica no ha sido considerada como interrelacionada con el género [LAMERTZ y AQUINO (2004)]. Y ello se ha visto que tiene efectos nocivos significativos, pues si bien las trabajadoras con menor poder organizativo y social suelen sentirse más acosadas a causa de las acciones de acoso, la situación y la falta de sensibilidad respecto al género pueden desafortunadamente llevar a la trivialización de sus experiencias de *mobbing*.

Ejemplos prácticos de ello los encontramos en ESCARTÍN, SALIN y RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA (2011), quienes en dos estudios realizados con una muestra total de quinientas cuarenta y seis personas trabajadoras han mostrado como las mujeres suelen etiquetar más diversas situaciones como de *mobbing* y como además perciben las conductas abusivas de un modo más ofensivo. Y también en SALIN (2009), quien estudiando a directores y directoras de recursos humanos encontró que los directores se abstendrían más a la hora de actuar contra el *mobbing*, lo cual parece indicar que estos directivos lo perciben como un problema menos severo que sus colegas directivas.

En este sentido, el rol social de género afecta no solamente a lo que puede considerarse como correcto o incorrecto, sino también al nivel de aceptación de una determinada conducta, pudiendo tener umbrales distintos en mujeres y hombres [*Teoría del rol social de género*, EAGLY (1987)].

La pregunta que se deriva de esta toma de conciencia acerca de la necesidad de considerar el género en el análisis e intervención frente al *mobbing* es «¿qué hacer al respecto en nuestras intervenciones?». «¿Hay algo que podamos hacer?». En primer lugar, en el seno de las organizaciones y para los estratos jerárquicos superiores y comités de quejas, este conocimiento subraya la necesidad de la formación en el fomento de la sensibilidad respecto al género en las organizaciones como forma de prevenir el *mobbing*. Esta toma de conciencia acerca de los distintos juicios realizados por hombres y mujeres podrá mejorar los posibles prejuicios y sesgos de representatividad [TVERSKY y KAHNEMAN (1974)], promoviendo un juicio más sistemático y racional que evitará la trivialización de las situaciones de *mobbing* vividas especialmente por las mujeres [MACINTOSH, O'DONNELL, WUEST, y MERRITT-GRAY (2011)]. Y, en segundo lugar, y de manera complementaria, el hecho de que la severidad de las diferentes conductas de *mobbing* sea distinta entre hombres y mujeres, resalta la necesidad de tener en los comités que analizan quejas en general, y quejas de *mobbing* en particular, una combinación de género lo más equilibrada posible, lo cual podría evitar tales trivializaciones y la influencia del pensamiento estereotipado [ELY y PADAVIC (2007)].

En definitiva, ver y comprender el *mobbing* desde una perspectiva de género tiene implicaciones para los directivos y responsables de las organizaciones, así como para cualquier intervención que se quiera llevar a cabo sobre *mobbing*. SALIN y HOEL (en prensa) han concluido que si el género no es considerado al atajar el problema del *mobbing*, entonces existe un riesgo real de que las experiencias de mujeres víctimas de *mobbing* sean trivializadas, especialmente cuando quienes se encarguen de juzgarlas y gestionarlas sean hombres (quienes normalmente ocupan posiciones de poder y autoridad en las organizaciones). Del mismo modo, llaman la atención de la dificultad de algunos hombres por denunciar situaciones de *mobbing*, debido en parte por las expectativas de rol de género masculino. Y es que ser víctima de *mobbing* puede ser asociado con un mayor estigma por parte de los hombres trabajadores, especialmente en culturas competitivas y con valores masculinos arraigados. Estos autores aconsejan

finalmente considerar las dinámicas propias del género de los implicados y de aquellos quienes van a analizar o valorar las situaciones de *mobbing*.

5. BIBLIOGRAFÍA

AQUINO, K. (2000). «Structural and Individual Determinants of Workplace Victimization: The Effects of Hierarchical Status and Conflict Management Style». *Journal of Management*, 26: 171-193.

AQUINO, K., y THAU, S. (2009). «Workplace Victimization: Agression from the Target's Perspective». *Annual Review of Psychology*, 60: 717-741.

ASHFORTH, B. E., GIOIA, D., ROBINSON, S., y TREVIÑO, L. (2008). «Re-Viewing Organizational Corruption». *Academy of Management Review*, 33(3): 670-684.

AYOKO, O. B., y CALLAN, V. J. (2010). «Teams' Reactions to Conflict and Teams' Task and Social Outcomes: The Moderating Role of Transformational and Emotional Leadership». *European Management Journal*, 28: 220-235.

BAILLIEN, E., RODRÍGUEZ-MUÑOZ, A., VAN DEN BROECK, A., y DE WITTE, H. (2011). «Do Demands and Resources Affect Target's and Perpetrators' Reports of Workplace Bullying? A Two-Wave Cross-Lagged Study». *Work & Stress*, 25(2): 128-146.

BOWLING, N. A., y BEEHR, T. A. (2006). «Workplace Harassment from the Victim's Perspective: A Theoretical Model and Meta-Analysis». *Journal of Applied Psychology*, 91: 998-1.012.

CEJA, L., ESCARTÍN, J., y RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA, Á. (2012). «Organizational Contexts that Foster Positive Behaviour and Well-Being: A Comparison between Family and Non-Family Business». *Revista de Psicología Social*, 27(1): 69-84.

COWAN, R. L. (2011). «Yes, We Have an Anti-Bullying Policy, but... HR Professionals' Understandings and Experiences with Workplace Bullying Policy». *Communication Studies*, 62(3): 307-327.

DOLLARD, M. F., y BAKKER, A. B. (2010). «Psychosocial Safety Climate as a Precursor to Conducive Work Environments, Psychological Health Problems, and Employee Engagement». *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83: 579-599.

EAGLY, A. H. (1987). *Sex Differences in Social Behavior: A Social-Role Interpretation*. Hillsdale: Erlbaum.

EINARSEN, S., HOEL, H., ZAPF, D., y COOPER, C. L. (eds.) (2011). «The Concept of Bullying and Harassment at Work: The European Tradition». En S. EINARSEN, H. HOEL, D. ZAPF, y C. L. COOPER. *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research and Practice*. Londres: Taylor & Francis. 3-40.

ELY, R., y PADAVIC, I. (2007). «A Feminist Analysis of Organizational Research on Sex Differences». *Academy of Management Review*, 32: 1.121-1.143.

ESCARTÍN, J., DOLLARD, M., y ZAPF, D. (submitted). «Workplace Bullying as a Mediator between Psychosocial Safety Climate and Health and Well-Being: A Multilevel Mediation Model».

ESCARTÍN, J., MARTÍN-PEÑA, J., RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA, A., y GÓMEZ-BENITO, J. (en revisión). «Transformational Leadership and Workplace Bullying: The Moderating Role of Interactional Intraunit Justice Climate».

ESCARTÍN, J., RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA, Á., GÓMEZ-BENITO, J., y ZAPF, D. (2010). «Development and Validation of the Workplace Bullying Scale EPA-T». *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3): 519-539.

ESCARTÍN, J., RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA y ZAPF, D. (2012). *Mobbing. Acoso psicológico en el trabajo*. Madrid: Síntesis.

ESCARTÍN, J., SALIN, D., y RODRÍGUEZ-CARBALLEIRA, Á. (2011). «Conceptualizations of Workplace Bullying: Gendered Rather than Gender Neutral?». *Journal of Personnel Psychology*, 10(4): 157-165.

ESCARTÍN, J., ULLRICH, J., ZAPF, D., SCHLÜTER, E., y VAN DICK, R. (2012). «Individual and Group Level Effects of Social Identification on Workplace Bullying». *European Journal of Work and Organizational Psychology*. En doi:10.1080/1359432X.2011.647407.

FERGUSON, M., y BARRY, B. (2011). «I Know What You Did: The Effects of Interpersonal Deviance on Bystanders». *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(1): 80-94.

FERRIS, P. (2004). «A Preliminary Typology of Organizational Response to Allegations of Workplace Bullying: See No Evil, Hear No Evil, Speak No Evil». *British Journal of Guidance and Councelling*, 32: 389-395.

HOEL, H., y GIGA, S. (2006). *Destructive Interpersonal Conflict in the Workplace: The Effectiveness of Management Interventions*. Manchester: UMIST.

HOEL, H., GLAS, L., HETLAND, J., COOPER, C. L., y EINARSEN, S. (2010). «Leadership Styles as Predictors of Self-Reported and Observed Workplace Bullying». *British Journal of Management*, 21: 453-468.

HOEL, H., SHEEHAN, M., COOPER, C. L., y EINARSEN, S. (2011). «Organizational Effects of Workplace Bullying». En S. EINARSEN, H. HOEL, D. ZAPF, y C. L. COOPER (eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research and Practice*. Londres: Taylor & Francis. 129-147.

HUBERT, A. B. (2003). «To Prevent and Overcome Undesirable Interaction: A Systematic Approach Model». En S. EINARSEN, H. HOEL, D. ZAPF, y C. L. COOPER (eds.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice*. Nueva York: Taylor & Francis. 299-311.

HUTCHINSON, J., y EVELINE, J. (2010). «Workplace Bullying Policy in the Australian Public Sector: Why Has Gender Been Ignored?». *Australian Journal of Public Administration*, 69(1): 47-60.

JENKINS, M. (2011). «Practice Note: Is Mediation Suitable for Complaints of Workplace Bullying?». *Conflict Resolution Quarterly*, 29: 25-38.

JENKINS, M., WINEFIELD, H., y SARRIS, A. (2011). «Consequences of Being Accused of Workplace Bullying: An Exploratory Study». *International Journal of Workplace Health Management*, 4(1): 33-47.

KEASHLY, L. (2012). «Workplace Bullying and Gender: It's Complicated». En S. FOX and T. LITUCHY (eds.), *Gender and the Dysfunctional Workplace*. Edward Elgar Publishing.

KEASHLY, L., y NEUMAN, J. H. (2004). «Bullying in the Workplace; its Impact and Management». *Employee Rights and Employment Policy Journal*, 8: 335-373.

LAMERTZ, K., y AQUINO, K. (2004). «Social Power, Social Status and Perceptual Similarity of Workplace Victimization: A Social Network Analysis of Stratification». *Human Relations*, 57(7): 795-822.

LEITER, M. P., SPENCE-LASCHINGER, H. K., DAY, A., y GILIN-OORE, D. (2011). «The Impact of Incivility Interventions on Employee Social Behavior, Distress, and Attitudes». *Journal of Applied Psychology*, 96(6): 1.258-1.274.

LEÓN-PÉREZ, J. M., ARENAS, A., y GIGGS, T. B. (2012). «Effectiveness of Conflict Management Training to Prevent Workplace Bullying». En N. TEHRANI (ed.), *Workplace bullying, symptoms and solutions*. EE UU & Canadá: Routledge. 230-244.

LEYMANN, H. (1996). «The content and development of *mobbing* at work». *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2): 165-184.

LI, A., y CROPANZANO, R. (2009). «Fairness at the Group Level: Justice Climate and Intraunit Justice Climate». *Journal of Management*, 35(3): 564-599.

LORENZ, K. (1985). *Sobre la agresión, el pretendido mal*. Madrid: Ediciones Siglo XXI.

MACINTOSH, J., O'DONNELL, S., WUEST, J., y MERRITT-GRAY, M. (2011). «How Workplace Bullying Changes How Women Promote their Health». *International Journal of Workplace Health Management*, 4(1): 48-86.

MAWRITZ, M. B., MAYER, D. M., HOUBLER, J. M., WAYNE, S. J., y MARINOVA, S. V. (2012). «A Trickle-Down Model of Abusive Supervision». *Personnel Psychology*, en prensa.

MCLEROY, K. R., BIBEAU, D., SECKLER, A., y GLANTZ, K. (1988). «An Ecological Perspective on Health Promotion Programs». *Health Education Quarterly*, 15: 351- 377.

MELONI, M., y AUSTIN, M. (2011). «Implementation and Outcomes of a Zero Tolerance of Bullying and Harassment Program». *Australian Health Review*, 35: 92-94.

MORENO-JIMÉNEZ, B., RODRÍGUEZ-MUÑOZ, A., VERGEL, A., y CARVAJAL, R. (2008). «The Effect of Workplace Bullying on Insomnia: the Role of Psychological Detachment and Rumination». *Psicothema*, 20(4): 760-765.

NIELSEN, M. B., NOTELAERS, G., y EINARSEN, S. (2011). «Measuring Exposure to Workplace Bullying». En S. EINARSEN, H. HOEL, D. ZAPF, C. L. COOPER (eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research and Practice*. Londres: Taylor & Francis. 149-174.

RAMSAY, S., TROTH, A., y BRANCH, S. (2011). «Workplace Bullying: A Group Processes Framework». *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(4): 799-816.

SAAM, N. J. (2010). «Interventions in Workplace Bullying: A Multilevel Approach». *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(1): 51-75.

SALANOVA, M., y SCHAUFELI, W. (2009). *El engagement de los empleados. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial.

SALIN, D. (2009). «Organisational Responses to Workplace Harassment: An Exploratory Study». *Personnel Review*, 38(1), 26-44.

SALIN, D. (2008). «The Prevention of Workplace Bullying as a Question of Human Resource Management: Measures Adopted and Underlying Organizational Factors». *Scandinavian Journal of Management*, 24: 221-231.

SALIN, D., y HOEL, H. (2011). «Organisational Causes of Workplace Bullying». En S. EINARSEN, H. HOEL, D. ZAPF, C. L. COOPER (eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research and Practice*. Londres y Nueva York: Taylor & Francis. 227-243.

SCHWICKERATH, J., y ZAPF, D. (2011). «Inpatient Treatment of Bullying Victims». En S. EINARSEN, H. HOEL, D. ZAPF y C. L. COOPER (eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Development in Theory, Research and Practice (2nd ed.)*. Londres y Nueva York: Taylor & Francis. 397-421.

SHADISH, W. R., CHACÓN-MOSCOSO, S., y SÁNCHEZ-MECA, J. (2005). «Evidence-Based Decision Making: Enhancing Systematic Reviews of Program Evaluation Results in Europe». *Evaluation*, 11: 95-109.

STOUTEN, J., BAILLIEN, E., VAN DEN BROECK, A., CAMPS, J., DE WITTE, H., y EUWEMA, M. (2011). Discouraging Bullying: The Role of Ethical Leadership and Its Effects on the Work Environment». *Journal of Business Ethics*, 95: 17-27.

TAJFEL, H., y TURNER, J. C. (1979). «An Integrative Theory of Intergroup Conflict». En W. G. AUSTIN y S. WORCHEL (eds.). *The Social Psychology of Intergroup Relations*. Monterrey: Brooks-Cole.

TVERSKY, A., y KAHNEMAN, D. (1974). «Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases». *Science*, 185: 1.124-1.131.

VALLEJO, R. D., y GESTOSO, C. G. (2010). *Mediación. Proceso, tácticas y técnicas*. Madrid: Pirámide.

VARTIA, M., y LEKA, S. (2011). «Interventions for the Prevention and Management of Bullying at Work». En S. EINARSEN, H. HOEL, y D. ZAPF (eds.). *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research and Practice*. Londres: Taylor & Francis. 359-380.

WEISS, C. H. (1990). *Investigación evaluativa: métodos para determinar la eficacia de los programas de acción*. México: Trillas.

WHEELER, A. R., HALBESLEBEN, J. R. B., y SHANINE, K. (2010). «Eating their Cake and Everyone Else's Cake, Too: Resources as the Main Ingredient to Workplace Bullying». *Business Horizons*, 53: 553-560.

ZAPF, D. y EINARSEN, S. (2011). «Individual Antecedents of Bullying: Victims and Perpetrators». En S. EINARSEN, H. HOEL, D. ZAPF, y C. L. COOPER (eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research and Practice*. Londres: Taylor & Francis. 177-200.

ZAPF, D., ESCARTÍN, J., EINARSEN, S., HOEL, H., y VARTIA, M. (2011). «Empirical Findings on Prevalence and Risk Groups of Bullying in the Workplace». En S. EINARSEN, H. HOEL, D. ZAPF, y C. L. COOPER (eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research and Practice*. Londres: Taylor & Francis. 75-105.

EL MÉTODO ICMA (INTERVENCIÓN-CONFLICTOS- MEJORA-AMBIENTE)

M.^a Eugenia RAMOS/Yolanda MUÑOZ/Eider ETXEANDIA

Sociedad de Prevención MUTUALIA

SUMARIO:

1. ANTECEDENTES
2. EL CONFLICTO EN LAS ORGANIZACIONES
3. EL METODO ICMA
4. ANÁLISIS DE LOS MÓDULOS DEL MÉTODO ICMA
 - 4.1. Modelo directivo
 - 4.2. Procedimientos
5. ESTRUCTURA
6. PERSONAS
7. SITUACIONES DE CONFLICTO O DE TENSIÓN
8. ALGUNAS OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO ICMA
9. BIBLIOGRAFÍA

1. ANTECEDENTES

Las siglas ICMA responden a las palabras: intervención-conflictos-mejora-ambiente, que constituyen las palabras clave del procedimiento.

El programa surge de las reflexiones obtenidas en un estudio, que tuvo como objetivo analizar la eficacia y aplicabilidad de los protocolos para la atención de los casos de acoso laboral y sexual en el trabajo, redactados en las organizaciones.

La sociedad de prevención de MUTUALIA venía trabajando en el diagnóstico de situaciones conflictuales de graves consecuencias que ocurrían en el interno de las organizaciones. Pudo observar como en aquellas organizaciones que contaban con protocolo para casos de acoso laboral o sexual su implementación había supuesto una escalada de conflicto alarmante, que complejizaba (de modo innecesario) la situación de partida.

De la comprobación de esta realidad, surgió la necesidad del estudio citado sobre la eficacia y aplicabilidad de los protocolos para la atención a los casos de acoso laboral y sexual.

Para su realización se tomaron como referencia los protocolos existentes en veinte organizaciones tanto públicas como privadas elegidas al azar, y se procedió a un análisis documental, estableciendo comparativas y examinando en profundidad su contenido. Esta información se combinó con análisis más cualitativos, que consistían en entrevistas a las personas responsables en las organizaciones citadas, para conocer el alcance real de su aplicación. Esta segunda parte fue imposible de acometer porque únicamente dos organizaciones habían puesto en marcha el protocolo y había sido de manera excepcional.

El programa de completó con la constitución de lo que se ha venido a denominar COMISIÓN DE PERSONAS EXPERTAS, compuestas por representantes de entidades públicas de reconocido prestigio en la materia que se completaría con la incorporación de personas del ámbito organizacional privado.

Los resultados del estudio no pudieron ser más reveladores, llegándose, entre muchas otras, a las siguientes conclusiones:

- Los protocolos diseñados no se utilizaban, incluso existiendo situaciones de conflicto en el interno de la organización.
- La motivación para su redacción era en un número elevado de casos una obligatoriedad normativa, no una convicción sobre su necesidad.
- Su elaboración se realizaba bajo la premisa de que sería un protocolo de escasa o nula aplicación en la organización.
- El objetivo real era detectar posibles situaciones de delito y sancionarlas antes de que se acudiese a los tribunales.
- No atendían ni intervenían en el conflicto surgido para intentar resolverlo, focalizaban en la situación únicamente para decidir si era o no constitutiva de delito. En caso de que no lo fuere, no incorporaban métodos de gestión de la tensión creada.

La reflexión subsiguiente a estas conclusiones fue que los conflictos en las organizaciones estaban huérfanos de metodologías de intervención. Los protocolos sobre acoso laboral y sexual pretendían atender a situaciones excepcionales, no habiendo instrumentos que atendiesen a los conflictos habituales que acaecen en las empresas y que dificultaban su quehacer diario.

Ésta fue la razón por la que se consideró necesario desarrollar una metodología que permitiera diagnosticar y atender las situaciones de conflicto habituales dentro de las organizaciones, y de ahí surge el método ICMA.

2. EL CONFLICTO EN LAS ORGANIZACIONES

La existencia de conflictos en las organizaciones es algo innegable, como lo es también que su existencia afecta —normalmente de forma negativa—, a su actividad diaria y supone un coste elevado para ellas.

Por tanto resulta paradójico que siendo necesarios, no se haga uso habitualmente de sistemas o herramientas de gestión eficaz de estos conflictos.

La bibliografía sobre organizaciones (ya sean del ámbito psicológico, sociológico o de gestión), mencionan la existencia del conflicto y de sus consecuencias negativas, pero no se arriesgan a establecer fórmulas para su manejo.

Así por ejemplo para BARNARD (1938), que apenas se refirió a ello, el conflicto fue posiblemente la secuela del triste fracaso del liderazgo. Para Max WEBER que lo describe con inquietud, parece ser el resultado de defectos humanos tales como la cobardía, la estupidez y la codicia. Para los teóricos clásicos de la dirección es la consecuencia de la falta de control, de ejecución y de planificación adecuados.

Para los teóricos de las relaciones humanas, se trata principalmente de un problema interpersonal, aunque algunos se adentran débilmente en el conflicto intergrupal.

En definitiva, para todos ellos el conflicto es una situación habitual de la vida organizacional, situación que únicamente mencionan como existente y negativo, pero sin profundizar en su contenido. Por lo tanto, no es un elemento que incorporen a sus modelos de análisis y entendimiento de las organizaciones, salvo como evidencia del fracaso en la utilización del modelo que plantean.

Únicamente la disciplina de resolución de conflictos ha aportado recientemente metodologías innovadoras y manejables que permiten entender y gestionar los conflictos de forma eficaz. Pero de momento sigue siendo la asignatura pendiente de todo tipo de organizaciones.

3. EL METODO ICMA

Partiendo de la convicción sobre la necesidad de desarrollar un instrumento que permitiese diagnosticar la situación de conflicto existente, surge tal y como se ha mencionado el método ICMA.

Dicho método tiene como objetivo general elaborar un instrumento completo que sirva tanto para evaluar la predisposición de la organización ante los conflictos, como para realizar un diagnóstico sobre los mismos

una vez surgidos, para posteriormente desarrollar actuaciones que permitan atenderlos.

Consta por lo tanto de dos métodos de análisis complementarios, por un lado, **el modelo de evaluación de la empresa ante situaciones de conflicto**, es un modelo preventivo, pensado para realizar un análisis previo de elementos que pudiesen ser susceptibles de generar situaciones de tensión; y **el modelo de diagnóstico**, que permite focalizar en cada una de las situaciones de conflicto detectadas.

Ambos instrumentos están diseñados para que deban ser cumplimentados por los tres niveles jerárquicos básicos existentes en la organización, a saber: la gerencia o responsables superiores de la organización (dependiendo de la estructura orgánica existente), mandos intermedios y las personas trabajadoras.

Los dos modelos están basados en una conceptualización semejante tanto de la organización como de las teorías de conflictos.

Con respecto a este último aspecto citado (teoría de conflictos) está fundamentada en el enfoque psicosocial de Morton DEUTSCH (1980) y el modelo general del conflicto de THOMAS (1980) y en el diagnóstico del conflicto de John Paul LEDERACH (1992). Ahondando mínimamente en los planteamientos de cada uno de ellos encontramos que algunos de los puntos fundamentales que definen la perspectiva de Morton DEUTSCH son que:

- El conflicto está compuesto por la interacción social que se produce entre los y las participantes en términos de las percepciones y cogniciones que tiene del otro (u otra).
- Cada participante está influido por sus propias expectativas de las actuaciones de la otra parte, sean aceptadas o no.
- La interacción social tiene lugar en un ambiente social con sus técnicas, símbolos, normas y valores.
- Cada participante es una unidad compleja pero puede actuar de un modo unificado con otros y otras participantes.

Thomas acompaña a estos principios la concepción del conflicto como un proceso que comienza cuando una de las partes toma conciencia del

antagonismo, del tipo que fuere, y ensalza la importancia de los pensamientos y las emociones en la conformación del mismo.

Por último John Paul LEDERACH establece un sistema de diagnóstico basado en 3 elementos principales las personas que participan de la situación (los grupos creados, sus percepciones, comportamientos, etc.), la tipología de conflicto concreto que haya surgido entre las partes, e incorpora el elemento procedimental que permite conocer la sucesión de fases ocurridas.

Pero además de las citadas, la metodología está basada en la idea de que el conflicto tiene componentes negativos que son necesarios gestionar, pero también cuenta con aspectos positivos que son necesarios rescatar y poner en valor.

4. ANÁLISIS DE LOS MÓDULOS DEL MÉTODO ICMA

En el presente capítulo se pretende analizar el contenido del método ICMA.

Este método se presenta dividido en cinco módulos, cada uno de los cuales ofrece información relevante para conocer aspectos organizacionales susceptibles de generar tensiones suficientes como para convertirlo en conflictos.

Para estipular cuáles serían los módulos a incluir en el diseño se tomaron a modo de inspiración los procedimientos de calidad (concretamente, el PREMIE) que son procedimientos que trabajan para los elementos clave de la organización. A los módulos habituales se incluyeron algunos específicos sobre conflictos y otros más orientados a conocer el clima laboral existente.

Finalmente se consideró necesario focalizar el análisis en cinco aspectos básicos, a saber: modelo directivo, los procedimientos desarrollados, la estructura, el clima organizacional y las personas.

4.1. Modelo directivo

Uno de los puntos más consensuados entre los autores citados como marco académico es que los estilos gerenciales inciden directamente en el nivel conflictual fundamentalmente de aquellas donde ésta se realiza de

una manera más directa. Son muchas las organizaciones que desconocen su modelo directivo y las consecuencias que el mismo puede suponer a la organización. Es necesario reflexionar sobre él, tangibilizarlo y analizar sus posibles consecuencias.

Ésta es la razón por la que el primero de los módulos tiene como objetivo detectar el grado de conocimiento y consenso sobre el estilo de dirección-liderazgo existente, y su influencia en la aparición y resolución de los conflictos. Para su conocimiento se desarrollan diferentes preguntas dirigidas a valorar el conocimiento sobre el modelo de dirección existente en la organización y sus consecuencias. Se pretende favorecer una reflexión sobre la vinculación entre este estilo y los posibles conflictos que hayan podido surgir en el interno de la misma. Se acompañan de cuestiones sobre el conocimiento de las posibles situaciones de conflicto, la percepción que se tienen sobre los mismos, es decir, si son aceptados y se perciben con naturalidad o si por el contrario se intenta reprimirlos y sancionarlos. Es objeto de análisis el modo habitual de ser abordados.

Por último y vinculado a este módulo se indaga sobre las herramientas y capacidades de las personas que gestionan personas para atender sus conflictos y el momento en el que se interviene en las situaciones de conflicto.

4.2. Procedimientos

El siguiente bloque de análisis del método ICMA está centrado en conocer los posibles procedimientos existentes, diseñados para el tratamiento de conflictos que pudiesen aparecer.

Actualmente las organizaciones cuentan con un alto grado de protocolización de sus sistemas productivos y de gestión. Con el análisis de este módulo se tendrá conocimiento del grado de concienciación sobre la atención a las situaciones de tensión, comprobando si se han desarrollado procedimientos en este sentido, dentro del árbol de procedimientos diseñado.

Las cuestiones que se plantean están vinculadas al conocimiento de la existencia o no de una evaluación de riesgos psicosociales y a la presencia incluso de modo informal, un sistema de detección y atención a posibles situaciones de tensión.

5. ESTRUCTURA

En las organizaciones existen multitud de conflictos originados por el diseño de la misma. El conflicto estructural surge cuando el diseño de una organización en la que están ubicadas las personas es que está determinando la existencia del mismo.

Es por ello que dentro del método de detección y análisis del conflicto ICMA se reserva un módulo al análisis de la estructura organizacional. Las cuestiones que se plantean en este módulo están vinculadas al conocimiento y reflexión sobre la tipología estructural de la organización. Entre otros aspectos se analizan si se encuentran definidas adecuadamente las funciones y habilidades de las personas, y si éstas son conocidas por las personas responsables de personas. Si existen recursos adecuados para la realización de las actuaciones requeridas.

6. PERSONAS

Si hay algo cierto es que los conflictos se dan porque existen personas. Constituye por lo tanto un apartado de gran relevancia, ya que se sitúa en la génesis de un número elevado de conflictos organizacionales.

El objetivo es conocer el grado de relaciones existente en la organización a nivel horizontal y jerárquico, la importancia que se les otorga y si es habitual la creación de grupos de oposición o afinidad.

En definitiva, si el clima en el que se desarrolla el trabajo es adecuado o es negativo para las personas y puede terminar afectándolas. También se mide la importancia que la organización concede a las mismas y si desarrolla alguna actuación en su beneficio.

7. SITUACIONES DE CONFLICTO O DE TENSION

Después de analizar diversos aspectos de la organización y valorar su incidencia en la creación de situaciones de conflicto, el método ICMA incluye un apartado específico para trabajar los conflictos concretos que hayan podido generarse.

Los ítems que se incorporan en este módulo aportan información para analizar las posibles situaciones conflictivas existentes, permitiendo la realización de un diagnóstico del mismo.

Constituye el eje central dentro del método ICMA siendo el resto de los módulos un acompañamiento necesario que pretende realizar una «foto» de las características de la empresa y de los elementos de «riesgo» que puede tener con respecto a la creación de conflictos.

Este módulo pretende conocer y analizar las situaciones concretas generadas y sus características.

8. ALGUNAS OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO ICMA

Además de las citadas, el método ICMA incluye para facilitar su implementación información sobre las metodologías necesarias para poderlo poner en marcha con una explicación de su desarrollo.

Además, el método recoge propuestas de atención a las situaciones de conflicto. Cada tipología conflictual debe ser tratada de modo diverso para poder conseguir soluciones eficaces. El método incluye líneas de actuación para atender las situaciones de conflicto que pudieran darse.

9. BIBLIOGRAFÍA

ACLAND., A. (1997). *El gerente como mediador*. Barcelona: Paidós.

BARNARD, C. (1938). *Function of the executive*. Cambridge: Harvard University Press.

CORNELIUS, H., FAIRE, S. (1996). *Tú ganas, yo gano. Todos podemos ganar. Cómo resolver conflictos creativamente y disfrutar con las soluciones*. Madrid: Gaia.

DEUTSCH M. (1980). «Fifty years of conflicts». En L. FESTINGER (ed.), *Retrospections on Social Psychology*. Oxford: Oxford University Press.

DOMÍNGUEZ, R., y GARCÍA, S. (2003). *Introducción a la teoría del conflicto en las organizaciones*. Working Papers 2002/48. Madrid: Servicio de Publicaciones Universidad Rey Juan Carlos.

FISHER, R., ERTEL, D (1997). *Obtenga el sí en la práctica. Cómo negociar paso a paso ante cualquier situación*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S. A.

GÓMEZ-POMAR RODRÍGUEZ, J. (1991). *Teoría y técnicas de negociación*. Barcelona: Ariel.

KENNEDY, G., BENSON, J., MCMILLAN, J. (1984). *Cómo negociar con éxito*. Bilbao: Deusto.

LEBEL, P. (1990). *El arte de la negociación*. Barcelona: CEAC.

LEDERACH, J. P. (1992). *Enredos, pleitos y problemas. Una guía práctica para ayudar a resolver conflictos*. Guatemala: Ediciones Clara-Semilla, Comité Central Menonita.

MOORE, C. (1995). *El proceso de mediación. Métodos prácticos para la resolución de conflictos*. Barcelona: Ediciones Granica, S. A.

PERROW (1993). *Sociología de las organizaciones*. Madrid: McGraw.

TERCERA PARTE

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO AJENOS AL TRABAJO

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO

Manuel VELÁZQUEZ

Inspector de Trabajo y Seguridad Social

SUMARIO:

1. EL ÁMBITO Y LA NATURALEZA DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO
2. LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO
3. LAS REDES EUROPEAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO
4. EL ENFOQUE INTEGRADO: LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
 - 4.1. La «multicausalidad» de las enfermedades mentales
 - 4.2. Las adicciones de los trabajadores
 - 4.3. La doble presencia
 - 4.4. El envejecimiento de la población trabajadora
 - 4.5. La protección de los trabajadores psíquicamente sensibles
 - 4.6. La inserción de los trabajadores marginados
 - 4.7. La conciliación del trabajo con la vida familiar y social
 - 4.8. La alimentación equilibrada

1. EL ÁMBITO Y LA NATURALEZA DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO

Las acciones de promoción de la salud en el trabajo se diferencian de las que hemos tratado en la segunda parte de esta publicación (la gestión de los riesgos psicosociales) en que tienen un ámbito más amplio que estas últimas, puesto que comprenden a toda la población trabajadora en general, con independencia de que esté o no ocupada y, por otra parte, estas acciones abarcan tanto a la salud de los trabajadores en su entorno laboral como en lo que afecta a su esfera privada, familiar y social, es decir, abordan de modo integral la salud del trabajador tanto en su esfera laboral como privada.

Las acciones de promoción de la salud se definen por las redes sociales que las sustentan, como el «esfuerzo en común de empresarios, trabajadores y la sociedad en su conjunto por mejorar la salud y el bienestar laboral de los trabajadores». Su significado va más allá del mero cumplimiento de los requisitos legales en materia de seguridad y salud en el trabajo, ya que mediante estas acciones las empresas tratan de contribuir de manera activa a la mejora de la salud y el bienestar general de sus trabajadores tanto dentro como fuera de su actividad laboral⁽¹⁾. Otros documentos definen el objetivo de estas acciones en la mejora del trabajo y la calidad de vida en el trabajo, es decir, en aumentar la productividad laboral al tiempo que hay una mejor adaptación de los individuos a los cambios⁽²⁾.

(1) Así es como lo resumen la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo en el documento FACTS 94, disponible en <http://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/94>.

(2) Así es como se recoge en el documento «Well-Being at Work: New Innovations and Good Practices», disponible en: http://osha.europa.eu/fop/finland/fi/good_practice/progress/tyohyvinvointi/EU-Progress-Booklet.pdf.

Se trata, por lo tanto, de acciones voluntarias y libremente concertadas entre empresas y trabajadores sin que medie ninguna obligación de carácter legal, y esta característica también las hace diferentes de la gestión de los riesgos psicosociales en el trabajo cuyo carácter es legalmente preceptivo.

Las cuestiones que afectan a la vida privada y estilo de vida de cada trabajador afectan a su esfera de privacidad e intimidad y, por lo tanto, resulta viable que las empresas puedan alentar o incentivar estas prácticas pero jamás pueden obligar a un trabajador a modificar su comportamiento, salvo que éste resulte nocivo para otras personas.

En consecuencia, la promoción de la salud exige el compromiso activo de la empresa a través de la oferta de unas condiciones organizativas y medioambientales saludables y los empleados deben aceptar voluntariamente el programa de acciones que se les propone.

2. LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS LUGARES DE TRABAJO

Las acciones de promoción de la salud de los trabajadores que se han desarrollado en Europa han sido muy variadas y a continuación vamos a describir algunos ejemplos significativos:

a) Las que procuran el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar

Brindando apoyo social a los trabajadores con cargas familiares mediante, por ejemplo, servicios de guardería o bien flexibilizando la jornada o los permisos retribuidos y no retribuidos para que los trabajadores puedan atender sus asuntos familiares.

b) La mejora y mantenimiento de la salud mental

Con medidas como, por ejemplo, aplicar una gestión participativa en la que se tengan en cuenta los puntos de vista y las opiniones de los trabajadores, facilitar formación para reducir el estrés en la vida diaria, cursos de relajación y asesoramiento psicológico.

c) El cuidado de la salud

Ofreciendo reconocimientos médicos periódicos para el control de la presión arterial, el colesterol y la glucemia, y facilitando una alimentación sana y dieta equilibrada en el lugar de trabajo.

d) Actividad física

Los adultos necesitan realizar al menos treinta minutos de actividad física moderada la mayor parte de los días de la semana. Mediante los programas de promoción de la salud en el trabajo se pretende, de esta forma, potenciar el bienestar físico y mental y contribuir a prevenir un incremento de peso.

El ejercicio también es importante para reducir el riesgo de cáncer, cardiopatías y depresión. La empresa puede contribuir colaborando en los costes de las actividades físicas ajenas al centro de trabajo, por ejemplo, mediante la matrícula en centros de ocio o deportivos, organizando actividades deportivas dentro de la empresa o animando a los empleados para que suban las escaleras a pie en lugar de en ascensor.

e) Promoción de un estilo de vida saludable

Ofreciendo información y apoyo personal en relación con el alcohol y las drogas o facilitando información sobre la alimentación saludable y las instalaciones adecuadas para llevar los consejos a la práctica (por ejemplo, con alimentos sanos en el comedor de la empresa y con tiempo suficiente para ingerirlos).

3. LAS REDES EUROPEAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO

Para llevar a cabo estas acciones se constituyó la **Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP)**⁽³⁾, cuya oficina nacional de contacto es el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Esta red se constituyó en 1997 en torno a la Declaración de Luxemburgo⁽⁴⁾ a nivel europeo, si bien sus acciones han tenido diferentes denominaciones en cada país utilizando los conceptos de «calidad de vida en el trabajo» o «empresas saludables». A nivel mundial el referente ha sido la Carta de Ottawa⁽⁵⁾.

(3) European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) <http://www.enwhp.org>.

(4) La carta de adhesión a esta declaración está disponible en: http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/EvaluacionCertificacion/PrimeraEtapaficheros/38_1%20Carta%20adhesion.pdf.

(5) Disponible en español en <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.

Dentro de esta red se han lanzado múltiples iniciativas. La séptima iniciativa fue la campaña denominada «Move Europe» con diversas acciones de promoción que incluían un cuestionario de autoevaluación de la política de salud en la empresa orientado a cuatro temas: tabaquismo, actividad física, nutrición y estrés⁽⁶⁾.

Actualmente se ha lanzado por esta red europea la campaña «trabajar en sintonía con la vida»⁽⁷⁾ (octava iniciativa) que tiene como objetivo principal promover las buenas prácticas en la protección y promoción de la salud mental en el trabajo. Dentro de esta campaña se ha hecho otro nuevo cuestionario de autoevaluación de la salud en la empresa que define sus contenidos básicos⁽⁸⁾.

Otras plataformas importantes en esta área son las siguientes:

— La **Red Europea para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de los Trastornos Mentales (IMHPA)** que cuenta con el apoyo económico de la Comisión Europea y del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña en España⁽⁹⁾.

— La **Plataforma Tecnológica Europea en Seguridad Industrial (ETPIS)**⁽¹⁰⁾, la cual reconoce entre sus principios que solamente un enfoque general de la gestión preventiva puede mejorar la seguridad.

— La **Red Europea de Educación y Formación en Seguridad y Salud en el Trabajo (ENETOSH)**⁽¹¹⁾, para compartir información en estas materias.

(6) Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Estudios/Proyectos/En_Curso/Subvencionados/RedEuropeaPromoSalud/Ficheros/quest_esp.pdf.

(7) «Work in Tune with Life». Las actividades de esta campaña se pueden consultar en <http://www.enwhp.org/enwhp-initiatives/8th-initiative-work-in-tune-with-life.html>.

(8) Disponible en español en: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/8th_Initiative/Questionnaire/MentHealthWork_Es.pdf.

(9) La red europea IMHPA (www.imhpa.net) aborda la información sobre la prevención y promoción de la salud mental de un modo global. Más información puede consultarse en el artículo: «Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales: una visión general de Europa», Dra. Eva Jané-Llopis, Ssjoerd Van Alst and Dr. Peter Anderson disponible en: http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/pdf/coun_stories_cap1.pdf.

(10) European Technology Platform on Industrial Safety (ETPIS) <http://www.industrialsafety-tp.org>.

(11) European Network on Education and Training on Occupational Health and Safety (EN-ETOSH), <http://www.enetosh.net>.

En el ámbito español hay empresas que se han adherido a los programas de promoción de la salud⁽¹²⁾ y se han creado algunas redes de información sobre esta materia⁽¹³⁾.

4. EL ENFOQUE INTEGRADO: LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICO-SOCIALES Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Llegados a este punto, es necesario hacer un análisis sobre la necesidad de interacción entre las acciones de carácter laboral (gestión de la prevención de riesgos psicosociales) y sanitario (promoción de la salud en el trabajo), ya que ambas se pueden complementar.

A este respecto cabe hacer mención a los siguientes aspectos en los que existe esta interacción:

4.1. La «multicausalidad» de las enfermedades mentales

Como hemos visto en la introducción de esta publicación, la propia Organización Mundial de la Salud reconoce el carácter multicausal o multifactorial de las enfermedades psíquicas o mentales, una evidencia que choca frontalmente con los criterios rígidos y estrictos del artículo 115.1.g) de la Ley General de Seguridad Social que exige una relación de causalidad *exclusiva* con el trabajo para la consideración como accidente de trabajo de las enfermedades que no estén presentes en el listado reglamentario de enfermedades profesionales que la propia ley prevé.

En el último listado de la OIT sobre enfermedades profesionales (Recomendación 194) se sugiere el reconocimiento de las enfermedades psíquicas que derivan del trabajo siempre que exista un *vínculo directo* entre la enfermedad y el trabajo⁽¹⁴⁾. Este sería un criterio más adecuado

(12) Destacamos a este respecto el reciente estudio llevado a cabo entre empresas del IBEX 35. Disponible en: <http://www.bienestarcorporativo.com/img/1%20ESTUDIO%20PROMOCION%20SALUD%20Y%20BIENESTAR%20IBEX35.pdf>.

(13) Un ejemplo de estas redes es <http://e-saludable.com>.

(14) Esta recomendación se encuentra disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf. En el apartado 2.4.2 de la misma se dice que pueden ser enfermedad profesional «otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la

y científicamente viable que el de relación exclusiva, previsto en la ley española.

En cualquier caso, siempre se ha de admitir la interacción entre factores laborales y los de la vida diaria del trabajador respecto a la causa de estas enfermedades.

4.2. Las adicciones de los trabajadores

Las adicciones pueden influir negativamente en las condiciones de trabajo del propio afectado y de sus compañeros.

Pueden ser, en su origen, ajenas al trabajo y su tratamiento corresponde en este caso a la vigilancia de la salud por el servicio de prevención o el servicio público de salud, o bien pueden ser un trastorno conductual que sea consecuencia y resultado de la exposición a una situación de estrés laboral, en cuyo caso su prevención va a depender de las acciones que se hagan en la empresa para mitigar, reducir o eliminar los factores de riesgo psicosocial en las condiciones de trabajo que hayan producido esa situación.

Un estudio sobre la vigilancia de la salud respecto al consumo de drogas se incluye en la cuarta parte de esta publicación.

4.3. La doble presencia

La doble presencia o doble tarea, en el trabajo y el hogar familiar, afecta fundamentalmente a las mujeres y supone un factor de estrés y fatiga cuya relación es doble.

De acuerdo con el último estudio del Instituto Nacional de Estadística, de febrero de 2012⁽¹⁵⁾, los hombres siguen dedicando más tiempo al trabajo remunerado (8,3 horas diarias) que las mujeres (6,9 horas). El 6,1% de los varones ocupados se hacen cargo de personas dependientes mientras que el 10,1% de las mujeres ocupadas realiza esta misma función. Por otra

práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el (los) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador».

(15) Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?c=INEPublicacion_C&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259924822888&L=0.

parte, los hombres ocupados dedican más horas al ocio que las mujeres ocupadas.

Algunos métodos de evaluación de riesgo psicosocial como el ISTAS21 incluyen este factor dentro de su análisis. Sin embargo, las acciones que se pueden adoptar desde la empresa en esta materia son limitadas y, en ocasiones, el hecho de proporcionar una mayor flexibilidad de jornada y días libres a los trabajadores sólo ha propiciado que la doble presencia de las mujeres sea aún mayor que en los casos de jornada más rígida. Son necesarios, por tanto, otro tipo de estímulos para corregir y equilibrar esta situación.

4.4. El envejecimiento de la población trabajadora

El envejecimiento es otro factor que afecta a ambas vertientes personal y laboral, y para combatir sus efectos también se deben adoptar medidas en los dos ámbitos.

Dentro de estas acciones destacan el ejercicio físico y las acciones ergonómicas de prevención de trastornos músculo-esqueléticos y excesiva carga mental.

4.5. La protección de los trabajadores psíquicamente sensibles

El artículo 25.1 de la LPRL obliga a las empresas a adscribir a los trabajadores a puestos que sean compatibles con características psicofísicas, ya sean estas originarias o sobrevenidas, ya tengan origen profesional o común.

4.6. La inserción de los trabajadores marginados

Se trata de una circunstancia que también reúne ambas vertientes, la inserción en el centro de trabajo y en la sociedad.

4.7. La conciliación del trabajo con la vida familiar y social

Este problema especialmente se manifiesta en los trabajos con horario atípico (trabajo a turnos, trabajo nocturno, horario flexible o de libre disposición, etc.) o en las formas de contrato atípico (trabajo temporal y tiempo parcial).

4.8. La alimentación equilibrada

Este factor es importante que sea tenido en cuenta igualmente en los trabajos con horario atípico (trabajo a turnos y trabajo nocturno), ya que condiciona tanto la vida privada del trabajador como sus condiciones de trabajo.

FACTORES DE RIESGO EXTRALABORALES Y EXTRAORGANIZACIONALES QUE INTERVIENEN EN LA APARICIÓN DE LA PATOLOGÍA MENTAL EN EL TRABAJO

Rocío BARREIRA MÉNDEZ

Psicóloga clínica

Directora de recursos humanos de Comarca Araba Osakidetza

SUMARIO:

1. LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EXTRALABORALES
2. EL CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA Y OTROS FACTORES EXTRAORGANIZACIONALES
3. EL TRATAMIENTO DEL MALESTAR PSÍQUICO
4. CONCLUSIONES
5. ALGUNAS CUESTIONES PARA PROFUNDIZAR
6. BIBLIOGRAFÍA

1. LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EXTRALABORALES

Un factor de riesgo es toda aquella circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona para contraer una enfermedad. No son directamente su causa, pero están asociados al evento, tienen valor predictivo y pueden determinar la prevención.

Los factores de riesgo psicosociales en el trabajo son aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del mismo y la realización de la tarea, y que se presentan con capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y la salud del trabajador.

Determinar en este contexto los factores de riesgo extralaborales y extraorganizacionales que intervienen en la aparición de la patología mental en el trabajo, es intentar realizar una valoración de las circunstancias que originadas en el ámbito privado del trabajador impactan directamente en el ámbito laboral.

Circunstancias difíciles de determinar por cuanto el impacto de lo privado en lo laboral está íntimamente relacionado con los factores de satisfacción, que el trabajador manifiesta con su empresa. La implicación, adhesión, pertenencia y refuerzos recibidos, así como las conductas punitivas o coercitivas aplicadas por la empresa, van a modular en gran parte el comportamiento.

El trabajo desempeña un papel crítico en el sentido de identidad, autoestima y bienestar psicológico de un individuo, aunque es frecuente que las personas subestimen la influencia de su profesión en su bienestar general.

Estimular el bienestar profesional deberá ser una de las prioridades a tener en cuenta para mantener un buen estado de salud general.

Aunque existan, por otra parte, algunas culturas individualistas que fundamentan que no se debe disfrutar del trabajo que se realiza. Como resultado de ello, las personas se empeñan en disminuir en lo posible el número de horas que dedican al trabajo, paradójicamente no se ha demostrado que presentan mejores niveles de satisfacción personal.

Parece difícil, por tanto, separar de una forma categórica los factores laborales y extralaborales, el grado de discomfort en uno u otro pueden presentar similar potencial de causar daño en la salud mental de los trabajadores.

Son muchos los factores educacionales, sociales, culturales, individuales o colectivos que influyen en las percepciones de los trabajadores y en las consecuencias en su salud mental.

Y son muchos, también, y con frecuencia poco objetivables, los diagnósticos que derivan de ello. El estrés en sus varias presentaciones, el trastorno adaptativo y todas las variantes entre la ansiedad y la depresión, son algunos de los más frecuentes.

Podemos afirmar que detrás de dichos diagnósticos está con frecuencia la búsqueda del equilibrio necesario entre los asuntos laborales y los familiares. Situaciones como el rol de padres, el empleo materno extendido y la mayor esperanza de vida parecen determinantes en la «justificación de algunos malestares».

Definimos, por tanto, como estresores extraorganizacionales determinantes en la salud mental de los trabajadores, los problemas familiares, los problemas económicos y los problemas legales, remarcando que será la reinterpretación cognitiva de ellos, uno de los factores predictores de su influencia en el desempeño del trabajo.

2. EL CONFLICTO TRABAJO-FAMILIA Y OTROS FACTORES EXTRAORGANIZACIONALES

Ya en el año 1992, ZEDECK describió tres temas como objetivos de investigación en el conflicto trabajo-familia: El efecto del trabajo en la familia, el efecto de la familia en el trabajo y la interacción trabajo-familia.

En relación a ello se han propuesto tres tipos básico de modelos que representan las diferentes perspectivas sobre cómo llevamos a cabo dichos roles.

1. **Modelo de extensión:** afirmación de semejanza entre lo que ocurre en el ambiente de trabajo y lo que ocurre en el ambiente familiar. La extensión es una noción de relaciones positivas entre variables del trabajo y la familia. La satisfacción laboral de un individuo mejora la vida familiar.
2. **Modelo de compensación:** propone una relación inversa entre el trabajo y la familia. Las inversiones que realiza el individuo son en dos escenarios, de manera que lo que es proporcionado en uno compensa lo que falta en otro.
3. **Modelo de segmentación:** propone una separación entre las esferas trabajo y familia sin ninguna influencia de la una en la otra. La familia es el dominio de la intimidad y la empatía y el mundo del trabajo es unipersonal e instrumental.

En el momento actual, existe evidencia cuasi generalizada de la superposición entre el trabajo y la familia y de la interdependencia entre ambos.

Y existe, asimismo, evidencia que entre los factores extraorganizacionales determinantes en la salud mental de los trabajadores están, por tanto, todos aquellos derivados de la esfera de lo «privado» e «individual».

3. EL TRATAMIENTO DEL MALESTAR PSÍQUICO

Por lo que así como las «necesidades en salud» son las que establecen los profesionales expertos en relación a unos estándares (necesidades normativas), las «necesidades sentidas» vienen definidas por la percepción de los sujetos y es a través de ellas donde se establecerán las demandas.

Así las demandas pueden estar definidas por sentimientos de malestar del propio sujeto o de su entorno inmediato.

La banalización de los términos que definen las enfermedades ha traído como consecuencia que situaciones de la vida cotidiana se reinterpreten como patológicas, y esto no sólo por la sociedad, sino también por los propios profesionales sanitarios.

Cuando el malestar no es asumido con normalidad se recodifica como patológico convirtiendo en «pacientes» a personas «sin enfermedad». Las dificultades de «objetivar» son tan importantes que parece que todo queda-

ra en manos de la sociedad y sus estándares, el trabajador y el profesional sanitario.

En este camino hemos llegado al punto de dudosa práctica ética en el que algunos profesionales están actuando sin control, ni evidencia científica en terrenos pseudoespecializados, con el agravante, en ocasiones, que los índices de concordancia entre profesionales de la salud mental a la hora de establecer diagnósticos son igual de bajos que la interpretación de los síntomas.

Desde esta realidad, cualquier persona puede demandar atención psicológica o psiquiátrica y recibirla en contraposición con otros problemas de salud fuera de la esfera psíquica.

Esto nos lleva necesariamente a la reflexión de la necesidad de establecer y definir:

1. La justicia en la oferta y equidad en el acceso a los servicios sanitarios.
2. La identificación de los elementos que permitan decidir una justa asignación de recursos en el beneficio del paciente individual.
3. La asistencia sanitaria como un servicio centrado en el paciente y basado en el conocimiento.

Con todo lo expuesto hasta ahora, parece clara la afirmación de las dificultades de prevenir el impacto de los factores de riesgo extralaborales y extraorganizacionales en la salud mental de los trabajadores.

Será difícil también medir dicho impacto.

Establecer una línea clara de abordaje resolutivo pasará necesariamente por la definición de dichos riesgos, la forma de evaluarlos, el respeto a los derechos individuales, y las medidas concretas que deriven de ello.

Los derechos sociolaborales no han demostrado, hasta el momento, el grado de impacto en la prevención de los problemas derivados de factores extraorganizacionales en la salud mental de los trabajadores. Aspectos como la flexibilidad laboral, la formación, la compatibilidad entre la vida privada y la laboral comienzan a ser evaluados. Las diferencias y desigualdades en la concesión por parte de las empresas de dichos derechos así

como las diferencias en función del género, la profesión, la cualificación profesional y la responsabilidad nos abren un necesario camino de estudio.

4. CONCLUSIONES

Es un hecho innegable que la baja tolerancia a la frustración de las personas ha supuesto no sólo la medicalización de los avatares de la vida cotidiana, sino el establecimiento en ocasiones del acuñamiento de síndromes a la respuesta normales y adaptativas. Definiendo, por tanto, a la salud la ausencia de emociones negativas.

Los derechos sociales alcanzados han conseguido, de forma desigual, mitigar la frustración de algunos trabajadores. Algunos factores subjetivos, así como necesidades sociales de carácter individual, determinan en ocasiones el nivel de absentismo laboral, sin posibilidad de réplica.

A ello contribuyen algunas creencias sobre lo adaptado e inadaptado en relación a los deseos individuales.

Factores extralaborales, contrariedades cotidianas, algunos sucesos vitales entre los que se encuentran: fallecimiento de familiares, separaciones, divorcios, problemas en la educación de los hijos o rendimiento académico de éstos, tener hijos pequeños, problemas económicos o incluso reformas en casa, se han convertido en estresores socialmente aceptados que justifican diagnósticos de enfermedad mental en los trabajadores.

No se pone en duda el grado de disconfort producido, ni el daño real, no hay límites (en contraposición con otras patologías), es el trabajador quien define el síntoma. La decisión sobre la repercusión de lo sucedido queda en manos del individuo y en ocasiones de la sensibilidad o creencias del médico.

Teniendo en cuenta que el malestar es el sufrimiento psíquico legítimo, proporcionado, adaptativo y no patológico, vinculado a los avatares de la vida, un sujeto se encuentra mal cuando así lo siente. Pero eso no significa que esté enfermo.

Existen muchos factores extralaborales que influyen a la salud mental del trabajador, pero también existen factores laborales que influyen en la resiliencia de éstos.

La conducta del trabajador es el resultado de las expectativas que él tiene y la situación en la que se encuentra, por ello la calidad laboral se relaciona con la satisfacción laboral y la ausencia de conflictos.

La satisfacción laboral se relaciona íntimamente con la creencia del trabajador en cuanto a que el «esfuerzo invertido en una tarea merece la pena». Traspasar u objetivar esta frágil línea se convierte en cómo valorar los sentimientos, las expectativas, los deseos...

La relación contractual psicológica del trabajador con la empresa se concentra en la interpretación que éste hace entre lo que «él pide» y lo que «cree que le dan» (salario emocional).

Cada persona tiene una relación individual y subjetiva con la enfermedad, sus causas y su tratamiento.

5. ALGUNAS CUESTIONES PARA PROFUNDIZAR

1. ¿Podemos prevenir el impacto de los factores de riesgos extralaborales y extraorganizacionales a la salud mental de los trabajadores?
2. ¿Podemos medirlos?
3. ¿Han mejorado estos riesgos con los derechos sociolaborales?
4. ¿El impacto de estos riesgos son diferentes en la empresa pública y en la privada?
5. ¿Se deben evaluar estos riesgos en la historia clínica o laboral? ¿Por qué y para qué?
6. ¿Cuáles son los derechos asertivos de los trabajadores?

6. BIBLIOGRAFÍA

ARTAZCOZ, L., BORRELL, C., ROHLFS, I., MONCADA, A., y BENACH, J. (2001). «Trabajo doméstico, género y salud de la población ocupada». *Gac Sanit.*, 15(2): 150-153.

CARMONA, J., y DEL RÍO NORIEGA, F. (2009). *Gestión clínica en Salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

DE LA MATA RUIZ, I., y ORTIZ LOBO, A. (2007). «La colonización psiquiátrica de la vida». *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*, 76: 39-50.

DEL CURA, I., y LÓPEZ GARCÍA-FRANCO, A. (2008). «La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria». *Átopos*, 7: 4-12.

DSM-IV.

FERNÁNDEZ LIRIA, A. (2001). «De la psicopatología crítica a la crítica de la psicopatología». *Revista de la Asociación Española de la Neuropsiquiatría*, 80: 57-60.

GRACIA, D., y JÚDEZ, J. *Ética en la práctica clínica*.

JANÉ LLOPIS, E. (2004). «La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales». *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 89: 67-77. <http://cielo.lsciii.es/pdf/neuropsiq/n89/v24n1a05.pdf>.

MÁRQUEZ, S., y MENEU, R. (enero de 2007). «La medicalización de la vida y sus protagonistas». *Eikasia. Revista de Filosofía*, II(8): 65-86. <http://www.revistadefilosofia.org>.

MUCHISNSKY. *Psicología aplicada al trabajo*.

OMS (2004). *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencias emergentes y práctica*. Ginebra: OMS.

ORTIZ LOBO, A. (2008). «Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar». *Átopos*, 7:26-34. http://www.atopos.es/pdf_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf.

ORTIZ LOBO, A., y DE LA MATA, I. (2004). «Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado». *Átopos*, 2(1): 15-20. http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf.

PUCHOL, L. *El libro de las habilidades directivas*.

RENDUELES, G. (2000). «Psiquiatrización de la ética. Ética de la psiquiatría: el idiota moral». En F. SANTANDER, *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.

FASYS, FÁBRICA ABSOLUTAMENTE SEGURA Y SALUDABLE. SERVICIOS INTEGRALES DE INTERVENCIÓN EN SALUD LABORAL

Juan Carlos FERNÁNDEZ ARIAS/Narciso MAZAS GONZÁLEZ/Antonio MORENO VILLENA

*Coordinadores de Psicología, Ergonomía y Medicina de Salud Laboral
de la Sociedad de Prevención de FREMAP*

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN FASYS
2. EVALUACIÓN DE FACTORES ORGANIZACIONALES
3. FACTORES INHERENTES AL INDIVIDUO
 - 3.1. ¿En qué consiste esta valoración psicológica?
 - 3.2. Integración de prevención técnica y recursos humanos
4. FACTORES PSICOFÍSICOS
 - 4.1. Ruido
 - 4.2. Iluminación
 - 4.3. Temperatura
 - 4.4. Toxicidad, ambientes contaminados, higiene
 - 4.5. Disponibilidad y disposición del espacio físico para el trabajo
 - 4.6. Vibraciones
5. POSIBLES INTERVENCIONES SOBRE EL INDIVIDUO
6. CONCLUSIONES
7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN FASYS

Desde un punto de vista epidemiológico, el número de accidentes ocurridos en España en 2010 frente a las cifras de los acaecidos en 2009 ha sufrido un descenso del 8,5%, según el informe de siniestralidad, correspondiente al año 2010 y desarrollado por el INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo), destacando que, de los 553.915 accidentes ocurridos en 2010, correspondieron al sector servicios 300.895.

Según un informe de la CEOE, en 2010 las pérdidas de producción por absentismo (en general) se estiman en 64.000 millones de euros, lo que supone, aproximadamente, el 6% del PIB español.

FASyS propone el desarrollo de un concepto de fábrica saludable y segura, centrada en el trabajador, de tal forma que se pueda asegurar de manera maximalista el **control en continuo** a través de la gestión del riesgo y, con ello, el cuidado del trabajador. Buscando el desarrollo pleno del mayor activo de la economía del conocimiento: la persona.

La provisión continua, proactiva y absoluta de seguridad y salud en el entorno de trabajo será un imperativo de competitividad (*factoryworker-first*). En esta concepción de gestión, el «riesgo tolerable» no es una opción a contemplar.

Europa tiene el objetivo de reducir en un 25% el número de accidentes laborales y, a partir de ello, mantener un descenso de dichas cifras en un 5% anual hasta la máxima reducción posible. Para ello, es preciso desarrollar nuevo conocimiento y tecnología que garantice, por diseño y de forma integrada, la seguridad y el bienestar continuo del trabajador en el desarrollo de su actividad laboral, convirtiendo a éstos en los factores clave de competitividad y diferenciación del nuevo modelo productivo.

Concepto holístico de la salud

Por tanto, ¿qué es FASyS? Es un nuevo enfoque en el que la gestión del riesgo se contrapone y supera a la situación actual de prevención del riesgo, basándose en un modelo innovador en prevención hacia la gestión de la salud integral en las empresas.

En el actual marco normativo, tanto legal como técnico, y con la prevención de daños a la salud como objetivo último, el empresario ha de «garantizar» el mantenimiento e incremento de la salud, para lo que se apoya en la labor que desarrollan los servicios de prevención, que, a través de actuaciones en I+D+i, han de mejorar y hacer evolucionar la prestación y servicios dados.

FASyS aporta un modelo integrado para la evaluación y gestión continua de los riesgos, en el que sabemos que el modelo de salud ha de contemplar los siguientes requisitos:

- Integrar los aspectos médicos y técnicos.
- Funcionar como un modelo único (mixto e integral) de salud.
- Estar basado en el conocimiento científico-técnico.
- Ser «uniforme» en la gestión de los datos y de la información.
- Estar «integrado» dentro del propio sistema de control y gestión de la empresa.

El modelo de salud y enfermedad en el que se basa este proyecto es un modelo que, estando basado en los modelos existentes, ha destacado aquellos aspectos que permiten establecer un modelo de identificación y gestión de situaciones, indicadores y parámetros que nos permitan establecer procedimientos, algoritmos y lógicas destinadas a dicha gestión y a la identificación de situaciones potencialmente susceptibles de poner en riesgo la salud e integridad de los trabajadores.

Además, y desde un punto de vista fisiológico, se ha definido lo que denominamos el «sistema de respuesta fisiológica», el cual establece de forma sencilla no sólo cómo se producen las respuestas que un determinado estímulo evoca en el organismo o sistemas integradores del sujeto, sino cuáles pueden ser los elementos que condicionan y/o median en la

respuesta ocasionada que, pudiendo ser específica o inespecífica, es, con toda seguridad, diferente en cada caso y para cada persona. La mediación de dichos factores en la respuesta (tipo y forma en que se produce) ante un determinado estímulo es lo que se conoce como adaptabilidad o «resiliencia».

De esta forma se concibe al organismo como un «sistema homeostático» o de equilibrio, en el que el incremento de demandas o de «sobrecargas» provenientes del medio, puede provocar una ruptura de dicho «equilibrio en la respuesta adaptativa», originando la pérdida de salud o enfermedad.

El modelo de salud establecido en FASyS está basado en el «concepto ecológico de enfermedad», en el que el medioambiente (físico, social, económico y biológico, entre otros) constituye un agregado o conjunto de condiciones externas e influencias que afectan a la vida y desarrollo de un determinado organismo, conducta humana o sociedad, actuando sobre el equilibrio existente entre los denominados «agentes de enfermedad» y el «hospedador-humano», pudiendo llegar a alterar éste y provocando una potencial situación de enfermedad cuando dichos agentes superan las capacidades de respuesta y adaptación del hospedador.

Todo ello, unido a las características diferenciadoras de los modelos de salud binomial (probabilístico) y funcional (TERRIS), nos ha permitido establecer, en función de los principales factores de riesgo (agentes físicos, químicos, biológicos, sociales y psicológicos), un estado o período prepatogénico, al que hemos denominado etapa de susceptibilidad sobre la que se ejerce la acción preventiva primaria, y otro estado o período patogénico, al que hemos denominado de enfermedad y sobre el que se ejercen las acciones preventivas secundaria y terciaria, así como las acciones asistenciales, en aquellos casos en los que fuere necesario.

Además, se define que la salud laboral, NO SÓLO es un tema médico, sino que en la misma, participan la ergonomía, la higiene, la psicología y la psicología clínica, dado que se introducen aspectos psicosociales complementarios y novedosos, correspondientes a factores psicofísicos y factores inherentes a la persona, como complemento de su «esfera o capacidades anímicas».

A partir de aquí, el establecimiento de perfiles con rangos de normalidad (equiparable a perfiles de salud), rangos prepatogénicos y patogénicos (con

rangos paramétricos de anormalidad) se convierte en una tarea mucho más sencilla y abordable para que, además, pueda ser introducida en el sistema.

El desarrollo e implementación de un sistema integral e interrelacionado de identificación y control, a través de sensorica y sistemas de monitorización, de los elementos partícipes en el medioambiente en el que el trabajador desarrolla su actividad, permite establecer y desarrollar lo que hemos dado en denominar el SATSE o Sistema de Ayuda a la Toma de Decisiones en Medicina del Trabajo. Dicho sistema está constituido por múltiples módulos que recogen datos e información sobre la *empresa*, el *puesto de trabajo* (identificación de riesgos potenciales, protocolos a aplicar, perfiles biopatológicos a determinar, perfiles exploratorios a aplicar, limitaciones posibles, recomendaciones a puestos, criterios de aptitud para el puesto...), el *trabajador* (antecedentes, datos antropométricos y psicosociales, el historial médico laboral y asistencial, recomendaciones realizadas...), *datos extraclínicos* (perfil organizacional, perfil sociodemográfico, perfil psicológico básico o profesiográfico...) y *datos complementarios* (algoritmos diagnósticos, algoritmos de actuación, bases de datos de conocimiento médico...).

La utilización de sensores fisiológicos que nos ayuden, tanto en el puesto de trabajo como fuera de él, a determinar la situación fisiológica o de salud de un trabajador, en un determinado momento de su actividad laboral o extralaboral (cuando ello fuera necesario), complementa el módulo de sensorica que el propio proyecto contempla como uno de los elementos básico en su desarrollo.

La sociedad de prevención de FREMAP, como «líder del conocimiento preventivo», aporta dicho conocimiento en las áreas de seguridad, higiene, ergonomía, medicina del trabajo y psicología.

El proyecto FASyS, comienza a establecer y será, un modelo de referencia para la gestión integral de los riesgos en la empresa, desde ahora y hacia el futuro con la salud del trabajador como protagonista principal.

Para establecer una acción preventiva eficaz, la gestión integral de los riesgos es una pieza fundamental en la confección de una estrategia de actuación multidisciplinar. Desde este punto de vista, el trabajador, el puesto de trabajo y la organización en la que desarrolla su actividad, son los ejes centrales de dicha acción preventiva.

Al igual que con otras áreas de la prevención, en el área de la psicología, la identificación y posterior reducción de las fuentes generadoras de riesgo, a través de una correcta gestión de los mismos, es la piedra angular de la actuación preventiva. Para ello, deberemos identificar y definir dichos riesgos que, en el caso que nos ocupa, podrán tener su origen en diferentes ámbitos de la actividad laboral o extralaboral.

Según la definición realizada por la Agencia Europea de Salud y Seguridad en el Trabajo, en el año 2000, entenderemos por factores psicosociales todos aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo, así como su contexto social y ambiental que tiene la potencialidad de causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores.

Dado que en esta definición no se contemplan los factores individuales y los parámetros psicofísicos propios y específicos de cada persona, proponemos un modelo en el que se diferencien e integren todos ellos, con la finalidad de facilitar un abordaje integral de los diferentes aspectos que inciden sobre el individuo desde un punto de vista anímico y sobre sus capacidades adaptativas y de respuesta, como complemento necesario de los aspectos de índole psicosocial inherentes a la organización.

De esta forma podríamos establecer un modelo de abordaje de los riesgos psicosociales que contemple y estudie los:

- Factores inherentes al individuo:
 - Factores individuales.
 - Parámetros psicofísicos.
- Factores inherentes a la organización:
 - Inherentes a la actividad.
 - Interpersonales.
 - Seguridad en el empleo.
 - Macroorganizativos.
 - Desarrollo profesional.

2. EVALUACIÓN DE FACTORES ORGANIZACIONALES

En primer lugar, es importante conceptualizar el término **organización**, éste se utiliza habitualmente en su sentido más amplio. Lo cierto es que este concepto es importante no sólo para la eficacia de la gestión empresarial, sino también para la situación laboral de cada uno de nosotros, tanto en los aspectos referidos a la prevención de riesgos laborales, como a la posibilidad de implicarnos y comprometernos con el trabajo.

Toda organización posee una estructura, un método de funcionamiento, unas relaciones sociales y unos objetivos que conseguir. Con la organización se relacionan los conceptos de filosofía y cultura de empresa. Pero nuestro objetivo en este artículo no es plantear un discurso sobre la organización, sino remarcar ciertos aspectos de la misma que consideramos influyen directamente en el bienestar de los trabajadores, teniendo en cuenta los frecuentes cambios organizativos que hoy en día se producen.

Una definición de **organización** sería: «estructura formal de coordinación planeada entre dos o más personas para alcanzar una meta común. Se caracteriza por tener relaciones de autoridad y cierto grado de división del trabajo» [ROBBINS (1998)].

La complejidad de los sistemas tecnológicos y sociales, en una situación de cambio constante, de continua evolución, sumado a unos objetivos de calidad basados en una mayor eficacia competitiva de las empresas que les permita mantener altos índices de rentabilidad, motiva que la **prevención de los factores psicosociales** en las organizaciones, tales como los accidentes, el absentismo, las enfermedades, etc., tengan un valor añadido para la gerencia de las mismas, tanto por sí mismos como por ser síntomas de otras disfunciones internas de las organizaciones, menos visibles y constatables pero de alto coste humano y económico.

El **factor organizacional** tiene una presencia continua en el desarrollo del **estrés**, evidentemente que no siempre actúa como un estresor negativo, pero sí que es cierto que las organizaciones, tanto familiares, sociedades limitadas, anónimas, grupos de profesionales, empresas unifamiliares, cooperativas, etc., juegan un papel fundamental dada la relevancia que adquiere la actividad laboral que uno desempeña y el tiempo que se dedica a la misma.

Los principales aspectos organizacionales que pueden afectar en la salud de los trabajadores son:

- Cambio en la organización.
- Características de la organización.
- Estructura de la organización.
- Tipos de organización.
- Clima laboral.
- Relaciones interpersonales como estresores laborales.
- Estresores grupales.
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías (NT).
- Trabajo por turnos y trabajo nocturno.

En este contexto, la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), establece, como una obligación del empresario, planificar la actividad preventiva a partir de una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores (art. 16.1). La evaluación de los riesgos viene expresamente definida en el artículo 3.1 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP) como: «el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario esté en condiciones de tomar una decisión apropiada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse».

Para estimar la magnitud de los riesgos, tal y como especifica la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, es esencial tener claro el concepto de **factores psicosociales**, que hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo. Así pues, unas condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición tanto de determinadas conductas

y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo, como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador.

Las consecuencias perjudiciales sobre la salud o el bienestar del trabajador que se derivan de una situación en las que se dan unas condiciones psicosociales adversas o desfavorables son el estrés (con toda la problemática que lleva asociada), la insatisfacción laboral, problemas de relación, desmotivación laboral, etc.

Ante una determinada condición psicosocial laboral adversa no todos los trabajadores desarrollarán las mismas reacciones. Ciertas características propias de cada trabajador (personalidad, necesidades, expectativas, vulnerabilidad, capacidad de adaptación, etc.) determinarán la magnitud y la naturaleza tanto de sus reacciones como de las consecuencias que sufrirá. Así, estas características personales también tienen un papel importante en la generación de problemas de esta naturaleza.

Tanto en el trabajo como fuera de él, las personas se ven expuestas a una gran cantidad de factores que ponen a prueba su capacidad de adaptación. Esta capacidad es limitada: así, el efecto sinérgico de estos factores sobre la persona van minando su capacidad de resistencia o de adaptación, de manera que, tal vez, un aspecto, en principio nimio, sea el que desencadene una reacción en la persona. Evaluamos aquellos aspectos que se han destacado por su capacidad para minar esa resistencia.

La importancia que se otorga a la percepción y atribución que un colectivo de trabajadores posee acerca de ciertas condiciones psicosociales que se dan en su trabajo como forma adecuada de valoración de tales condiciones, se realiza en función del siguiente supuesto: la realidad psicosocial hace referencia no tanto a las condiciones que objetivamente se dan, sino a cómo son percibidas y experimentadas por la persona.

La evaluación psicosocial persigue el mismo objetivo que otros ámbitos de la prevención: identificar factores de riesgo y establecer medidas de mejora para prevenir daños. Sin embargo, en la práctica, la actuación en el ámbito psicosocial puede resultar más compleja por diversos motivos: dificultad de establecer una relación causa-efecto directa entre factor de riesgo y daño; dificultad de objetivar la percepción de una situación como estresante; dificultad de establecer la magnitud del riesgo, etc.

El punto crucial estriba en que la pérdida de salud debida a una situación psicosocial inadecuada puede ser, por tanto, multicausal y tener, además, repercusiones sobre la organización. Para el estudio de los factores psicosociales no es factible partir, pues, de un enfoque biomédico en el que las repercusiones sobre la salud pueden explicarse por una serie de disfunciones a nivel físico, sino que debe partirse de un enfoque biopsicosocial que integre los distintos niveles de salud: física, psíquica y social. Por ello deberán tenerse en consideración los diversos elementos que entran en juego: las condiciones de trabajo que pueden provocar daño; los factores moderadores y las consecuencias, ya sean sobre la persona o sobre la organización.

En primer lugar, la evaluación psicosocial debe centrar el análisis en las condiciones de trabajo y, por otra parte, es conveniente valorar la sintomatología asociada a situaciones de estrés mediante reconocimientos médicos, medidas bioquímicas y electrofisiológicas, así como mediante cuestionarios autoaplicados.

Otras informaciones que deberían tenerse también en cuenta, ya que pueden ayudar a detectar posibles repercusiones de un entorno psicosocial inadecuado, son los datos administrativos siguientes: índices de producción, rechazos, atrasos, acumulación de permisos, rotación de personal, absentismo, etc. (ello implica la consideración de los patrones de absentismo grupales, no desde una perspectiva individual. No se trata de partir de datos individuales sino de buscar indicios comunes. Por ejemplo: los picos de absentismo se dan en una época determinada, en un grupo determinado, después de un cambio... Se trata de un enfoque que sitúa el tratamiento del absentismo en la intervención primaria, compatible con el tratamiento de los datos desde la perspectiva curativa o secundaria).

Asimismo, deben contemplarse diversas características del individuo que puedan influir en la percepción de una situación como agresiva, neutra o positiva. En general, las variables que suelen incluirse hacen referencia a la edad, el sexo, la experiencia en el puesto, el nivel de formación, etc. También puede ser necesario incluir indicadores sobre las actitudes, las motivaciones o los rasgos de personalidad.

En este proceso de evaluación debe contarse con la participación de los trabajadores. Si la participación de los trabajadores constituye una exi-

gencia fundamental en todos los ámbitos de la prevención en la empresa, lo es tanto o más en el proceso de evaluación, y más específicamente en el proceso de evaluación de riesgos psicosociales debido a la necesidad ineludible de consensuar criterios de referencia para detectar, valorar e intervenir en las situaciones de riesgo.

Una vez decididas las acciones que se han de tomar, éstas deberán ir seguidas de su puesta en práctica y seguimiento. Con ello se pretende comprobar que se consigue efectivamente la corrección esperada. No hay que olvidar que la validez de las soluciones adoptadas puede decrecer con el tiempo y que puede hacerse necesaria una nueva intervención.

En ningún caso debe convertirse la evaluación en una actividad que, hecha una vez y con el documento correspondiente elaborado, se da por terminada. La evaluación de los riesgos psicosociales, como del resto de los aspectos laborales relacionados con la salud de los trabajadores, debe responder a un proceso continuo y sistemático.

3. FACTORES INHERENTES AL INDIVIDUO

El objetivo principal para establecer una acción y gestión preventiva integral eficaz, es la prevención primaria, antes de que ningún riesgo o su probabilidad puedan ser significativos evitando o minimizando al máximo las consecuencias negativas para la salud de los trabajadores. Una de las formas más eficaces es dando cumplimiento al precepto legal:

— Artículo 15.1.d) de la Ley 31/1995, que obliga al empresario a «adaptar el trabajo a la persona» que los ocupan dentro del marco organizacional de cada empresa.

Es fundamental incorporar al sistema de identificación de riesgos, elementos que nos permitan una identificación e intervención precoz a nivel individual, como la incorporación de perfiles psicológicos a las áreas de vigilancia de la salud y psicopsicología aplicada. Estos perfiles psicológicos podrán establecerse de forma inicial, como periódicamente (seguimiento) como llegar a niveles específicos y/o avanzados. Para ello nos apoyamos también en los preceptos legales de:

— Artículo 22 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste

su consentimiento. De este carácter voluntario se exceptúan, 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.

— Artículo 25 de la Ley 31/1995, se garantizará de manera específica la protección de su personal que por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, 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, en función de éstas, adoptará las medidas pertinentes.

Inicialmente, la organización, en virtud de las características del puesto, la definición de su organigrama, la potencialidad de desarrollo, cualificación, etc., establece un procedimiento objetivo para captar e integrar el desempeño del puesto a la persona más adecuada a través de procesos de selección o reclutamiento o entrenamiento que permiten establecer un primer nivel de ajuste de las personas al puesto de trabajo que van a desempeñar.

No obstante, aunque este proceso de ajuste persona-puesto se desarrolle correctamente, y se efectúe un adecuado encuadramiento de puesto de trabajo, no debe ser el único sistema que desde el ámbito de la prevención y en el nivel que queremos conseguir de prevención primaria, nos ayude a identificar situaciones potenciales de intervención que eviten la aparición de daños a la salud de los trabajadores dentro del campo de prevención de riesgos laborales.

Desde la perspectiva de la intervención primaria, cabría preguntarse cuáles son los factores psicosociales de distrés vinculados a la organización y al contenido del trabajo y en qué medida las reacciones ante el mismo dependen de la vulnerabilidad individual de cada trabajador.

A pesar de que existen numerosas pruebas contrastadas de que en el entorno laboral están presentes muchos estresores laborales, y que como

refiere la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Unión Europea en su documento *Estrés laboral: ¿la «sal de la vida» o «el beso de la muerte»?*, del año 1999: «El estrés es inevitable. Lo que no es inevitable es la situación de estrés prolongado, recurrente o intenso. Lo que es necesario prevenir en primera línea es el estrés creado por una estimulación insuficiente, excesiva o errónea, junto con la imposibilidad de controlar la situación y la falta de apoyo social, o la inadecuación entre el esfuerzo y la recompensa. El estrés —saludable—, que es más un desafío que una carga, se caracteriza por la salud, la productividad, la vitalidad y el bienestar tanto de las personas como de las empresas».

Por eso dichos estresores inevitables que a un número significativo de trabajadores les resultarían perjudiciales y patógenos es para los que es fundamental desarrollar sistemas de identificación que faciliten posibles intervenciones organizacionales y en paralelo intervenciones a nivel organizacional. Siguiendo el esquema básico de actuación:

- Intervención individual.
- Intervención en puesto.
- Intervención en la organización.

Este esquema no tiene un orden preestablecido dado que en cualquiera de los tres niveles en los que se detecten indicadores de riesgo debería activarse el correspondiente mecanismo de intervención primaria o secundaria.

Se trataría de dar un salto cualitativo en cuanto a la definición clásica de la prevención primaria, incluyendo en ella no sólo la influencia del entorno psicosocial sobre el trabajador, sino las características individuales del mismo y sus habilidades y estrategias de afrontamiento, basándonos en la definición universal de salud propugnada por la OMS ya citada en los documentos del proyecto.

Las medidas de prevención a nivel individual actuarán y se dirigirán justo sobre aquellos mismos factores individuales del trabajador que puedan ser identificados como elementos de vulnerabilidad. Se persiguen, por consiguiente, mejorar y reforzar tales factores, en previsión de posibles daños. Partiendo de los resultados de investigación, estas medidas preventivas se centran en la personalidad, actitudes y hábitos del trabajador (factores

estructurales), por una parte, y en sus habilidades y estrategias de afrontamiento (factores funcionales), por otra parte.

Respecto a los elementos estructurales puede decirse que han sido definidos como dimensiones de personalidad relativamente descontextualizadas, referidas a la conducta expresiva o al estilo de respuesta y que distinguen a unas personas de otras [WINTER y BAREMBAUM (1999)]. Aunque con dicho término se ha aludido normalmente a una serie de regularidades observadas en la conducta de las personas en una amplia variedad de situaciones, también se han incluido dentro de este concepto patrones consistentes de pensamientos o sentimientos. Por lo general, se considera que los rasgos son las características que el individuo «tiene».

En relación a las actitudes de los individuos, como ya señaló Floyd ALLPORT, éstas son: «una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden». La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social —de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario— que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.

En la psicología social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Basándose en diversas definiciones de actitudes, RODRÍGUEZ definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.

COHEN y LAZARUS (1979) definen las estrategias de afrontamiento como: los esfuerzos, tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar las demandas ambientales e internas, y los conflictos entre ambas, que se evalúan como que exceden los recursos de una persona.

Las estrategias de afrontamiento (a veces llamadas con el término inglés *coping*) hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o

interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción persona-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés.

Cuando las demandas que exigen a un organismo, especialmente al ser humano, las situaciones en las que se encuentra o a las que se enfrenta, este organismo pone en marcha una serie de conductas, que pueden ser manifiestas o encubiertas, destinadas a restablecer el equilibrio en su transacción con el ambiente (más específicamente en la transacción persona-ambiente) o, cuando menos, a reducir el desequilibrio percibido y las consecuencias aversivas que de él derivan. El mecanismo por el que estas conductas modulan el impacto y efectos de la fuente de amenaza es mediante los cambios que introducen en los procesos valorativos.

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento:

- Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.
- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

Si bien es de todos conocido que la exposición en el trabajo a factores de riesgo psicosocial, está asociado a diferentes y variados trastornos de la salud [KARASEK (1988), LANDSBERGIS (1998 y 2003)], no es menos cierto que, al igual que en otros países de la UE, en España una correcta identificación y prevención de este tipo de factores es una asignatura pendiente.

No en vano la Comunicación del Parlamento Europeo para definir la Estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2007-2012) volvió a referir que: «la falta de protección eficaz de la salud y de seguridad en el trabajo = absentismo por accidentes laborales y enfermedades profesionales = invalidez permanente de origen profesional... aumentan las enfermedades profesionales (trastornos osteomusculares y alteraciones por presiones psicológicas... las prioridades en investigación deben incluir, en particular, las cuestiones psicosociales, los trastornos osteomusculares..., la gestión de la salud y la seguridad, los riesgos derivados de varios factores cruzados (por ejemplo, organización del trabajo y diseño de los lugares de trabajo, ergonomía, o...».

Son pocos los estudios de investigación publicados en revistas científicas españolas y, al igual que en otros países de nuestro entorno, la prevención continúa centrándose en el entorno psicosocial del trabajo y la influencia de éste sobre el trabajador, olvidándose, no en pocas ocasiones, del trabajador en sí mismo y de sus estrategias de afrontamiento personal.

La evaluación de los diferentes factores de riesgo psicosocial, en términos generales, requiere de métodos muy diferentes de los utilizados para la evaluación de los factores de riesgo de cualquier otra de las áreas o disciplinas preventivas.

Para realizar de forma correcta este tipo de evaluación, son necesarios el diseño de cuestionarios específicos y la realización de un correcto análisis de encuestas de campo. Dada la dificultad para diseñar y aplicar un método de evaluación «personalizado» para cada caso, en las últimas décadas han surgido diferentes instrumentos para la evaluación de este tipo de riesgos [MARTÍN-DAZA (1997), ISTAS (2004)], si bien la sola aplicación de este tipo de métodos no permiten la adopción de medidas preventivas concretas y específicas en muchos casos [RICK (2001)], dado que no evalúan los factores de índole individual ni las habilidades de afrontamiento y/o capacidad de respuesta de los individuos.

Por lo general, no se tienen en consideración los efectos que, el propio proceso de elaboración o productivo (el trabajo), tiene sobre los sujetos (trabajadores) como potenciales mediadores o factores causales de enfermedad. KATZ y KAHN, ya en 1978, reseñaban que «el bienestar y las enfermedades de los individuos no son vistas ordinariamente como resultados organizacionales, ni siquiera en parte».

Los factores de riesgo psicosocial deben ser entendidos como toda condición que experimenta el ser humano en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que le rodea (laboral o extralaboral), por lo tanto no se constituye en un riesgo sino hasta el momento en que se convierte en algo nocivo para el bienestar del individuo o cuando desequilibran su relación con el trabajo o con el entorno [VILLALOBOS (1999)].

El concepto de estrés se ha aplicado a los fenómenos psicosociales con lo que ha llegado a designar diversos aspectos. Se da un estado de estrés psicosocial cuando una serie de demandas inusuales o excesivas amenazan el bienestar o integridad de una persona. En el intento de dominar la situación se corre el peligro de que los recursos de afrontamiento se vean superados, llevando a una perturbación en el funcionamiento, dolor, enfermedad o, incluso, muerte.

Las acepciones a las que ha hecho referencia el término estrés han sido variadas a lo largo de la historia, en el ámbito científico fue CANNON (1911) quien definió el estrés como «los estímulos capaces de desencadenar la reacción de lucha o huida» concibiendo al organismo como un sistema homeostático en el que el estrés es una sobrecarga del medio que provoca una ruptura de dicha homeostasis, originando la enfermedad.

Posteriormente SEYLE (1936) consideró el estrés desde una óptica diferente, como «la respuesta inespecífica del organismo ante toda demanda hecha sobre él»; se trata como respuesta, como estímulo o como interacción de ambos; se considera primordial el organismo (la persona) y su respuesta ante las demandas del entorno. Y esto es así porque dicha relación se modula y arbitra a través de lo que en fisiología se conoce como síndrome general de adaptación [SEYLE (1936)], en el que el individuo responde al estímulo de forma específica (diferente en cada caso y para cada sujeto), estando en nuestro caso condicionada y mediada, dicha respuesta, por las habilidades de la persona o capacidades, motivaciones, expectativas, creencias, experiencias previas, sus características individuales y sus capacidades de respuesta o habilidades de afrontamiento, constituyendo todo ello los elementos de adaptabilidad o «resiliencia».

Se puede definir la resiliencia como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces

graves, es decir, implica el ajuste saludable a la adversidad [VERA y CARBELLO (2006)], y este concepto complementa el de «desesperanza adquirida» que supone la antesala de los trastornos distímicos o síndromes generales de desadaptación (emotivos, ansiosos, etc.) que deben siempre intentar prevenirse.

Por otro lado, es numerosa la bibliografía que habla de los perjuicios del estrés, producido en el ámbito laboral, sobre la salud. Muchos de los problemas relacionados con la salud de los individuos en la organización son abordados por la medicina del trabajo y los problemas relacionados con la salud anímica o mental son estudiados, con más detenimiento, por la psicopatología del trabajo [SIVADON y AMIEL (1972)], pero la reacción fisiológico-psicológica de los sujetos ante situaciones amenazantes en el contexto de la organización laboral, es mediada por lo que conocemos como «estrés laboral».

De entre las innumerables definiciones que se han dado del término estrés, una de las más «adecuadas» y basada en formulaciones teóricas fundamentadas en la experimentación es la que se refiere al estrés como «un importante desequilibrio percibido entre la demanda y la capacidad bajo condiciones en las que el fracaso en la solución de la situación tiene importantes consecuencias percibidas» [MCGRATH (1970)].

En cualquier caso, el estrés sería uno de los resultados posibles de la interacción de los factores inherentes al individuo y los inherentes a la organización, junto con patologías de índole físico y/o mental.

Desde esta perspectiva de **salud integral: mente y psique como un todo** (OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2004, Ginebra), es desde la cual consideramos fundamental incorporar los factores inherentes al individuo así como los aspectos organizacionales, si bien habría diferentes momentos de evaluación en los que varían los elementos a tener en cuenta.

Si tomamos como referencia que la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales, es decir, la dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, según consta en la constitución de la misma: «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedades».

Los conceptos de salud mental incluyen:

- Bienestar subjetivo.
- Autonomía.
- Competencia.
- Dependencia intergeneracional.
- Reconocimiento de la habilidad de realización intelectual y emocional.

Hay que tener en cuenta que existe normativas como son las recomendaciones de la OIT, las normas ISO, las UNE, etc., que aconsejan la evaluación de las capacidades y aptitudes, desde una perspectiva psicosociológica, a través de los cada vez mejores y más eficaces instrumentos de medida de que dispone hoy la psicología del trabajo, que nos permiten calificar la idoneidad del ajuste persona-puesto, y así efectuar una forma de prevención primaria. No en vano desde hace muchos años existen colectivos en los que se establece periódicamente, incluso se ha normalizado en protocolos de actuación preventiva como son los pilotos de aviación, los maquinistas, los policías, etc. También con una cierta frecuencia se realiza esta prevención para colectivos como el de conductores de carretillas, gruístas, estibadores portuarios, empleados del sistema financiero, brigadas de incendios, protección civil, personal de instalaciones nucleares, etc.

Según la *Guía de actuación en factores psicosociales de la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social* (2006), puesto que las consecuencias para la salud del trabajador pueden ser muy diversas y numerosas, no cabe hacer un listado de enfermedades relacionadas de una forma automática con el riesgo psicosocial. Las enfermedades podrán ser de carácter físico o psíquico, en cualquiera de sus manifestaciones, pudiendo abarcar síntomas tales como dolores de espalda, mala digestión, dolores de cabeza, nerviosismo, alteraciones del carácter, insomnio, agresividad, pérdida de la memoria, etc. El incremento o reiteración de enfermedades, bien en un mismo sujeto o en un mismo entorno (equipo de trabajo, departamento o centro de trabajo) ha de constituir una «señal de alarma», un indicador de que es preciso efectuar una evaluación psicosocial de nivel avanzado.

Inspección de trabajo con objeto de trasladar los indicadores citados a supuestos concretos (aun no siendo posible hacer una enumeración cerrada de ocupaciones o tareas en las que el riesgo psicosocial se manifieste), sí se apunta una mayor presencia del riesgo en actividades como las que pasan a enumerarse:

- Personal docente.
- Personal sanitario.
- Teleoperadores.
- Puestos de trabajo de atención al público.
- Personal de la Administración Pública.
- Trabajos cuyo contenido es monótono y repetitivo (v. gr.: cadenas de montaje) o en los que el trabajador carece totalmente de autonomía decisoria.
- Puestos en los que se exige un nivel de rendimiento o dedicación muy elevado (v. gr.: ejecutivos o trabajos retribuidos conforme a un índice de productividad, etc.).

Siguiendo la línea establecida por la inspección podríamos plantearnos un abordaje completo bien definido en niveles de intervención, para ello podemos seguir el modelo planteado por WALLOT (1979), según este autor se definirían tres niveles:

- Primero: actividades de promoción de la salud mental en el trabajo (prevención primaria).
- Segundo: actividades de despistaje precoz de trastornos psicológicos asociados al trabajo (prevención secundaria).
- Tercero: rehabilitación y readaptación en el trabajo (prevención terciaria).

En los reconocimientos médicos realizados a los trabajadores desde el área de vigilancia de la salud, suelen realizarse de forma habitual analíticas de sangre, espirometría u otras pruebas médicas complementarias que ayuden a determinar el estado de salud del trabajador que se somete al reconocimiento médico.

Desde un punto de vista preventivo, consideramos que debe y así lo proponemos (por ello realizamos el presente abordaje) incorporarse a este análisis **la valoración de la salud psicológica de la persona**. Es importante tener presente que **no** se trata de realizar terapia, psicoterapia, dar medicación o diagnosticar trastornos mentales, sino de ser capaces de anticiparnos a los problemas.

Únicamente se trata de **recabar información que nos permita realizar una correcta prevención de cualquier situación que favorezca problemas relacionados con la salud psicológica**, valorar situaciones de conflicto interpersonales, analizar las comunicaciones, las relaciones y conflictos entre las personas que desempeñan una ocupación o con la supervisión que reciben o que practican, y detectar de forma primaria los indicadores de tensión, estrés o insatisfacción en las condiciones de un puesto de trabajo, o indicios sintomáticos de alteraciones de rasgos o habilidades de la personalidad del trabajador que puedan relacionarse con factores vinculados a la tarea, el contenido o la organización de su trabajo, independientemente de otras posibles ayudas que podamos canalizar, etc.

Se realizará una valoración inicial y también periódica, así como específica o avanzada tal y como se indica a continuación.

3.1. ¿En qué consiste esta valoración psicológica?

- **Inicial:** se recaba información mediante la realización de unas pruebas psicométricas en las que se realiza un *screening* o valoración inicial acerca de la situación presente de la persona.
 1. En un diseño como el que proponemos hemos de tener en cuenta los aspectos de encuadramiento de puesto (formación mínima necesaria, habilidades o experiencia necesaria, características básicas de la persona, edad, género, etc.) que haya establecido la persona o personas que realizan la incorporación de nuevos empleados a la misma (consultorías de recursos humanos, departamento de personal o recursos humanos, dirección de la empresa, etc.).
 2. Se puede plantear inicialmente la búsqueda de indicadores coordinando las pruebas que habitualmente se suelen realizar en selección de personal vinculadas a lo definido en el punto ante-

rior con las que proponemos en este *screening* inicial, que nos evite ser redundantes en la aplicación y en los indicadores que obtenemos con las mismas cuando se realice el reconocimiento inicial de acceso al puesto de trabajo aprovechando sinergias para optimizar el uso de los recursos materiales de las organizaciones, y mostrando una imagen coherente a los nuevos empleados.

3. Si se considera oportuno por parte del equipo integrado de profesionales de salud laboral que realizan el informe y valoran las pruebas, se puede planificar una entrevista semiestructurada complementaria a la que es habitual dentro de la *praxis* médica para recabar más información y poder emitir un informe más eficaz para integrar a la persona adecuadamente en la organización.
- **Periódico:** se realizará esta valoración periódicamente, la planificación de la misma será equiparable a la periodicidad con la que se realicen los reconocimientos médicos. También se podrá realizar en los siguientes tres supuestos:
1. En el caso de que existan cambios en la organización del trabajo.
 2. Se vaya a realizar un cambio de puesto de trabajo.
 3. Se hayan detectado indicadores a través de quejas o datos sociodemográficos (absentismo, amonestaciones, accidentabilidad, incidencias, etc.).

De esta forma se podrá valorar tanto la consistencia interna de los resultados desde el inicio como la integración de los cambios normativos en el individuo y los planes de desarrollo profesional de la organización:

1. Se realizarán pruebas complementarias a las planificadas inicialmente siempre que se den una de las tres circunstancias planteadas anteriormente.
2. Se propondrán actuaciones acordes: acciones formativas, acciones técnicas u organizativas en el caso de que se considere necesario.

- **Específica:** dependiendo del puesto de trabajo, se incorporarán evaluaciones específicas que permitan valorar adecuadamente al trabajador teniendo en cuenta las características específicas de su puesto de trabajo. Seguiríamos los siguientes criterios:
 1. Cuando el puesto entrañe un riesgo significativo para el trabajador o para terceros o para las instalaciones, se establecerá un perfil psicosociológico básico para el puesto en cuestión.
 2. Se diseñarán unas pruebas psicométricas adecuadas para ello y unos sistemas de control periódico específicos para el mismo.
 3. Se realizará una planificación de las acciones de mejora de habilidades, u otras características que requiera el mismo, con un sistema de evaluación.
 4. Se establecerán reuniones conjuntas de gestión integrada de dichos riesgos.

- **Avanzado:** se realizarán valoraciones de nivel avanzado en el caso de haber detectado una situación de riesgo o un indicador sobre el que sea necesario ampliar información para una correcta valoración del trabajador o trabajadora. En este caso, y sólo en éste, el planteamiento es exclusivamente individualizado, queremos decir con ello que cuando dichos indicadores estén presentes (incidentes reiterativos como por ejemplo dormirse en el puesto de trabajo, olvidos, actos fallidos, patologías centinelas, u otras que se pudieran definir) se protocolizará según criterios médicos y de psicología laboral aquellas pruebas que nos permitan establecer un adecuado diagnóstico de la situación y nos faciliten el establecer las medidas preventivas adecuadas, podrían ser del tipo de:
 1. Pruebas de déficit de atención o memoria.
 2. Pruebas de pérdidas de habilidades.
 3. Mapas de características psicopatológicas.

Así como —lo más importante— orientar al trabajador de cara a la resolución o ayuda que pueda recibir en función de lo que se detecte desde el ámbito laboral.

El objetivo es incorporar estas pruebas desde vigilancia de la salud para complementar la detección y análisis de los factores de riesgo de origen psicosocial que pueden originar daños a la salud dentro de las evaluaciones de riesgos laborales que se practiquen.

Además, desde éstas puede prevenirse que situaciones problemáticas puedan derivar en trastornos o síndromes, como el síndrome de estar quemado por el trabajo o situaciones de hostigamiento psicológico, pudiendo orientar a la trabajadora o trabajador en caso de existir factores internos o externos de otro tipo que estén incidiendo en su estado de salud y que dada la importancia que adquiere el tiempo presencial en el trabajo, y las circunstancias de los entornos de trabajo son en ocasiones más fácilmente detectables desde los servicios de salud laboral.

No se trata de algo novedoso, sino que realmente ha sido la tendencia natural de las últimas décadas en las empresas, dado que este tipo de abordajes supone la antesala de los servicios de apoyo a empleados que ofrecen muchas de ellas, y que van más allá de estas actuaciones preventivas proporcionando servicios de ayuda psicológica especializados por especialistas con una formación específica de forma permanente.

Desde las experiencias habidas en Inglaterra, los Países Nórdicos, Holanda o Francia, y desde hace años en nuestro propio país se ha podido comprobar la eficacia y el beneficio que supone el poder realizar abordajes integrales para la protección de la salud que pueden derivar en una mayor calidad de vida, y en el logro de unas mejores prestaciones sociales para los trabajadores.

En España diferentes organismos públicos y privados están luchando por concienciar socialmente de la importancia que los riesgos psicosociales tienen.

Según resume el trabajo realizado por expertos de la Universidad de Laval, J. P. BRUN y col.: «... no es suficiente actuar sobre las prácticas de gestión y del trabajo; también resulta necesario orientar los esfuerzos hacia las capacidades y las disponibilidades que permiten o no la prevención de problemas de salud mental en el trabajo». Estos autores describen como los problemas de salud mental en el trabajo dependen de factores de riesgo organizacionales e individuales, que pueden llevar a numerosas disfunciones que podrían atentar contra la organización o la persona.

Esta dinámica de desarrollo de problemas de salud mental tiene también una estrecha relación con las prácticas de gestión y de trabajo que pueden, simultáneamente, implicar apoyos u obstáculos para el equilibrio psicológico y organizacional.

Este esquema teórico también abre camino hacia la prevención y hacia las condiciones a implantar (capacidades y disposiciones) para garantizar actuaciones preventivas eficaces y dirigidas».

Las organizaciones que son eficaces y obtienen buenos resultados en materia de prevención de problemas de salud psicológica en el trabajo recurren a la elaboración de un planteamiento estratégico [CIGA, FARAGHER y CO. (2003), TASHO, JORDAN y col. (2005)]. A la luz de las investigaciones realizadas en torno a la prevención del estrés [BRUN, BIRON y col. (2003), BRUN, BIRON y col. (2007), BRUN, BIRON y col. (2008)], y según los modelos de prevención del estrés ya existentes [COX, GRIFFITHS y col. (2000)]; Health & Safety Executive (2003), COMCARE (2005)], se recomienda una actuación a desarrollar en cinco etapas:

1. Preparación de la intervención.
2. Evaluación de la amplitud del problema e identificación de riesgos.
3. Identificación de problemas concretos.
4. Elaboración de soluciones.
5. Implantación de acciones y evaluación de su impacto.

La prevención de los problemas de salud psicológica en el trabajo no debe ser improvisada ni replicarse de una organización a otra. Es esencial desarrollar una estrategia precisa que corresponda a la realidad de cada empresa, al igual que ocurre cuando se realiza un plan estratégico.

Se trata, pues, de encontrar una estrategia organizacional que pase por una gestión más humana de los recursos disponibles, favoreciendo su desarrollo y su bienestar.

Es importante destacar cómo la literatura sugiere que una actuación eficaz en materia de prevención de problemas de salud mental en el trabajo pondría énfasis tanto en el individuo como en la organización, así como en

la interacción entre ambos, por lo cual debería desarrollar los niveles primario, secundario y terciario [MURPHY (1988), DE FRANCK y COOPER (1987)].

Haciendo un breve resumen de lo expuesto se trata de integrar desde un punto de vista preventivo pruebas psicométricas, tanto de personalidad como de aptitudes que complementariamente al proceso de ajuste personal-puesto que se realice desde como se ha expuesto los perfiles de selección de personal o promoción interna que se establezcan desde recursos humanos, y la identificación y análisis inicial de indicadores de riesgo así como la evaluación de nivel inicial del riesgo psicosocial.

Se incorporará e integrará específicamente en diferentes momentos de la valoración e identificación del riesgo: inicial y periódico. También se realizará una diferenciación en función de las características del puesto de trabajo, entre valoración específica y valoración avanzada, siguiendo los parámetros marcados, hechos que permitirá en todo momento establecer una línea de trabajo conjunta entre vigilancia de la salud y prevención técnica, objetivo crítico de nuestro proyecto porque es uno de los que aporta un hecho marcadamente diferencial con lo propuesto hasta ahora.

En cada una de estas fases deberá tenerse en cuenta las características concretas de cada uno de los puestos de trabajo, para lo cual será imprescindible el conocimiento de las tareas y la descripción de los puestos de trabajo que se disponga desde otras áreas como recursos humanos, así como, las modificaciones organizativas, físicas o ambientales que se produzcan en los mismos y sobre lo que tendremos que recabar la información pertinente (producción, logística, etc.).

Para poder realizar una correcta valoración de las aptitudes y capacidades de cada trabajador que nos permitan un óptimo análisis de indicadores de resistencia y vulnerabilidad a determinadas características de su puesto de trabajo, se establecerá un intervalo de ajuste a los parámetros de normalidad de la población española según los baremos de las pruebas y el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados. Es decir, se establecerá un perfil psicológico que nos permita establecer alertas para el establecimiento de una intervención. Conforme avancemos en el proceso irá adquiriendo más peso la baremación intragrupo, es decir, la comparación respecto a los trabajadores que tenemos, y la intrapersonal, la comparación del trabajador respecto a sí mismo, dado que se trata de

conseguir un entorno saludable más que un ajuste a la normalidad expuesta de la población general.

Este perfil psicológico será establecido para cada uno de los puestos de trabajo, teniendo en cuenta como se ha explicado anteriormente las características específicas de cada puesto de trabajo y cada variable o dimensión psicológica necesaria para ajustarse al mismo valorada a través de las pruebas psicométricas seleccionadas *ad hoc* para la organización (tanto de personalidad como de aptitud). Cada dimensión psicológica o escala valorada tendrá un peso específico (intervalos de máximos y mínimos, límites de tolerancia, aportaciones a factores estructurales del estudio y límites de riesgo establecidas) en el perfil en función de las habilidades y recursos requeridos para el puesto de trabajo.

Las alertas para el establecimiento de la intervención concreta a nivel individual o a nivel organizacional serán establecidas en función del perfil específico para cada puesto e integrando los factores de organización de la misma, para ello se establecerá un sistema que siempre requiera una acción, o intervención, con un control inmediato, evolutivo o situacional de las mismas a través de la planificación y los sistemas y métodos que se consideren más eficaces.

En esta parte hemos visto la motivación de los que proponemos su justificación y cómo queremos llevarlo a cabo, ajustándonos a lo establecido anteriormente pero ya especificando los diferentes aspectos que tras la entrega del mismo nos permite realizar un trabajo práctico de campo en el que poder valorar efectivamente lo que hemos diseñado con el objetivo último de evitar, minimizar, en definitiva, prevenir cualquier posible daño a la salud de los trabajadores de una organización FASyS.

3.2. Integración de prevención técnica y recursos humanos

Previamente a la adecuación de otros parámetros, los psicólogos u otros profesionales en la organización ya se han intervenido buscando el mejor ajuste a través de la selección y la formación del personal.

Es decir, la primera acción psicosocial preventiva en un proceso selectivo consiste en ajustar la persona al puesto a realizar, si bien este conocido proceso significa evitar al trabajador la exposición a muchos problemas psicosociales posteriores y, por tanto, si el proceso está bien realizado, la

persona elegida no tendría más que superar el período inicial de prueba y formación, por lo que no cabe argumentar que es el trabajador quien no se adapta al puesto, ya que el artículo 15.1.d) de la LPRL dice que «adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud».

Lo que no podemos olvidar durante este proceso son las posibles diferencias interindividuales por las que sin duda alguna la selección toma una gran relevancia a la hora de considerar a los trabajadores especialmente sensibles, ya la LPRL en su artículo 25.1 dice: «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 encuentran manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo».

Desde esta perspectiva preventiva nos interesa analizar el proceso o encontrar las claves para conseguir un equilibrio o un grado de concordancia y correspondencia entre la persona y su ambiente. Obviamente, las diferentes personalidades encajarán de diferentes formas en los ambientes, repercutiendo ello en el grado de satisfacción personal, en el rendimiento y en el nivel de estrés. Ciertamente parece que la clave está en la interacción entre la persona y su ambiente, y esta interacción es el objeto de estudio para analizar la conducta humana en las organizaciones. Las consecuencias de esta interacción repercuten en la productividad, el absentismo, la rotación y la satisfacción.

De los estudios realizados se deduce que los esfuerzos por modificar unidireccionalmente o las personas o el ambiente no dan resultados plenamente satisfactorios, dado que insistimos, lo importante es la interacción de ambas y desde ésta interacción vamos a plantear los siguientes aspectos [MUCHINSKY (1994)]:

- Interacción persona-ambiente disfuncional: estrés y agotamiento, y ambigüedad y conflictos de rol, por lo tanto perjudicial para la organización y el individuo.

- Interacción persona-ambiente funcional: implicación laboral, compromiso organizacional y autoestima, beneficiosa para la organización y el individuo.

Por tanto, a nivel de intervención primaria la prevención de riesgos de origen psicosocial cobra especial relevancia a la hora de:

- Reducir cualquier innecesaria exposición al riesgo, debido a características individuales.
- Valorar en qué medida las capacidades de la persona se ajustan a las exigencias del puesto.
- Establecer procedimientos más fiables según las diferencias personales para la adaptación proporcionando las capacidades básicas para el desarrollo posterior de las funciones correspondientes.

Es decir, se trata de la búsqueda de las diferencias individuales que nos ayuden a predecir los accidentes con el objetivo de eliminarlos o reducirlos. Estas diferencias habitualmente se han buscado a través de dos tipos de predicciones: predicción grupal y predicción individual:

- Predicción grupal: es el cálculo de la probabilidad estadística de sufrir accidentes en función de múltiples variables demográficas y otros predictores de posicionamiento del individuo respecto al grupo. Se ha mostrado eficaz en la predicción de accidentes (compañías de seguros) pero para evitar la falacia ecológica se deben seguir buscando predictores adicionales para afinar cada vez más las predicciones.
- Predicción individual: se basa en la probabilidad de sufrir accidentes que tienen ciertas personas. Es una de las vías más interesantes pero hay pocos estudios con resultados claramente positivos. Aspectos valorados con poder predictivo en los accidentes han sido: la habilidad perceptiva, los códigos de información seleccionados y el proceso de tratamiento de la información [BARRETT y THORNTON (1968), WILLIAMS (1977)]. La investigación sobre el valor predictivo de los tests de personalidad está obteniendo éxitos recientemente al usar diferentes escalas y ante las nuevas pruebas de personalidad. Diremos que factores como impulsividad, agre-

sividad, atracción por el riesgo, confianza... se han demostrado eficaces en la seguridad vial.

Diremos que de acuerdo con este enfoque habría que tender a contratar personas en función de variables que nos marquen la probabilidad de tener o no accidentes, pero en un primer estadio y hasta que no se desarrollen nuevos modelos predictivos, se haría para puestos de alto riesgo de accidente dado que, como no tenemos un alto grado de fiabilidad predictiva, al menos hemos de adoptar en situaciones especiales de riesgo una postura prevencionista.

4. FACTORES PSICOFÍSICOS

Cuando hablamos de factores psicofísicos nos referimos a aquellos relacionados con la carga física necesaria o derivada de la realización de una actividad o trabajo (posturas de trabajo, esfuerzos derivados de la manipulación manual de cargas, movimientos repetitivos, necesidad de aplicación de fuerzas...) y a la carga psíquica requerida para resolver los aspectos cognitivos, organizacionales o relacionales derivados de la actividad (ritmos de trabajo, monotonías, relaciones interpersonales, relaciones estructurales u organizacionales, ambigüedades de rol, tiempos de descanso...).

Por otra parte, no debemos olvidarnos de los factores ambientales como aquellos que pueden influir sobre la percepción de confort del trabajador y, por consiguiente, repercutir en la salud y el bienestar del propio trabajador y, consecuentemente, de la organización de la empresa.

A estos aspectos haremos referencia en este apartado como elementos estresores relacionados con el medioambiente físico donde se realiza un trabajo y que incluimos dentro del concepto de proxémica ambiental.

El término proxémica fue propuesto por el antropólogo Edward T. HALL en 1963 para describir las distancias medibles entre las personas mientras éstas interaccionan entre sí. El término se refiere al empleo y a la percepción que el ser humano hace de su espacio físico, de su intimidad personal; de cómo y con quién lo utiliza.

La proxémica estudia y relaciona al hombre con el espacio que lo rodea, a fin de mejorar la salud holística de los trabajadores que desempeñan sus tareas y funciones en un determinado espacio.

Los estresores del ambiente laboral físico a los que nos referimos son:

- Ruido.
- Iluminación.
- Condiciones termohigrométricas:
 - Temperatura.
 - Humedad relativa.
- Vibraciones.
- Higiene del entorno, toxicidad.
- Disponibilidad y disposición de espacio físico para el trabajo.

Aunque, en un principio, el abordaje de estos factores se había realizado desde el ámbito de la higiene industrial, se ha ido incorporando progresivamente estos factores al entorno de la ergonomía una vez asumido que pueden llegar a influir (positiva o negativamente) en la percepción de confort del operario o trabajador durante el desarrollo de su actividad, afectando a la salud, sobre todo mental, cuando la percepción del individuo es negativa.

A continuación describimos cada uno de estos estresores.

4.1. Ruido

El ruido se puede considerar como un estresor por debajo de aquellos niveles reconocidos como productores de daños auditivos. Son capaces de generar fatiga, irritabilidad, problemas de concentración, un mayor número de errores y problemas en la comunicación interpersonal.

El ruido es fuente de estrés cuando nos distrae, bien sea intermitente o excesivo, impide nuestro proceso de pensamiento normal, y nos genera sensaciones de frustración y problemas de concentración.

Altas intensidades de sonido producen el enmascaramiento de otras señales relevantes (por ejemplo, indicadores de peligro, avisos verbales), contribuye a incrementar la probabilidad de accidentes y reduce las posibilidades de comunicación en todas las direcciones en el puesto de trabajo.

Diversas investigaciones mostraron que las condiciones desagradables de trabajo debidas al ruido inciden negativamente en el nivel de satisfacción, la productividad y la vulnerabilidad a los accidentes, e incrementan la tasa de errores. El ruido interfiere en la actividad mental, provocando fatiga, irritabilidad y dificultad de concentración.

Respecto a estas investigaciones, se ha comprobado que la introducción de protectores reduce la tasa de accidentabilidad [COHEN (1976)], o que bajo condiciones de ruido se ha constatado una reducción de las conductas de ayuda, actitudes más negativas ante los otros y más hostilidad abierta [JONES (1983)].

4.2. Iluminación

El tener que trabajar en un entorno con una iluminación adecuada facilita el realizar trabajos que exijan esfuerzo visual, o favorece el mantenimiento de la atención, en el tiempo prescrito evitando fatiga y errores. Por lo que los diferentes aspectos de la iluminación (luminosidad, brillo y contraste) son relevantes tanto para el rendimiento como para la salud y el bienestar psicológico. Es más, no solamente estos factores, sino que factores como temperatura de color de las luminarias así como factores colorimétricos del entorno de trabajo, o las modificaciones que se puedan realizar a lo largo de la jornada de trabajo sobre estos factores, pueden influir sobre los factores anteriormente mencionados.

Una iluminación inadecuada en el trabajo tiene consecuencias negativas para la visión, dolores de cabeza, fatiga visual, tensión y frustración por resultar el trabajo más molesto y costoso [POULTON (1978)].

4.3. Temperatura

Influye sobre el bienestar de la persona (tanto por exceso como por defecto) y su sensación de confort. La temperatura en sus extremos exige un esfuerzo continuado de atención para no cometer errores. Trabajos que requieren decisiones críticas o discriminaciones finas son afectados en términos negativos por el exceso de calor. La destreza manual se deteriora en condiciones de baja temperatura siendo causa de accidentes.

La temperatura es un estresor que puede ser causa de accidentes al entorpecer el funcionamiento de las destrezas y capacidades mentales del operador.

4.4. Toxicidad, ambientes contaminados, higiene

El conocimiento cada día mayor de los posibles efectos para la salud de trabajar con ciertos materiales tóxicos o en ciertos ambientes contaminados ha hecho que se adopten medidas preventivas, pero también que se convierta en un estresor relevante al ser consciente el operador de con qué trabaja, aunque a medio plazo la reglamentación específica y la formación propiciará el uso de estrategias que eviten los riesgos. La incomodidad que produce el manejo de productos tóxicos o la forma en que el uso de los elementos protectores inciden sobre el rendimiento, el riesgo de accidentes o la satisfacción laboral son también investigados.

Los ambientes contaminados y los productos tóxicos generan una tensión añadida que funciona como estresor y puede generar riesgos de accidentes e insatisfacción.

Por otra parte, la suciedad, los malos olores, el entorno polvoriento, el desorden generalizado, la falta de ventilación, la inadecuación de las áreas de descanso y las condiciones de mantenimiento de los sanitarios son aspectos que pueden producir insatisfacción, irritación y frustración.

La higiene (o el déficit de ésta) es un estresor cuando las condiciones físicas del entorno y/o la de los compañeros son desagradables y notorias.

4.5. Disponibilidad y disposición del espacio físico para el trabajo

La disposición de los espacios de trabajo es un estresor que fundamentalmente se vincula a situaciones de hacinamiento, aislamiento y coactividad, aunque otras variables de disposición espacial son fuente de insatisfacción, irritabilidad y menor rendimiento.

La falta de espacio físico, el tamaño excesivo de los espacios de trabajo o la inadecuación de los mismos a las condiciones de trabajo y a los operadores que allí trabajan puede ser un estresor importante en el trabajo.

La psicología ambiental, y en especial la proxémica ambiental (término tomado de la antropología que estudia las conductas de territorialidad de los seres humanos ¿cómo nos comportamos en un espacio físico en función de las características del mismo?), ha señalado el papel estresor del

hacinamiento, el aislamiento, la coactividad o de la falta de personas en un determinado espacio.

Determinados diseños del lugar de trabajo [«condiciones físicas del entorno laboral que pueden observarse objetivamente, o registrarse o modificarse, mediante intervenciones de diseño arquitectónico, diseño de interiores y medidas urbanísticas», STOKOLS (1998) y/o disposiciones espaciales en el trabajo en la fábrica o en las oficinas (directa atención al público, sin visión de otros operadores, sin orientación externa, distancia de otros puestos o centros de la empresa, vulnerabilidad, accesibilidad, tamaño del espacio, proximidad física de personas y máquinas, cerramiento físico del puesto, zonas de trabajo abiertas, ventanas cercanas, accesos a entorno naturales, alta densidad social, disposición interior, acceso a servicios y ocio, etc.) producen más estrés que otras por los comportamientos de territorialidad, la influencia de variables emocionales, los inconvenientes que introducen en el desempeño del trabajo y los costes en movimientos, esfuerzo y pérdida de tiempo que representan.

En un entorno de trabajo, como en cualquier otro espacio compartido, aunque nadie sea propietario de su puesto de trabajo, todo el mundo desarrolla un sentimiento de pertenencia sobre el espacio en el que trabaja, pudiendo sentirse agredido e incómodo si vulneran ese «sitio», si «invaden» su «espacio personal». El tema de las distancias personales es el factor proxémico más importante. La distancia personal alrededor de un individuo constituye un territorio que ocasiona reacciones emocionales muy fuertes en caso de ser transgredidas, a veces con unas consecuencias difíciles de explicar.

En cualquier caso, es conveniente tener en cuenta que todos los elementos como el espacio físico, campo visual, distancia mínima personal con otros puestos, situación corporal (espacio anterior y posterior), espacio único o compartido, accesibilidad, privacidad, etc., no suelen constituir reclamaciones conscientes para el individuo salvo en escenarios extremos, pero no por ello dejan de ser relevantes en la conducta laboral.

En definitiva, el diseño de los espacios de trabajo debería tenerse más en cuenta y no sólo como cuestión de racionalización de los procesos industriales o como imagen de la empresa, sino pensando que es un elemento no principal pero sí relevante de insatisfacción en el trabajo.

4.6. Vibraciones

La vibración puede ser un estresor fundamentalmente por su frecuencia e intensidad.

Las vibraciones pueden ser molestas (por ejemplo, intentar concentrarse al lado de un martillo neumático en funcionamiento), o la sensación de inseguridad de pasar por un sitio que se mueve o vibra (porque pasa el tren o el metro por debajo o cerca), de ello que se han constatado los efectos desagradables y molestos de las vibraciones e implicaciones negativas para el bienestar psicológico de los operadores expuestos a ellas.

Una vez definidos todos estos factores, consideramos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de gestionar todos los factores de riesgo que pueden considerarse presentes en un entorno de trabajo y que deben ser corregidos cuando estos puedan llegar a incidir negativamente sobre el colectivo o el individuo que realiza una actividad en un puesto de trabajo.

La capacidad de respuesta que podamos desarrollar en la gestión-corrección de estos factores estresores o de riesgo influirá sobre el concepto de salud y seguridad del entorno y puesto de trabajo.

5. POSIBLES INTERVENCIONES SOBRE EL INDIVIDUO

Como motivo de este estudio, y en relación con el modelo propuesto, los factores inherentes al individuo, o lo que es lo mismo, con origen en el trabajador, pueden ser diferenciados en dos subgrupos o tipos diferentes:

- Los que son constitutivos de una posible patología actual.
- Aquellos antecedentes que pudieran suponer una situación de especial vulnerabilidad del trabajador.

En aquellos casos en los que la persona está afectada por un trastorno anímico o mental en situación subclínica, o en aquellos otros en los que, por haberla padecido con anterioridad, presentan una especial vulnerabilidad, tenemos que identificar qué «factores» o «parámetros» pueden ayudarnos a identificar potenciales situaciones de riesgo para la salud de la persona.

Además, la vivencia ante una determinada situación es diferente de un individuo a otro, siendo también diferente su respuesta ante un estímulo

concreto. Ello es debido a una serie de características propias de cada persona, entre otras:

- Interpretación cognitiva (en la que influyen actitudes, expectativas, creencias...).
- Habilidades de afrontamiento y sociales.
- Rasgos de personalidad.

A partir de la literatura sobre resiliencia y estrés laboral, para abordar los dos subgrupos de factores individuales reseñados al inicio de este epígrafe, proponemos un modelo en el que se identifiquen lo que podríamos establecer como factores de vulnerabilidad y factores protectores, que unido a los síntomas iniciales potencialmente presentados por una persona con situación preclínica y a sus antecedentes de patología psíquica, podrían ser utilizados como factores de identificación de una determinada situación de riesgo.

El concepto de vulnerabilidad, tal como lo describe la Real Academia de la Lengua Española, se refiere a la cualidad de vulnerable, es decir, a la posibilidad de ser herido o recibir alguna lesión física o moral [RAE (2010)].

A los efectos del presente trabajo, entendemos como **factores de vulnerabilidad**, aquellos que aumenten la probabilidad de padecer un posible trastorno o patología psíquica; y como **factores protectores**, aquellos que disminuyen dicha probabilidad.

Además de las intervenciones señaladas, como elemento fundamental en prevención terciaria se establecerá un programa de ayuda al empleado [Employee Assistance Programme (EAP)] que constituye una herramienta de protección y promoción de la salud de los trabajadores de aplicación individual y complementaria de otras actuaciones colectivas destinadas a la creación de entornos seguros y saludables.

El programa de ayuda al empleado tiene una doble vertiente:

- Reactiva: intervenciones ante situaciones de malestar psicossomático e incluso de crisis actuando terapéuticamente sobre la persona y conduciéndola hacia una participación activa en su cambio y crecimiento personal.

- Proactiva: que guía e informa al trabajador sobre los recursos disponibles tanto en la comunidad como en la propia empresa para solucionar ciertos problemas extralaborales o que orienta a la dirección en la gestión de los recursos humanos y en la identificación de las posibles causas laborales del malestar o daño de origen psicosocial.

La aplicación de los programas de EAP nos permitirá crear habilidades de afrontamiento adecuadas que permitan a la persona disminuir el poder de los factores estresantes, ayudando a mejorar la efectividad de las actuaciones colectivas y disminuyendo las consecuencias de los mismos sobre el individuo. Así pues, si a la actuación preceptiva sobre el entorno de trabajo se le suman actividades que busquen mejorar y reforzar la capacidad del trabajador para hacer frente a esos factores laborales, tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal, el impacto de las medidas preventivas será mayor.

6. CONCLUSIONES

Es imprescindible establecer una forma de abordar los factores individuales y las inherentes a la organización que nos permita establecer una trazabilidad de los indicadores de riesgo del individuo y de la organización. Para ello hemos de trabajar en la integración de las evaluaciones de los factores psicosociales y/o organizacionales que desarrolla el área técnica de ergonomía y psicociología con los análisis de la persona que se desarrollan en el marco de vigilancia de la salud como definición del concepto integral de salud organizacional.

Desde el punto de vista técnico están muy desarrollados los instrumentos, procedimientos e intervención, pero desde el punto de vista individual era necesario establecer los mismos, hecho que hemos efectuado en el presente informe, más teniendo en cuenta el enorme respaldo institucional y preocupación social que tienen estos aspectos.

Como resultado de lo anterior, hemos desarrollado un análisis de la salud integral que pivota sobre dos niveles de intervención, y que integra a su vez los aspectos de la organización. Realizaremos un análisis inicial a través de una prueba psicométrica, que pueden ser complementadas en el caso de ser necesarios análisis más específicos porque el puesto lo re-

quiera. Ello lo haremos de forma periódica según los protocolos establecidos en vigilancia de la salud o cuando los indicadores de las evaluaciones técnicas lo recomienden. También estableceremos niveles avanzados cuando sea necesario por deterioro de la salud o indicadores de accidentabilidad o incidencia significativos, con las pruebas que sea menester.

Nuestra integración de las pruebas expuestas la proponemos a través de ajuste a perfil, estableciendo unos niveles o polos máximos y mínimos que nos permitan calificar el mismo en cada uno de los factores evaluados que posibiliten de forma objetiva y validable establecer las acciones informativas, formativas o correctoras necesarias para conseguir la eliminación del riesgo, la minimización del mismo o potenciar el desarrollo de la persona y la organización. Dado que a través de estos ajustes estableceremos el grado de ajuste-desajuste persona-puesto, y detectaremos debilidades o fortalezas que nos permitirán objetivas la situación de riesgo, integrando los diversos estresores que pueden disrumpir en el proceso, como son los factores psicofísicos y/o estresores múltiples (ruido, iluminación, espacio físico, etc.), en la medida que generan afectaciones a la salud del trabajador, completando el círculo de factores que afectan al individuo desde el punto de vista aquí analizado.

Estos desarrollos suponen un salto cualitativo y cuantitativo en la gestión actual de la prevención y, en concreto, en la salud de los trabajadores que, a su vez, se podrá ver ampliada mediante la posibilidad de conexión de la información del sistema público de salud con el sistema FASyS.

Estas nuevas funcionalidades podrán constituir en un futuro cercano el conjunto de requisitos de un sistema de gestión más exigente que los que actualmente utilizamos, tomando como referencia OHSAS 18001. Así, partiendo de los requisitos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de este estándar OHSAS, se especificarán las mejoras y/o cambios conceptuales que tanto la tecnología como la filosofía del proyecto FASyS, imprimirán en éste y en otros sistemas de gestión actualmente utilizados.

Todos estos retos identificados se concretan en un conjunto de soluciones tanto tecnológicas como metodológicas definidas y desarrolladas por los distintos socios del proyecto, haciendo un total de cincuenta y cuatro casos de uso.

Con todo conseguiremos avanzar en el proceso de intervención sobre el nivel de individuo, puesto y organización, permitiendo desarrollar las acciones que nos hagan lograr una medida objetiva de mejora en la calidad de vida laboral tanto de las personas como de la organización.

7. BIBLIOGRAFÍA

AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (2002). «El cambiante mundo del trabajo». *Forum*, 5. Agencia Europea. <http://osha.eu.int/ew2002>.

COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE MADRID Y SOCIEDAD CASTELLANA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO (1996). *Salud laboral y ciencias de la conducta*. Fundación MAPFRE y Fundación MAPFRE-MEDICINA.

DIRECCIÓN GENERAL DE LA ITSS (2006). *Guía de actuación inspectora en factores psicosociales*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

FAVERGE, J. M. (1975). «Psicosociología de los Accidentes de trabajo». Editorial Trillas.

FERNÁNDEZ ARIAS, J. C. «Curso multimedia de control de los riesgos psicosociales y su integración en la gestión empresarial». En <http://www.crea.es/prevencion>.

LAZARUS, R. S., y FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez-Roca, S. A.

LEPLAT, J. (1985). *La psicología ergonómica*. Ed. Oikos-Tau.

LÓPEZ-MENA, L. (1989). *Intervención psicológica en la empresa*. Ed. Martínez-Roca, S. A.

MUCHINSKY, P. M. (1994). *Psicología aplicada al trabajo: una introducción a la psicología industrial y organizacional*. Ed. Desclée de Brouwer-Biblioteca de Psicología.

NIÑO ESCALANTE, J. (1993). «La atribución de las causas de los accidentes». *Rev. MAPFRE Seguridad*, 51: 33-43.

NIÑO ESCALANTE, J. (1991). «Psicología de la prevención: la realidad subjetiva de los riesgos». *Rev. MAPFRE Seguridad*, 41: 31-39.

NIÑO ESCALANTE, J. (2002). «Evaluación de los riesgos laborales y factores psicosociales». *Rev. MAPFRE Seguridad*, 85: 25-35.

J. M. y PRIETO, F.; Ed. Síntesis - Psicología (1996).

OIT. «Factores psicosociales y organización». *Enciclopedia de seguridad y salud en el trabajo*.

VV. AA. (2002). «Trabajemos contra el estrés». *Revista de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo*, 5. En <http://osha.eu.int/ew2002>.

VV. AA. «Prevención de Riesgos Psicosociales y Estrés Laboral en la Práctica». *Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo*. Informe n.º 104 (2002) <http://osha.eu.int/>.

VV. AA. Notas Técnicas de Prevención, Guías, Folletos informativos. Tema: Ergonomía y Psicopsicología Aplicada. <http://mtas.es/insht/index>.

CUARTA PARTE

LA VIGILANCIA Y EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES

VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Diego ROMERO GÓMEZ

Médico especialista en Medicina del Trabajo

Iñaki OLAIZOLA NOGALES

Médico especialista en Medicina del Trabajo

Unidad de Salud Laboral

OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Conceptos y definiciones
- 1.2. Objetivos
- 1.3. Legislación
- 1.4. Características

2. VIGILANCIA DE LA SALUD MENTAL

- 2.1. Características aplicadas a la vigilancia de la salud mental
- 2.2. Efectos más habituales en la salud mental relacionados con el trabajo
- 2.3. Experiencias en vigilancia de la salud mental en el trabajo
- 2.4. Condiciones para el desempeño de la vigilancia de la salud mental
- 2.5. Desempeño de la vigilancia de la salud mental
- 2.6. Vigilancia colectiva en la salud mental

3. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Conceptos y definiciones

Existen tres conceptos que es necesario definir si queremos definir y caracterizar la vigilancia de la salud de los trabajadores: salud, trabajo y vigilancia.

1.1.1. Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud como *el mayor estado posible de bienestar físico, psíquico y social*. Esta definición se propuso en el acta fundacional del organismo en 1948.

Este concepto incluye dos novedades relativas en las que no suele pensarse cuando en nuestra sociedad se interioriza el concepto de salud. Por una parte, el ámbito de lo social no está habitualmente incluido en la idea de la salud que tiene la sociedad. Por otra parte, es muy importante definir la salud con la idea de *bienestar*. Esto implica que la salud no debe definirse en términos de (ausencia de) enfermedad, sino en estado de bienestar. Como explicaremos, este concepto de bienestar está ligado a los efectos que los factores de riesgo psicosocial pueden producir en los trabajadores. También la falta de bienestar social puede ser uno de los primeros efectos de los riesgos psicosociales.

1.1.2. Trabajo

Existen numerosas definiciones de *trabajo*. Podemos adoptar a efectos de este documento como «la transformación de la naturaleza para que el individuo se aproveche de ella. Esta transformación se realiza con ayuda de la tecnificación, “la ayuda de las máquinas y las herramientas”, y de la organización del trabajo, “el reparto del trabajo”».

La OIT define el trabajo como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, que satisfacen las necesidades de la comunidad o que proveen de los medios de sustento necesarios para los individuos.

1.1.3. Vigilancia

El *Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud*⁽¹⁾ define el término de la *vigilancia de la salud de los trabajadores* como la serie de actividades referidas tanto a individuos como a colectividades, orientadas a la prevención de riesgos laborales, cuyos objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de las actividades preventivas.

Esta vigilancia debe orientarse a la acción. No deben realizarse acciones que no tengan el objetivo de «hacer algo» para evitar la pérdida de salud.

En 1952, el Comité Mixto OIT/OMS, de medicina del trabajo, adoptó la siguiente definición: «La medicina del trabajo tiene como finalidad fomentar y mantener el más elevado nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones. Prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo. Protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes nocivos para la salud. Colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en suma, adaptar el trabajo a cada hombre y cada hombre a su trabajo».

Como dice el *Libro Blanco*, la vigilancia es una actividad propia del ámbito de la medicina del trabajo. Sin embargo, es imprescindible la interdisciplinariedad, puesto que, para llevar adelante esta vigilancia, deberán conocerse las condiciones y riesgos en el trabajo y, a su vez, aportará información capital para la planificación preventiva.

La definición de la vigilancia contiene la idea del seguimiento continuo. No son (o no deben ser) actividades puntuales, sino que estas diversas

(1) COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DE SALUD (2003). *Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud para la Prevención de Riesgos Laborales*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

actividades nos proporcionan información que nos ayudará a conocer los cambios producidos en la salud, tanto de los individuos como de las colectividades, y su relación con los cambios producidos en las condiciones, en los factores de riesgo o en las medidas preventivas del trabajo.

La vigilancia de la salud se dirige a población activa, por lo tanto, a población sana. Es una actividad preventiva que debe planificarse. No es la atención puntual a un trabajador para comprobar su estado de salud en ese momento, sino el seguimiento de la salud de cada trabajador y del medio laboral en el que se desenvuelve para lograr el objetivo de la conservación y mejora de la salud.

En función de las características de la población a vigilar y de la exposición a los peligros presentes en el medio y en el desempeño del trabajo deberá establecerse la planificación:

- Conocer los problemas y necesidades de salud.
- Establecer prioridades.
- Enunciar los objetivos.
- Proponer los recursos.
- Realizar las actividades.
- Evaluar la realización del plan y el cumplimiento de los objetivos.

1.2. Objetivos

Ya se ha dicho que los objetivos generales de la vigilancia de la salud son:

1. Prevenir y controlar los riesgos profesionales.
2. Prevenir los efectos en la salud que esos riesgos profesionales podrían provocar.

Estos objetivos generales se concretan en los dos ámbitos a los que se dirige la vigilancia de la salud: la vigilancia individual y la colectiva.

Individual: la vigilancia individual (o vigilancia médica) son las actividades que incluyen procedimientos médicos para detectar en fase precoz

los efectos en la salud derivados de la exposición en el trabajo y de algún factor del trabajo relacionado con los daños en la salud.

Los objetivos de esta vigilancia individual son:

- Dirigida a personal sano.
- Identificación de los riesgos presentes en el trabajo.
- Relación de los riesgos con los posibles efectos en la salud.
- Búsqueda de los signos que anuncian la enfermedad en el período en que ese efecto es prevenible.
- Identificación de personas especialmente sensibles, aptitud.
- Informar a los trabajadores de su estado de salud y de las recomendaciones y al empresario y al resto de disciplinas de la prevención sobre los resultados epidemiológicos obtenidos y sobre las medidas, tanto individuales como colectivas, que pueda ser necesario tomar en el puesto de trabajo.

Entre los objetivos de la vigilancia está la decisión sobre la aptitud del trabajador. La información sobre las condiciones y riesgos del trabajo y la situación personal de salud del trabajador es esencial a la hora de valorar los posibles efectos en la salud que puede ocasionar el trabajo. El proceso para decidir sobre la aptitud tiene características similares a las de la propia vigilancia, de respeto a la intimidad, a la dignidad. Debe reevaluarse cuando aparecen riesgos nuevos o cuando el estado de la salud cambia, manteniendo el único objetivo que debe tener, la protección y prevención de la salud, y debe realizarse por los sanitarios del trabajo con independencia⁽²⁾.

Colectiva: la vigilancia colectiva parte de la información recogida en las actividades de la vigilancia individual, también de la información de las condiciones de trabajo y de los riesgos presentes. La recogida, siste-

⁽²⁾ SERRA, C., BOIX, P., DE MONTSERRAT, J., PURTÍA, E., RODRÍGUEZ, C., PLANA, M., y BENAVIDES, F. G. (2007). «Decálogo de la valoración de la aptitud para trabajar. Diez principios básicos para su realización en el ámbito de la medicina del trabajo». *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 10 (2): 93-97.

matización y análisis de los datos de exposición y salud de la población, basados en indicadores, permitirá conocer la influencia e importancia de la exposición en la salud.

La epidemiología laboral es la disciplina que sirve a la medicina del trabajo para efectuar una vigilancia de la salud colectiva de calidad, con rigor científico y técnico, estudiando la distribución de las alteraciones de la salud relacionadas con el trabajo.

Los objetivos de esta vigilancia colectiva son:

- Alerta en la aparición de efectos inesperados en la salud, relacionados con el trabajo.
- Establecimiento de relaciones entre exposición y efectos.
- Información para las prioridades en la planificación preventiva.
- Evaluación de la planificación preventiva.

1.3. Legislación

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)⁽³⁾ dedica su artículo 22 a la vigilancia de la salud de los trabajadores. En él se establecen las características que obligatoriamente debe cumplir esta vigilancia.

Además, el artículo 25 protege a los trabajadores especialmente sensibles; el artículo 26 a las trabajadoras en estado de embarazo y lactancia, y el artículo 27 a los trabajadores menores de edad.

El Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP)⁽⁴⁾, especialmente en su artículo 37.3, concreta cómo debe hacerse la vigilancia de la salud para que cumpla las características descritas en el artículo 22 de la LPRL.

Indica quién tiene competencia técnica, cuándo debe realizarse la vigilancia, la necesidad del conocimiento de las condiciones y riesgos del trabajo (historia clínico-laboral), la obligación de la vigilancia colectiva

(3) Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

(4) Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se establece el Reglamento de los Servicios de Prevención.

(tratamiento epidemiológico) y otras obligaciones concretas para realizar correctamente esa vigilancia.

Este año se ha publicado el RD 843/2011⁽⁵⁾ que, con carácter de legislación básica, establece los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención.

Este real decreto es muy reciente y aún se discuten sus debilidades y fortalezas. Tal vez una de los temas más importantes que establece es el carácter básico de la planificación de la vigilancia y de la vigilancia colectiva entre las tareas que debe acometer el servicio médico del servicio de prevención.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, las recomendaciones acordadas y publicadas en el *Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud* se recogieron en el Decreto 306/1999⁽⁶⁾, que regula las actuaciones sanitarias de los servicios de prevención en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Este decreto, que será renovado para adaptarlo al RD 843/2011, aún sigue en vigor.

En él se establecen las actividades, obligaciones, ámbitos de actuación de los diferentes actores, etc. En resumen, cómo deben organizarse y actuar estos servicios médicos de los servicios de prevención y cuáles son los criterios para la autorización, la inspección y el control de los mismos. En los anexos I y II se establecen los recursos necesarios, tanto materiales como humanos, para el correcto desarrollo de las actividades sanitarias de los servicios de prevención propios (anexo I) y ajenos (anexo II).

1.4. Características

Voluntariedad: la LPRL establece que el empresario garantizará la vigilancia periódica específica y que sólo se hará con el consentimiento del trabajador. La ley, por lo tanto, obliga al empresario a ofertar la vigilancia

(5) Real Decreto 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 servicios de prevención.

(6) Decreto 306/1999, de 27 de julio, por el que se establecen las actuaciones sanitarias de los servicios de prevención en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

de la salud que luego describe, pero deja a la voluntad del trabajador someterse o no a ella.

Esta decisión se recoge con algunas excepciones:

- Cuando sea imprescindible para evaluar el peligro de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.
- Cuando suponga un peligro para el propio trabajador.
- Cuando suponga un peligro para otras personas.
- Cuando se recoja en una norma de forma específica.

Estas excepciones deben contar con un informe de los representantes de los trabajadores. La obligatoriedad de los exámenes de salud debe ser la excepción. Es necesario que el servicio médico argumente las razones o los peligros que obliguen a la realización obligatoria. Este informe debe especificar qué riesgos, qué pruebas y a qué población se obligará.

Vigilancia específica: el empresario garantizará la vigilancia en función de los *riesgos inherentes al trabajo*. No hay que vigilar cualquier cosa. El área de conocimiento de la medicina del trabajo es precisamente la relación entre los riesgos del trabajo y los efectos en la salud.

Esta especificidad se asegura realizando esta vigilancia siguiendo los *protocolos de vigilancia sanitaria específica*. Son guías de actuación para los médicos y enfermeros del trabajo que permiten una vigilancia de calidad y una comparabilidad de los resultados, cuestión muy importante para la realización de vigilancia colectiva: si los indicadores se recogen igual definidos y mediante técnicas estandarizadas aseguraremos que estos indicadores serán comparables.

Aunque la salud de la persona es indivisible la vigilancia de la salud de los trabajadores debe circunscribirse a los efectos en la salud que puedan ser causados o agravados por el trabajo.

Confidencial e informada: los datos de las personas, recabados durante las actividades de vigilancia, son datos confidenciales. Sólo deben ser conocidos por el propio trabajador, por el personal sanitario que realiza la actividad y por las autoridades sanitarias para sus labores de administración.

Quien sí debe ser informado, tanto del proceso que se va a realizar como de los resultados, es el propio trabajador. Además, la información de salud colectiva es necesario que llegue a los responsables de la empresa y a los técnicos de prevención para mejorar la actividad preventiva.

Las modificaciones, adaptaciones o limitaciones, incluso las necesidades de cambio de puesto, que deban realizarse en los puestos de trabajo de los trabajadores especialmente sensibles deben llegar a los responsables y mandos intermedios para evitar daños en la salud de los trabajadores.

Ética: se ajustará al respeto a la intimidad, dignidad y se evitará la discriminación laboral. El objetivo es la salud, no el uso con fines discriminatorios. La vigilancia debe realizarse para lograr el mayor estado posible de bienestar. No tiene como objetivo estudiar las condiciones de la persona para el mejor desempeño de la tarea, no debe servir para realizar selección de personal. El objetivo es diseñar puestos de trabajo que no sean dañinos para la salud y adaptarlos en el caso de las personas especialmente sensibles.

Existen otras características que deben también cumplirse:

Debe prolongarse en el tiempo, incluso después de dejar el trabajo si el tiempo de latencia de la aparición del efecto (producido por el riesgo) así lo aconseja. Su contenido se ajustará a las pruebas y acciones menos dañosas o peligrosas para la persona. El personal tendrá la formación y competencia adecuadas. Debe ser planificada dentro del plan de prevención. Sistemática, con un seguimiento continuo de los cambios en las exposiciones y efectos. Documentada, dejando constancia de cada actuación. Gratuita, sin coste para los trabajadores. Debe respetarse el derecho a la participación de los trabajadores.

Estas características, recogidas en el artículo 22 de la LPRL, se sintetizaron en el II Foro ISTAS de Salud Laboral y se recogieron en un decálogo sobre la vigilancia de la salud⁽⁷⁾.

(7) Boix, P. (2000). *Decálogo sobre la vigilancia de la salud en el trabajo*. II Foro ISTAS de Salud Laboral. www.istas.net. Madrid.

2. VIGILANCIA DE LA SALUD MENTAL

El área mental, como vimos en la definición de la OMS, forma parte del concepto de salud. Por lo tanto, la vigilancia de los efectos en la salud mental debe seguir la misma pauta que la vigilancia de la salud, con sus mismas características y modo de realizarla. Sin embargo, en la sociedad en que vivimos el cumplimiento de algunas de estas características puede tener mayores dificultades de las habituales cuando hablamos de salud psíquica de las personas.

A lo largo de este libro ya se ha dejado claro que existe una relación entre el trabajo y la salud mental. Abundando en ello, la OIT⁽⁸⁾ realizó un estudio en el año 2000 que daba cifras significativas: en EE UU la depresión afecta cada año al 10% de la población en edad de trabajar; en Finlandia, el 50% de los trabajadores sufre alguna sintomatología ligada al estrés, o en Alemania, en el año 2000, se estimaba que las pérdidas por absentismo del trabajo ligado a la salud mental llegaban a los 5.000 millones de marcos al año.

El objetivo del documento es mostrar algunas de estas dificultades añadidas para buscarles alternativas de solución.

2.1. Características aplicadas a la vigilancia de la salud mental

2.1.1. Voluntaria

Ya ha quedado claro cómo el artículo 22 de la LPRL establece que será el trabajador quien decida acudir o no a los exámenes de salud. Se han enumerado las excepciones a esta voluntariedad y su carácter excepcional. En la salud mental, algunas peculiaridades de la propia enfermedad hacen que este concepto de voluntariedad deba ser tratado con cuidado.

En primer lugar, el estigma social que aun hoy puede representar tener una enfermedad mental. En muchas ocasiones, además, esto puede significar un peligro cierto para la pérdida del empleo.

(8) HURREL, J. J., MURPHY, L. R., SAUTER, S. L., y LEVI, L. (2001). «Salud mental», capítulo de la *Enciclopedia de la OIT*. Organización Internacional del Trabajo.

En ocasiones estas patologías pueden no ser asumidas por la persona enferma. El paciente no es consciente de su estado y puede tender a ocultar su sufrimiento.

Algunas enfermedades pueden hacer disminuir la capacidad del trabajador. La falta de un estado de ánimo sano puede poner en peligro, en muchas ocasiones por omisión, al propio trabajador y a sus compañeros. También puede ser perjudicial para la organización del trabajo.

ROBBINS en 1988⁽⁹⁾ establece algunos momentos donde considera importante realizar una evaluación psiquiátrica:

— Trabajadores con historia conocida o sospechosa de enfermedad psiquiátrica.

— Reincorporación al trabajo tras episodio de enfermedad psiquiátrica.

— Trabajadores derivados al servicio médico por disminución en el desempeño de su trabajo, absentismo o comportamiento extraño.

— Trabajadores en trabajos de alto estrés o alto riesgo: policía, centrales nucleares...

La aplicación de la excepcionalidad puede tener en estos casos algunos matices. El bajo rendimiento, los comportamientos extraños o el abuso de sustancias pueden ser los primeros síntomas de que puede estar en peligro la salud. Es verdad que cada caso debe ser tratado y valorado de forma concreta. Influirán de manera decisiva las condiciones de trabajo, el estado del trabajador, el desempeño de la tarea.

Algunas posibilidades para lograr el acercamiento de estos trabajadores a los servicios de salud del servicio de prevención:

— Cercanía del servicio, conocimiento de éste por parte de los trabajadores.

— Conocimiento por parte del servicio de las tareas y de los cambios producidos en éstas.

(9) RODRÍGUEZ, M. C., SERRA, C., PLANA, M., y BENAVIDES, F. G. (2007). «Revisión de la literatura sobre la valoración de la aptitud para trabajar». En *Valoración de la aptitud para trabajar*. Cátedra de Medicina del Trabajo. MC Mutual y Universidad Pompeu Fabra.

- Conocimiento de los problemas de salud que se producen en la población que se vigila.
- Posibilidad de la participación de especialistas en psicología y psiquiatría en el servicio.
- Interés desde el ámbito de la empresa para estudiar realmente la posibilidad de adaptación de los puestos para los trabajadores que la requieren.

En situaciones de peligro cierto para el propio trabajador u otras personas, tareas de especial riesgo (sanitarios, educadores, policías, etc.), pueden ponerse en marcha reconocimientos obligatorios. Debe hacerse un esfuerzo para que, siempre que sea posible, se intente la adaptación del puesto.

En ocasiones, si el trabajador se niega al reconocimiento y éste no es obligatorio, pero se tienen sospechas de que puede haber un peligro, puede no darse el criterio de aptitud e impedirle trabajar en el puesto.

2.1.2. Específica

Para que la vigilancia de la salud sea específica es condición indispensable conocer la organización, los puestos y los riesgos del trabajo. A partir de esos riesgos, la medicina del trabajo conocerá qué efectos en la salud son posibles y cuáles hay que vigilar.

Existen algunos trabajos⁽⁸⁾ que establecen diferencias en los riesgos de sufrir un daño en la salud mental en función del tipo de trabajo. Los trabajos con elevado ritmo y escasa necesidad de uso de destrezas el riesgo es mayor. En cuanto a grupos profesionales, en los Países Bajos los más afectados parecen el personal sanitario, el docente, empleados de limpieza y del transporte, además de las amas de casa.

También en este apartado la salud mental padece una serie de inconvenientes que hace más difícil el logro del objetivo. Algunos de estos factores podrían ser:

1. Convencimiento de que algunos riesgos en el trabajo pueden provocar una enfermedad mental. A pesar de que la LPRL ya define en su artículo 4 lo que es una condición de trabajo: «se entenderá como “condición de trabajo” cualquier característica del mismo

que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:

...d) Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador».

No debería haber ninguna duda de que los factores de la organización y el desempeño del trabajo, los que se llaman factores de riesgo psicosocial, tienen una capacidad cierta de producir daños en la salud, en ocasiones daños a la salud psíquica.

2. Falta de evidencia en la relación exposición-efecto: el grado de evidencia científica debido a la falta de estudios, a la inconcreción de la cuantificación de la exposición, al imperfecto conocimiento de las patologías y a la multicausalidad de las mismas y a otras razones hace que la relación entre la exposición y el efecto tenga un grado de evidencia científica en muchos casos débil.

Tampoco hay estudios suficientes para demostrar que la aplicación de muchas de las técnicas diagnósticas tenga una utilidad real en la prevención de la enfermedad mental.

Así, para lograr una vigilancia específica de los posibles efectos en la salud mental es conveniente:

- Identificar los riesgos presentes en el trabajo que puedan ocasionar una enfermedad mental, el grueso de estos riesgos son los psicosociales, pero también algunas exposiciones a riesgos químicos o físicos pueden producir enfermedad psíquica.
- Después de identificarlos hay que evaluarlos y conocer los posibles cambios en su presencia en el puesto.
- Es necesario establecer un sistema de vigilancia colectiva, el seguimiento de los indicadores de exposición y efecto nos permitirá establecer hipótesis sobre la relación entre ambos.
- Es necesario realizar una evaluación continua de las actividades de vigilancia que se realizan; deben estudiarse los indicadores para comprobar la utilidad de las pruebas de vigilancia.

El objetivo de la vigilancia de la salud, ya se ha dicho, es la salud. Es posible que algunas profesiones requieran de unas destrezas y habilidades que las hagan peligrosas o inaccesibles para personas con algún problema concreto de salud. Este tema se desarrolla con más profusión en el anexo a este capítulo: «Adecuación a las características del puesto en el proceso selectivo».

2.1.3. *Ética*

La vigilancia de la salud debe tener un único objetivo: preservar la salud de las personas. No debe emplearse con otro fin, especialmente con un fin discriminatorio de acceso al trabajo.

Esto no es óbice para que en algunos trabajos que implican riesgos graves pueda prepararse de modo general un catálogo de posibles riesgos que ayuden al médico a decidir sobre la aptitud de los trabajadores. Esta aptitud se hará de forma personalizada.

Todas las pruebas y actividades realizadas deben respetar la dignidad del trabajador.

Algunas sugerencias para mantener esta vigilancia ética:

- Realizar reconocimientos iniciales tras la firma del contrato para evitar que se dé la contratación en función del resultado.
- Llevar a cabo un trabajo exhaustivo de consentimiento informado.
- Elegir las pruebas más efectivas y menos dolosas para los trabajadores.
- Disponer de planes de ayuda especializada.

2.1.4. *Confidencialidad e información*

También dentro de esta necesaria característica de la vigilancia pueden darse aspectos particulares al hacerlo sobre los posibles efectos en la salud psíquica de las personas.

En lo que se refiere a la confidencialidad, uno de los problemas es trasladar a los responsables de la empresa las adaptaciones necesarias en el

puesto sin desvelar cuáles pueden ser los problemas de salud del trabajador especialmente sensible.

Si en todos los datos de salud es necesario mantener una estricta confidencialidad en este tipo de efectos es, aún si cabe, más importante. Como ya se ha dicho, no es infrecuente en nuestra sociedad vivir la enfermedad mental como un estigma invalidante.

La obligación de dar información al trabajador puede crear en ocasiones problemas de comunicación y confianza. En algunas ocasiones el paciente no es consciente de su patología y puede pensar que intentan engañarle o estigmatizarle.

Las acciones a realizar son mantener el máximo cuidado y compromiso con las obligaciones del servicio médico:

- Mantener una comunicación cercana con los trabajadores.
- Conocer los cambios organizativos y de desempeño de las tareas, además de la existencia de otros riesgos que puedan influir en la salud mental.
- Acceder a la información sobre los problemas de salud de los trabajadores.
- Contar con apoyo especializado en los casos necesarios.
- Formar a todos los estamentos de la empresa sobre la «normalidad» de la enfermedad psíquica, de la capacidad para trabajar de estas personas y de la habitualidad de la recuperación.

2.2. Efectos más habituales en la salud mental relacionados con el trabajo

En otro capítulo ya se ha tratado de manera extensa este tema. No es la intención repetirnos aquí. Simplemente se pretende mostrar un esquema general para después establecer cómo desarrollar la vigilancia.

Primero decir que muchas de estas patologías se inician como un déficit en el estado de bienestar. La exposición a factores de riesgo psicosocial produce estrés. Este estrés sería el inicio de una batería de síntomas y signos que,

al inicio, no suelen constituir una entidad patológica concreta pero que si se mantiene en el tiempo sí dará lugar a enfermedades mentales diagnosticables.

Es aquí donde toma importancia la definición que la OMS propuso para la salud. Esa falta de bienestar inicial ya debe ser considerada como un déficit de salud y, por lo tanto, debe prevenirse.

Enfermedades mentales relacionadas con el trabajo:

- Encefalopatías por riesgos químicos: mercurio, disulfuro de carbono, tolueno...
- Problemas relacionados con la ansiedad.
- Comportamientos adictivos.
- Depresión.
- Problemas concretos: *burnout*, patología relacionada con el acoso.

Enfermedades que pueden agravarse con el trabajo:

- Enfermedades mentales que no han sido producidas por el trabajo pero que pueden agravarse o empeorar por algunas de las condiciones de trabajo: trabajadores especialmente sensibles.

2.3. Experiencias en vigilancia de la salud mental en el trabajo

No hay muchas experiencias para protocolizar la vigilancia de la salud de los trabajadores en lo que se refiere a la salud mental. En los últimos años se han puesto en marcha diversas iniciativas de promoción de la salud mental en el trabajo. Pero en muy pocas de esas iniciativas se incluyen consejos prácticos para la vigilancia de la salud. Algunas de estas iniciativas:

La OMS y la OIT⁽¹⁰⁾ publicaron una guía en el año 2000 que recoge buenas prácticas en diversos países; y en el año 2000 la OIT⁽¹¹⁾ emitió un informe, *Salud mental en el trabajo*.

(10) OIT y OMS (2000). *Salud mental y trabajo: impacto, cuestión y buenas prácticas*.

(11) OIT (2000). *Salud mental en el trabajo*.

Los ministerios alemanes de Sanidad y Trabajo y Medioambiente publicaron en el año 2011 *Conclusiones y recomendaciones para la acción: promoción de la salud mental y el bienestar en el trabajo*⁽¹²⁾.

En el año 2008 se firmó en la UE el Pacto Europeo para la Salud Mental⁽¹³⁾. Recoge cinco áreas importantes para la toma de medidas de promoción y prevención. Una de ellas era la salud mental en el trabajo.

La Comisión de Derechos Humanos de Australia ha publicado un guía para empresarios: *Trabajadores con enfermedad mental, una guía práctica para empresarios*⁽¹⁴⁾.

Todas estas publicaciones hacen hincapié en el problema de la salud mental, cada vez más prevalente en la sociedad y en el ámbito laboral.

Más concretamente dirigido a la vigilancia:

- La Generalitat de Cataluña ha publicado una guía⁽¹⁵⁾ para la actuación ante casos de enfermedad mental. En relación con ella, el Departamento de Sanidad de la Generalitat Catalana, el Servei Català de la Salut y el Instituto Català de la Salut, desarrollaron para los trabajadores de estos servicios un protocolo de vigilancia de la salud de los riesgos psicosociales. En él se establece un recorrido con diversas decisiones sobre la aptitud.
- La empresa Eutox, con el programa DETECTA⁽¹⁶⁾, propone detectar valores elevados de ansiedad, depresión, somatización y un índice global de malestar psíquico.

(12) MINISTERIOS DE SANIDAD Y DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES ALEMANES (2011). *Conclusiones y recomendaciones para la acción. Conferencia temática de la UE: promoción de la salud mental y el bienestar en el puesto de trabajo.*

(13) Conferencia de alto nivel de la UE: UNIÓN EUROPEA (2008). *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar.*

(14) COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE AUSTRALIA (2010). *Trabajadores con enfermedad mental: una guía práctica para los empresarios.*

(15) DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, DEPARTAMENTO DE SALUD, GENERALITAT DE CATALUÑA. *Guía de buena práctica para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial.* Generalitat de Cataluña.

(16) Eutox. Programa DETECTA. www.eutox.com

- En Gran Bretaña se ha puesto en marcha un sistema de registro de enfermedades mentales relacionadas con el trabajo: SOSMI⁽¹⁷⁾.

2.4. Condiciones para el desempeño de la vigilancia de la salud mental

Para desarrollar la vigilancia cumpliendo con las características que se han descrito es imprescindible que se cumplan una serie de condiciones sin las cuales esta actividad se hace difícil. Estas condiciones no son fáciles de llevar a cabo, algunas representan un problema muy importante.

- Realización y seguimiento del proceso de evaluación y prevención. Es muy importante conocer los riesgos y los cambios que se producen en la exposición a diversos peligros. Esto está aún sin desarrollar en los factores de riesgo psicosocial en un alto porcentaje. Además, el personal sanitario no sólo debe conocer, sino que debe participar en la redacción y seguimiento de la evaluación de riesgos y de la planificación preventiva. Debe participar en la investigación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- De la vigilancia colectiva debe partir la evaluación y propuestas de modificación de la actividad preventiva.
- Historia clínico-laboral. Debe desarrollarse una historia clínico-laboral para cada trabajador a los que se dé cobertura. Allí se recogerán los informes de reconocimientos, las consultas realizadas, los daños a la salud padecidos, etc. La historia tendrá dos objetivos prioritarios:
 - Acompañará al trabajador a lo largo de su vida laboral. Esta historia debe poder transferirse de SP a SP.
 - Debe contener una descripción detallada del puesto de trabajo. En esta descripción se describirán, asimismo, los puestos anteriores.

(17) Universidad de Manchester. Centre for Occupational and Environmental Health. <http://www.medicine.manchester.ac.uk/oeh/research/thor/schemes/sosmi/>.

- Información sobre los problemas de salud de los trabajadores. El médico debe conocer qué problemas de salud se producen en su población, tanto los derivados del trabajo como los comunes. En la actualidad esta información se da de manera muy deficiente, sobre todo en los servicios de prevención ajenos. El médico del trabajo no tiene cauces de comunicación con el médico asistencial. Se ha realizado en la CAPV un plan piloto para el intercambio de esta información, aunque aún queda mucho por mejorar. Así, sobre todo en las patologías comunes, el médico del trabajo sólo obtiene información del propio trabajador. En el caso de las patologías mentales esta información es, todavía, más difícil de obtener. El trabajador tiene miedo a la estigmatización o, simplemente, no reconoce su enfermedad. Debe trabajarse sobre este problema. Para cumplir los objetivos, detectar problemas de salud relacionados con el trabajo, evaluar la actividad preventiva, decidir sobre la especial sensibilidad de un trabajador, el servicio médico del servicio de prevención debe tener una línea de comunicación o acceso a la historia clínica del trabajador.

2.5. Desempeño de la vigilancia de la salud mental

La vigilancia de la salud mental deberá seguir las mismas pautas que la vigilancia de otros efectos. Deberá seguir, por tanto, las pautas que establece el artículo 37.3 del RSP.

2.5.1. Momentos de la vigilancia

2.5.1.1. Examen de salud inicial

Si en el puesto de trabajo se han identificado riesgos que pudieran tener un efecto en la salud mental, habrá que realizar un examen de salud que alerte sobre la probabilidad de sufrir esos efectos.

La vigilancia de la salud de los trabajadores debe ceñirse a los efectos relacionados con los riesgos presentes en el trabajo. Sin embargo, la salud de las personas es «una», no puede compartimentarse. Además de la vigilancia de los posibles efectos el reconocimiento inicial debe recoger el estado de salud de la persona para descartar que las tareas que vaya a realizar puedan deteriorar su particular estado de salud.

Evidentemente, como ya se ha repetido, los dos objetivos requieren de un conocimiento profundo de las condiciones de trabajo y de los factores de exposición.

Si el puesto de trabajo cambia, si cambian los riesgos que pueden poner en peligro la salud o si el trabajador cambia de puesto de trabajo a otro con diferentes riesgos, hay que realizar, de nuevo, un examen inicial de salud.

2.5.1.2. Examen de salud periódico

En función de los riesgos y del estado de salud de los trabajadores, el examen periódico de salud conforma los hitos donde se apoyará la vigilancia continua del estado de salud. Esto debe complementarse con las diversas consultas y posibles efectos en la salud sufridos por el trabajador. Los reconocimientos periódicos basan su eficacia en el seguimiento: deben valorarse los cambios en los signos y síntomas y en las pruebas complementarias que se realicen. Estos cambios deben examinarse a la luz de posibles cambios en la organización y en el desempeño del trabajo.

2.5.1.3. Examen de salud tras ausencia prolongada por motivos de salud

Todas las modalidades de examen de salud tienen los mismos objetivos. En este cobra especial importancia la decisión sobre la aptitud. La valoración de las posibles secuelas o minusvalías que pueden quedar como consecuencia de un problema grave de salud es muy importante para decidir si el trabajador puede sufrir nuevos efectos como consecuencia de un trabajo que antes realizaba sin un riesgo especial.

En la salud mental, como en el resto, es necesario argumentar la necesidad de cambios de puesto o de medidas de adaptación del puesto. En estos efectos es necesario cuidar de manera exquisita la confidencialidad de los problemas de salud.

2.5.2. *Modo de realizar la vigilancia*

No hay mucha experiencia en la vigilancia de la salud mental de los trabajadores. La mayoría lo basan en pruebas que recogen sintomatología a través de cuestionarios ^{(15), (16)}.

El primer paso para la vigilancia de la salud mental será una cuidada anamnesis. El incluir en la historia preguntas y solicitud de información sobre su estado de bienestar psíquico es el primer paso imprescindible para la vigilancia. Este primer paso debe combinarse con el conocimiento del puesto de trabajo y posibles cambios en el mismo, con el conocimiento de la organización del trabajo y de la evaluación de riesgos y la planificación preventiva.

En función del resultado de esta anamnesis y de los datos de la vigilancia colectiva y de las actividades técnicas de prevención se propondrán o no pasos más especializados.

El segundo paso es un paso importante para el estudio del estado de salud: la entrevista clínica psicológica. Esta entrevista clínica requiere de formación y entrenamiento. Nos dará información sobre el estado del trabajador en áreas como la consciencia, la memoria, la afectividad, la atención y otros. Esta entrevista se hará si se descubre algún signo en la anamnesis normal o, si se emplea algún cuestionario de despistaje, un test de salud general, por ejemplo, los resultados de esta prueba se clasifican como sospechosos.

La primera exploración tiene que ver con el estrés. Pueden elegirse diversos cuestionarios en función de la actividad. Estos cuestionarios deben ser sencillos, fáciles de realizar. Se propondrán si la evaluación de riesgos muestra niveles determinados de exposición y si se han observado signos o síntomas en la exploración del trabajador.

En función de estos primeros resultados tanto de la exploración como de la evaluación, puede pasarse a pruebas más específicas en busca de signos de aparición de enfermedad:

- Relacionados con la ansiedad.
- Relacionados con la depresión.
- Relacionados con síndromes o problemas concretos:
 - Síndrome del quemado.
 - Efectos en la salud derivados del acoso moral.

Puede ser importante que el servicio médico del servicio de prevención cuente con el apoyo (interno o externo) de especialistas, psicólogos o psiquiatras.

Muchas de estas pruebas tienen un grado de utilidad todavía en un grado insuficiente de evidencia. Es muy importante el seguimiento y la evaluación para decidir sobre la pertinencia o no de realizarlas.

2.5.3. *Vuelta al trabajo*

Uno de los problemas habituales tras sufrir una baja por una enfermedad mental es la vuelta al trabajo. Esta vuelta al trabajo debe valorarse desde la vigilancia de la salud para adoptar las medidas necesarias que eviten riesgos para la salud. Para la gran mayoría de los especialistas, la enfermedad mental es perfectamente compatible con el trabajo ^{(12), (13), (14)}. Es recomendable adoptar algunas medidas ^{(8), (18)}.

- Valorar la especial sensibilidad y proponer adaptaciones de puesto:
 - Cambio de puesto.
 - Cambios de horarios.
 - Disminución de algunas tareas que disminuyan el control.
- Período de formación y reentrenamiento.
- Cercanía con una persona (compañero, supervisor en el trabajo) que le ayude en la reentrada.
- Con el consentimiento del trabajador, actividades de sensibilización y formación a los compañeros; en ocasiones se produce rechazo y miedo a trabajar con la persona que ha sufrido (o sufre) una patología mental; puede ser necesaria esta formación a compañeros, siempre con el consentimiento del trabajador.

2.6. **Vigilancia colectiva en la salud mental**

Todas las actividades que realiza el área de vigilancia de la salud deben contribuir (además de evitar la pérdida de salud individual) a realizar un seguimiento de la salud de la población.

Ya definimos, como lo hace el *Libro Blanco*⁽¹⁾, lo que es la vigilancia colectiva: *recopilación de datos sobre los daños derivados del trabajo en la población activa para conocer y controlarlos y poder realizar análisis epide-*

miológicos. Podríamos añadir que también será útil recopilar datos sobre la exposición. Esto nos permitirá cumplir con dos objetivos básicos:

- Identificar nuevos riesgos presentes en el trabajo que han podido pasar desapercibidos en la identificación y evaluación de los riesgos.
- Evaluar la efectividad de las medidas preventivas planificadas y ejecutadas.

En concreto en la salud mental encontramos algunas particularidades:

2.6.1. Dificultad de la relación exposición-efecto

Ya se ha dicho que el grado de evidencia científica es todavía débil. Ese grado de debilidad, sin embargo, hace que sea en la salud mental donde la vigilancia colectiva cobra una importancia añadida.

El seguimiento y análisis de los datos de salud y de exposición permitirá la propuesta de hipótesis sobre la relación de determinadas condiciones de trabajo con los efectos en la salud.

En el mismo sentido, el seguimiento y confirmación (a nivel poblacional) de los efectos en la salud sospechados en las pruebas de la vigilancia de la salud podrá contribuir a mejorar en la elección de dichas pruebas.

2.6.2. Multicausalidad de las patologías

Estas patologías, como otras que se relacionan con la exposición profesional (las enfermedades músculo-esqueléticas, por ejemplo) están prácticamente siempre unidas a diversas causas.

Al realizar la vigilancia individual y la colectiva habrá que tener en cuenta las diversas áreas de la vida de las personas que pueden influir en la aparición de la enfermedad. Cuando hacemos estudios epidemiológicos todas estas áreas deben tenerse en cuenta como posibles factores confusores o sesgos.

2.6.3. Dificultad de la llegada de información

En todos los datos de salud, pero especialmente en los de salud mental, existe un problema que aún no tiene una solución definitiva: la falta de

información del personal sanitario del servicio de prevención sobre los problemas de salud que sufren los trabajadores. Ya se han explicado las particularidades que agravan este problema cuando hablamos de salud mental.

La posibilidad de poder llevar a cabo de manera eficiente las actividades de vigilancia colectiva (y también individual) de la salud mental de los trabajadores pasa por encontrar una solución a este problema.

3. CONCLUSIONES

1. Los efectos en la salud mental de los trabajadores relacionados con su tarea se está convirtiendo en los últimos tiempos en un prevalente problema de salud ocupacional. En algunas actividades y profesiones está pasando a ser el principal problema de salud relacionado con el trabajo^{(8), (10), (11), (13)}.
2. El padecer una enfermedad mental es perfectamente compatible con la continuidad de la vida laboral y debe evitarse la estigmatización y exclusión social de estos enfermos^{(12), (14)}.
3. Los efectos en la salud mental de los trabajadores, en función de que se producen por la exposición a riesgos presentes en el trabajo, deben vigilarse como todos los demás riesgos profesionales^{(3), (4)}.
4. La vigilancia de la salud mental de los trabajadores debe responder a los mismos criterios y características que el resto de la vigilancia. Debe cumplir con lo que exige la ley, sobre todo en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y en el Reglamento de los Servicios de Prevención^{(3), (4)}.
5. En la actualidad, el trabajo se realiza en equipo. Cuando se produce un problema de salud mental este equipo cobra una gran importancia: puede ser el primer eslabón en la alarma, puede sentirse desprotegido o en peligro, puede ser la inestimable ayuda para la integración del enfermo mental. La vigilancia individual y colectiva del resto de los trabajadores es una importante actividad en este equipo⁽⁸⁾.
6. Los dos problemas más importantes que pueden observarse en la vigilancia de la salud mental de los trabajadores son:

- El mantenimiento del objetivo primordial de la vigilancia: la salud del trabajador. Debe evitarse el uso de la vigilancia para comportamientos que puedan ser discriminatorios para estos trabajadores.
- La falta de información de los servicios sanitarios de los servicios de prevención sobre los problemas de salud mental que sufren los trabajadores. Si se pretende realizar una vigilancia de la salud es imprescindible establecer canales de información que permitan a esos servicios sanitarios conocer esos efectos en la salud.

LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE LAS CAUSAS DE ALTERACIÓN DEL ESTADO PSICOFÍSICO

**INFLUENCIA DE LOS TRATAMIENTOS CON FÁRMACOS
PSICOTRÓPICOS SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS
TRABAJADORES Y ADECUACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO:
MEDICAMENTOS, DROGAS, ETC.**

Juan Ignacio GOIRÍA ORMAZÁBAL

*Subdirector de recursos humanos del Servicio de Prevención
del Ayuntamiento de Bilbao*

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
3. EXÁMENES Y VERIFICACIONES DE SALUD
 - 3.1. Con carácter general
 - 3.2. En aquellos colectivos sujetos a exámenes de salud obligatorios
 - 3.3. Garantía de confidencialidad
 - 3.4. Garantía de asistencia y colaboración
 - 3.5. Colaboración de las áreas y servicios

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo y finalidad del plan consiste en abordar la detección y el tratamiento del consumo de aquellos trabajadores que utilizan ciertos medicamentos con efectos psicotrópicos (opiáceos, benzodiacepinas, antidepresivos, antigripales, antihistamínicos, etc.), así como drogas de abuso (cocaína, heroína, cannabinoides, etc.) que, por el desconocimiento de sus efectos, pueden causar graves daños para la salud e integridad física, tanto de quien los padece como de otras personas que pueden verse afectadas con ocasión del desempeño de su trabajo, y las medidas que se adopten en el ámbito del citado plan se circunscribirán siempre a aspectos médico-asistenciales.

2. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN

Con carácter general y de forma permanente se debe desarrollar por parte del servicio de prevención de riesgos laborales una serie de actividades de información sobre los efectos y riesgos que para la seguridad y salud puede comportar el consumo de sustancias susceptibles de alterar el estado psicofísico de las personas (alcohol, medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, etc.).

Dichas actividades podrían consistir en la impartición de charlas, elaboración de documentación, consulta y asesoramiento personal, dirigidos fundamentalmente a mandos intermedios y a los trabajadores en general.

3. EXÁMENES Y VERIFICACIONES DE SALUD

3.1. Con carácter general

Dentro del protocolo de investigación de los accidentes e incidentes laborales se deberá proceder por el personal sanitario del servicio de pre-

vención a realizar exámenes y comprobaciones del estado psicofísico de la persona accidentada pudiéndose realizar cuantas pruebas, exploraciones y verificaciones se estimen oportunas desde el punto de vista médico-preventivo, incluyendo aquellas tendentes a determinar el consumo de alcohol, estupefacientes, medicamentos y, en general, cualquier producto susceptible de alterar el adecuado estado psicofísico y que suponga un riesgo para la seguridad y salud de la persona.

Cuando los accidentes laborales se produzcan en el uso de algún vehículo y causen lesiones, se deberían realizar los oportunos controles de alcoholemia, drogas, etc., al personal, según la normativa vigente en seguridad vial, que conduzca el vehículo con independencia de que, con posterioridad, por el personal sanitario del servicio de prevención se practiquen los exámenes y exploraciones indicados en el párrafo anterior.

3.2. En aquellos colectivos sujetos a exámenes de salud obligatorios

Según acuerdo adoptado en el comité de seguridad y salud, se procederá por el servicio de prevención a requerir su comparecencia en algunos de los locales de dicho servicio a fin de que por el personal sanitario competente se realicen cuantas exploraciones y comprobaciones estimen oportunas para verificar su estado psicofísico, pudiéndose incluir entre las mismas pruebas y comprobaciones tendentes a detectar la presencia de sustancias que puedan alterar el mismo (medicamentos, alcohol, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, etc.).

Este tipo de requerimientos serían canalizados a través de la jefatura o mando responsable de la unidad en la que se halle adscrita la persona afectada para que curse las órdenes pertinentes para su cumplimiento.

Con carácter general, estos exámenes y verificaciones serán realizados en las instalaciones propias de las unidades de vigilancia de la salud. Excepcionalmente, y *a criterio exclusivamente del personal sanitario actuante*, podrían tener lugar en el propio centro de trabajo de la persona o personas que vayan a ser examinadas cuando la correcta apreciación y valoración de los resultados de las pruebas así lo aconseje o cuando por la índole de las mismas se considere que con ello se causa un menor trastorno en la normal prestación del servicio afectado, garantizando en todo caso la adecuada confidencialidad de la práctica de las mismas.

La utilización de los criterios para llevar a cabo los exámenes de salud así como los resultados y seguimiento del plan serían puntualmente dados a conocer al comité de seguridad y salud, en todos aquellos aspectos que no se hallen protegidos por el deber de confidencialidad que han de presidir todas las actuaciones del presente plan.

Se debe tener preparado un plan de ayuda por personal especializado en aquellos casos en los cuales exista una adicción para la resolución del problema.

3.3. Garantía de confidencialidad

Se garantizará la confidencialidad de los datos de manera que por el servicio de prevención se informará al servicio afectado única y exclusivamente acerca de la aptitud o no-aptitud para el trabajo de la persona, pero en ningún caso de dato alguno relativo a su salud, tal y como legalmente se halla regulado en la vigente Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

3.4. Garantía de asistencia y colaboración

Asimismo, se garantizará que toda persona que actúe en cumplimiento del plan, recibirá la asistencia y colaboración del servicio de prevención para la adopción de cuantas medidas resulten necesarias para la protección de su salud, así como de su seguridad o de la de terceras personas (como, por ejemplo: concesión de licencia por indisposición o enfermedad, solicitud de reasignación provisional o definitiva de puesto).

3.5. Colaboración de las áreas y servicios

Por último, por la totalidad de las jefaturas y mandos de las diversas áreas, así como por el conjunto del personal municipal, deberá prestarse la colaboración necesaria para la efectividad del plan y, en concreto, para que el servicio de prevención pueda conocer cualquier situación en la que la salud o seguridad de alguna persona pueda verse afectada como consecuencia del consumo de algún tipo de estas sustancias.

Todo ello requiere la catalogación de los puestos de trabajo según requerimientos psicofísicos y la posibilidad de adaptación a los mismos desde esa perspectiva en el sentido de compatibilizar tratamientos con fármacos psicotrópicos y el desarrollo del trabajo.

PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL. PROMOVER LA IMPLANTACIÓN DE PLANES DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN LAS EMPRESAS

María Jesús MARTÍN DÍEZ

Médico especialista en Medicina del Trabajo

Maite ROBERTSON SANGRADOR

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

Unidad de Salud Laboral

OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. ACCIONES PREVIAS AL ESTABLECIMIENTO DE UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE TOXICOMANÍAS
3. FASES DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA
4. DESARROLLO DEL PLAN DE ACTUACIÓN
 - 4.1. Información y sensibilización
 - 4.2. Formación de mandos intermedios

- 4.3. Definir reglas del consumo en el trabajo
 - 4.4. Test de despistajes o detección de consumos
 - 4.5. Intervención en casos de disfunción crónica
 - 4.6. Intervención en caso de disfunción aguda
- 5. DESARROLLO DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
 - 6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo es promover la implantación de planes de prevención de drogodependencias en la empresa.

Desde muy antiguo el hombre viene usando diversos elementos que le han proporcionado ciertas sensaciones placenteras. Entre los recursos que han venido utilizando para ello son las bebidas alcohólicas las más extendidas y aceptadas. Es rara la civilización en la que no se ha recurrido a alguna sustancia para salir temporalmente del mundo de las percepciones cotidianas.

En nuestro entorno las drogas están vinculadas a la cultura del ocio. Estamos ante consumidores cada vez más jóvenes, perfectamente integrados en la sociedad, que consumen con fines recreativos y socializantes, y para quienes consumir es un acto trivial, del que desdeñan sus riesgos. Se ha producido, lo que se denomina una «canalización» del consumo de drogas.

El ámbito laboral, como parte integrante de la sociedad, no es ajeno a esta situación. El consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo, se concreta de forma problemática en éste con alteraciones graves para la salud de los trabajadores, conflictos importantes en las relaciones laborales y perjuicios para el normal funcionamiento de la empresa.

La importancia que en el medio laboral se da a la búsqueda de soluciones a este problema no es casual, sino que viene avalado por los resultados obtenidos en los programas ya implantados en distintos países del mundo. Las primeras experiencias se realizaron en Estados Unidos con los PAE (programas de asistencia al empleado), con un porcentaje de éxito entre un 60 y un 70%, según estimó la OIT.

Independientemente de la idoneidad que el medio laboral es para la realización de campañas preventivas de las toxicomanías no podemos olvidar que la propia legislación nos obliga a tratar este problema en la empresa.

Desde febrero de 1996 está en vigor la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Esta ley supone la adecuación a nuestro derecho de todos los prefectos de recomendaciones de organismos internacionales, normativa marco de la UE, Constitución y Estatuto de los Trabajadores.

La ley exige la planificación de la prevención desde el mismo momento del diseño del proyecto empresarial, realizando una evaluación inicial de los riesgos que tiene la empresa y elaborando un plan de intervención, siendo el empresario el encargado de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores.

No hay una mención explícita a las drogas o el alcohol en el medio laboral o hacia la población trabajadora, pero valorando el concepto de prevención y cómo se realiza la evaluación de los distintos riesgos tenemos que decir que las drogodependencias en el medio laboral deben ser valoradas como un riesgo psicosocial, el cual es capaz de modificar las condiciones de trabajo y de añadir un riesgo a terceras personas y, por supuesto, de provocar problemas de salud a los trabajadores.

La Ley 7/1993, de Creación de OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, tiene entre sus funciones: «vigilar el fenómeno de la drogodependencia en el ámbito laboral, elaborando estudios e informes sobre la incidencia en la seguridad y salud laborales de las sustancias estupefacientes y del alcohol y el tabaco».

Por todo ello, tanto la obligación legal como la de colaborar para alcanzar los objetivos del plan de acción sobre drogas, consideramos necesario realizar un «manual» que sea una herramienta que ayude para prevenir el riesgo del consumo de drogas. Debe ser de utilidad para poner programas en las empresas, sean del tamaño que sean. Debemos entender que son unas pautas que se deberán adaptar a las características y recursos individuales de cada empresa.

2. ACCIONES PREVIAS AL ESTABLECIMIENTO DE UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE TOXICOMANÍAS

- La **dirección** deberá anunciar su decisión de implantar una política de prevención del consumo de sustancias adictivas, tras una reflexión conjunta con todas las partes implicadas en el problema.

- Crear un **grupo de trabajo** que desarrolle el plan de actuación. Es necesario que todas las personas que tengan impacto en relación con la política de drogas en la empresa estén representados en dicho grupo: responsables de la empresa, personal de recursos humanos, delegados de prevención, delegados sindicales, responsables de prevención, comité de seguridad y salud, responsables de salud laboral, responsable de psicología, responsable de formación si existiese, jurídicos, etc.
- Es imprescindible un **compromiso** de trabajo serio por parte de los componentes de dicho grupo. Cualquier intento de introducir un programa de prevención y asistencia sobre drogas requiere asegurar un **liderazgo**. Independientemente del tamaño de la empresa, el perfil de esta persona sería el necesario para coordinar la puesta en marcha y desarrollo del programa. El líder elegido deberá tener el apoyo tanto de los trabajadores (o de sus representantes) como del responsable de la empresa.
- El grupo de trabajo deberá **comunicar previamente** la intención a los trabajadores de todas las etapas del proyecto de intervención con el fin de prevenir toda no aceptación o malentendidos. Tener claro que se trata de desarrollar un programa de prevención en la empresa que implica a todos los trabajadores, y no una cruzada de unos contra otros.

3. FASES DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA

3.1. Formación del grupo de trabajo y definir los roles de cada uno

El tamaño del grupo de trabajo dependerá del tamaño de la empresa, pero no deberá superar el número de diez personas en las grandes empresas. En empresas pequeñas la responsabilidad recaerá sobre una persona con el consenso de ambas partes.

El papel de los diferentes integrantes del grupo será el siguiente:

- Recursos humanos. La implicación de directivos es una de las claves del éxito de un programa de prevención y asistencia. Ya que contar con su colaboración en un programa no punitivo es imprescindible para el éxito del programa.

- Comité de seguridad y salud. El comité de seguridad y salud tiene funciones de prevención de riesgos y control de las condiciones de trabajo.

En consonancia con estas funciones, el comité de seguridad y salud podría ocuparse de modificar aquellas condiciones de trabajo y de seguridad que tradicionalmente se relacionan con el abuso de sustancias adictivas, como medida preventiva en las drogodependencias.

- El delegado de prevención. En las empresas de menor tamaño el representante de la parte social de la empresa. Puede influir muy positivamente en la aceptación de una nueva política de drogas ya que sus objetivos se dirigen a la mejora de la salud y la seguridad de la plantilla.
- El comité de empresa. Además de la negociación del programa a implantar, los comités de empresa tienen una tarea importante como agentes de prevención. Ofrecen información a los trabajadores acerca de los problemas que originan el alcohol y otras drogas, transmitiendo hábitos saludables, dando a conocer el programa de actuación negociando e, incluso, detectando y abordando precozmente aquellos casos susceptibles de tratamiento.

Independientemente de los elementos que conforman el grupo de trabajo se debe recordar la importancia de *cada trabajador*, ya que ellos son los destinatarios del plan y deben estar implicados en la implantación y seguimiento del mismo.

3.2. Estudio de la situación

3.2.1. Valorar costes/beneficios

Los costes derivados del uso de sustancias psicoactivas en el lugar del trabajo superan ampliamente los esfuerzos y dificultades que puede necesitar la implantación de un programa de prevención en la empresa.

Los parámetros a valorar son:

- Absentismo.
- Incapacidad laboral.

- Accidentes e incidentes.
- Bajo rendimiento.
- Deterioro del ambiente laboral.

Estos parámetros pueden servir posteriormente como medidores del resultado del programa.

3.2.2. Valorar la situación de la empresa con respecto a las drogas

- Qué piensan los trabajadores con respecto al abuso de drogas.
- Qué piensan los trabajadores con respecto a la implantación del programa de prevención en la empresa.

Esta valoración se podría realizar mediante una encuesta anónima, dependiendo del tamaño de la empresa, que nos podría dar *información* sobre:

- Uso y abuso de sustancias adictivas en el entorno que queremos actuar.
- Nivel de información de los trabajadores sobre los problemas que genera el consumo.
- Actitud de éstos ante los problemas que generan las toxicomanías.
- Puntos débiles o problemáticos en la empresa.

Debemos recordar que una política de drogas no se dirige sólo a los consumidores sino a todos los trabajadores.

Por otro lado *facilitaría*:

- La motivación para implicarse en el problema.
- Permitiría que se normalice el hablar de consumos entre los trabajadores.

Este análisis inicial debe evaluar también:

- Detectar posibles factores favorecedores del consumo.
- La disponibilidad de alcohol/drogas en la empresa.

¿Se puede beber?, ¿dónde?, ¿reglas?

— Actuaciones ante consumos problemáticos previos.

¿Cómo se ha actuado?

¿Se hacen diferencias entre alcohol y otras drogas?

¿Quién interviene? Dirección, departamento de personal, servicio médico.

— Determinar los recursos disponibles por la propia empresa.

3.2.3. *Proponer política de drogodependencias*

3.2.3.1. Definir objetivos

- Sensibilizar a todos los trabajadores en relación a los riesgos derivados del consumo en el lugar de trabajo y al impacto del consumo sobre el comportamiento en relación a la tarea.
- Elaborar procedimientos que permitan la intervención adecuada en situación de disfunción.
- Definir reglas en relación a disponer y consumir en el trabajo.
- Protocolo de actuación en caso agudo.
- Valorar la posibilidad de usar test de despistaje, definir uso, condiciones.
- Tiempo de implantación.
- Evaluación del programa.

3.2.3.2. Aceptación del proyecto

El proyecto de política de intenciones debe ser un proceso participativo. Una vez elaborado será valorado por el comité de seguridad y salud o, en el caso de no existir éste, serán los delegados sindicales o, en su defecto, los trabajadores. En este último caso, el empresario debe tener permanentemente a disposición de los trabajadores un medio físico (cuaderno, papel) o virtual (e-mail) donde se pueda aportar, proponer o hacer comentarios.

3.2.3.3. Declaración formal

La empresa ha desarrollado y consensuado por medio del grupo de trabajo para ello formado una política preventiva en materia de drogodependencias, debido a que los consumos pueden influir negativamente en la seguridad, la salud de las personas trabajadoras y por lo tanto en la empresa.

Esta política preventiva debe ser recogida por escrito en una declaración formal de la empresa de su compromiso con respecto al consumo de drogas en el medio laboral.

Esta declaración debe recoger:

- Las líneas o directrices de actuación.
- Los derechos y deberes de las partes.
- Los compromisos y objetivos que asume.
- Debe informar de las intenciones de la empresa con relación a temas como:
 - La confidencialidad.
 - La estabilidad en el puesto de trabajo.
 - Procedimientos disciplinarios.
 - Otras cuestiones que determine cada empresa.

El empresario es responsable de que cada una de las personas trabajadoras de la empresa esté informada al respecto antes de la entrada en vigor del documento. Debe entregarse una copia a cada trabajador y debe poder ser consultada en lugar accesible del trabajo.

4. DESARROLLO DEL PLAN DE ACTUACIÓN

4.1. Información y sensibilización

Es una actividad pensada para toda la plantilla con el objeto de:

- Dar una información realista y objetiva sobre las drogas y sus consecuencias.

- Delimitar el riesgo que las drogas tienen sobre los accidentes de trabajo.
- Explicar los objetivos del programa y modo de acceder al tratamiento aquellos trabajadores que así lo deseen.
- Explicar las garantías laborales de los trabajadores que acepten las ayudas, así como las posibles medidas disciplinarias que puedan imponer la empresa en caso contrario.

Esta campaña se puede llevar a cabo mediante:

- Campañas gráficas: carteles, anuncios en zonas visibles, publicaciones en revistas internas de la empresa, folletos informativos adjuntados a la nómina.
- Jornadas o charlas informativas programadas con los trabajadores o invitando a expertos exteriores a la empresa para su divulgación sobre el tema.

4.2. Formación de mandos intermedios

El mando intermedio es un elemento clave en la instauración de un programa preventivo en la empresa. Estas personas tienen un doble cometido: por una parte, son personas en contacto directo y diario con el trabajador, siendo observadores excepcionales de posibles comportamientos anómalos; y, por otra parte, son los responsables directos de hacer cumplir las políticas de la empresa.

La formación de estos mandos intermedios es vital para:

- Detectar consumos indebidos de drogas.
- Orientar y encauzar hacia los dispositivos de ayudas existentes.

4.3. Definir reglas del consumo en el trabajo

Se debe *respetar la libertad individual* de cada trabajador de consumir fuera del horario laboral, siempre que la persona esté en condiciones óptimas físicas y mentales a su llegada al puesto de trabajo.

El objetivo del programa es lograr un *consumo CERO*, en las horas de trabajo.

Se debe definir el posible uso de cada una de las sustancias, ya que tienen un tratamiento legislativo diferente:

- El *tabaco* tiene legislado la prohibición de uso en lugares de trabajo.
- El *alcohol*, preguntas a responder a cada empresa:
 - ¿Se prohíbe el consumo de alcohol en lugares y horarios de trabajo, por ejemplo, comedores de empresa?
 - ¿En casos excepcionales como celebraciones, ¿se permitirá el consumo moderado, mediante autorización escrita?
- *Medicamentos*, se prohíbe la introducción y consumo de estimulantes o tranquilizantes, excepto aquellos de consumo estrictamente personal, indicados por receta médica.
- *Drogas ilícitas*, queda totalmente prohibido portar, consumir y traficar con cualquier droga ilícita en el lugar de trabajo.

Deberá estar recogido en la *declaración formal* cuál será el tratamiento que por parte de la empresa se dará en caso de incumplir las normas establecidas.

4.4. Test de despistajes o detección de consumos

Es un problema delicado, que plantea importantes problemas desde el punto de vista sindical y que es susceptible de ser manipulado. Para aplicar los test debe tenerse en cuenta la confidencialidad de los mismos y evaluar contextualmente los resultados.

No podemos, por otra parte, olvidar el sentido, valor y utilidad, como parte de un plan integral, de los test de detección de drogas. Su uso aislado sin unas indicaciones claras y consensuadas carece de valor, ya que debe estar incluido dentro de una estrategia global del problema, sin olvidar los posibles falsos positivos con las consecuencias negativas que para ambas partes pudiera tener.

Es necesario contar con un protocolo para detectar posibles consumos indebidos y éste debe ser:

- Consensuado con el comité de seguridad y salud o los delegados de prevención.

- Debe quedar determinado en qué supuestos específicos se realizarán estas pruebas, como ejemplo:
 - Cuando se estén desarrollando o vayan a desarrollar trabajos de especial peligrosidad o impliquen riesgos para ellos mismos o para terceros.
 - Cuando exista la sospecha razonable de abuso.
 - Al volver de un tratamiento de desintoxicación para su control.
 - Cuando existan indicios suficientes de que han contribuido o desencadenado un accidente laboral.
 - Cuando existen signos de alarma sanitaria por indicación del médico de cabecera.

4.5. Intervención en casos de disfunción crónica

El objetivo de este programa es evitar consumos abusivos que repercutan negativamente en la salud y el trabajo, pero debemos de ser conscientes de que nos encontraremos situaciones problemáticas que se deberán reconducir.

En el mundo laboral podemos ver una serie de indicadores que nos alertarían de una posible situación de riesgo, entre ellos están:

- Absentismo.
- Retraso en el inicio del horario laboral y salidas anticipadas.
- Recelo hacia los compañeros de trabajo.
- Evitar hablar con los jefes y sus responsables superiores.
- Trabajo de inferior calidad o errores de trabajo.

Las intervenciones se pueden dirigir específicamente a las necesidades de las diferentes etapas y estadios que integran el proceso de mantenimiento y abandono del problema de abuso de drogas.

Estos procesos suelen comenzar con un cambio de actitud. Vale la pena ofrecer consejos desde el ámbito de la salud laboral, aunque los trabaja-

dores no parezcan receptivos, la recomendación médica puede determinar el inicio del proceso o ayudar a madurarlo un poco más. Los profesionales sanitarios deben ser claros e inflexibles sobre la conveniencia de dejar el consumo de tabaco u otras drogas, y sobre la necesidad de beber adecuada y moderadamente.

El tratamiento debe llevarse a cabo en centros especializados de la comunidad entre los que se encuentran centros de salud mental, centros específicos de drogodependencias, departamento de bienestar social del ayuntamiento, etc.

En esta fase, los servicios médicos y sociales de la empresa deben encargarse de estas cuestiones:

- Informar y orientar de las posibilidades que existen para atender los problemas de alcohol y otras sustancias.
- Detección precoz.
- Derivación a los recursos externos lo que permite evitar injerencias en la vida privada.
- Motivación.
- Seguimiento.

Como hemos comentado en la declaración formal, deben quedar recogidos aspectos fundamentales que ayuden al trabajador a realizar una deshabituación. Entre ellos destacamos:

- Autorización de ausencias del trabajo para enfermos o toxicómanos que se comprometan a seguir un tratamiento en servicios especializados fuera de la empresa.
- Garantía de confidencialidad.
- Conservación del puesto de trabajo, sin contemplar sanción alguna, siempre que la persona afectada manifieste interés y esfuerzo de curación.
- Supervisión tutelada en la reincorporación para readaptación al trabajo y formación en caso de que la ausencia haya sido prolongada.

4.6. Intervención en caso de disfunción aguda

Si un trabajador es localizado por alguna persona en el centro de trabajo bien sea compañero o mando y cree que no está en condiciones adecuadas para el desarrollo de su actividad deberá comunicarlo según la estructura que disponga el centro al:

- Servicio médico (si dispone).
- Superior inmediato.
- Ambos.

Se valorará la situación de trabajo determinado si el puesto de trabajo es de riesgo elevado o bajo.

Si el *puesto de trabajo es de riesgo elevado* se retirará de su puesto de trabajo ese día y se le remitirá al servicio médico, bien ese día o al día siguiente.

Debe estar establecido:

- Cómo se realiza el traslado de ese trabajador a su domicilio o al servicio médico.
- Si esa situación va a ser sancionada, amonestada o si esto dependerá de la actitud del trabajador de cooperar o no en la resolución del conflicto.

Si el *puesto de trabajo es de riesgo bajo* se valorará si la situación del trabajador permite desarrollar su actividad habitual.

- Si puede desarrollarla se quedará en su puesto de trabajo, pero realizando una visita al servicio médico bien en ese momento o concertando una cita si no es posible la consulta médica inmediata.
- Si no puede realizar su actividad se actuará como en la situación de trabajo de riesgo elevado. Se retirará de su puesto de trabajo y se concertará cita con el servicio médico.

5. DESARROLLO DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La evaluación es un elemento indispensable para el seguimiento de un programa de prevención en la empresa, debe continuar durante el desa-

rrollo de la intervención, pues sólo así será posible conocer si están ejecutando las acciones previstas, si se alcanzan los resultados esperados y, no menos importantes, cual son las actuaciones que resultan ineficaces y que deben ser revisadas.

Por lo menos una vez al año deben evaluar los siguientes aspectos:

- ¿Cómo consideran el programa los trabajadores y los mandos de la empresa?
- El número de personas que utilizan el servicio y el resultado de la consultas.
- Los efectos del programa sobre el absentismo, producción, índice de accidentes, rotación del personal, etc.
- Las deficiencias o problemas en el desarrollo de las actuaciones previstas en el programa.

Solamente el seguimiento y la evaluación periódica de la implantación del programa permitirán alcanzar unos niveles adecuados de cumplimiento de los objetivos previstos.

6. BIBLIOGRAFÍA

OIT. (1998). *Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por la drogas*. Ginebra.

OIT (1994). *Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento en los lugares de trabajo los problemas que plantea el consumo de alcohol y drogas*. Ginebra.

OIT (1994). *Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo*. Ginebra.

OIT (1996). *Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT*.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Art. 22.

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud.

Ley 5/2001, de 17 de octubre, de Drogodependencias y Otras Adicciones.

Ley 7/1993, de 21 de diciembre, de Creación de OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud laborales. Art. 4.

Plan de acción sobre drogas 2009-2012 de la CAV. Artículos 8, 36 y 38.

GOBIERNO VASCO (1996). *La prevención de la drogodependencias en el mundo laboral*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

GOBIERNO VASCO. *Coste de absentismo laboral por abuso de alcohol en la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

SALVADOR LLIVINA, T., SUELVES, J. M., y DEL POZO IRRIBARRÍA, J. (2003). Gobierno de La Rioja. Programa Mano a Mano. Programa para la prevención y asistencia de la drogodependencias en el medio laboral. Logroño: Plan riojano o de drogodependencias y otras Adicciones.

CONFEBASK. *Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido de alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral*.

UGT. *Guía de drogodependencia en el ámbito laboral*.

CC OO (2009). *Orientaciones sobre Intervención sindical en drogodependencias*.

QUINTA PARTE

LA ADAPTACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO A LAS CARACTERÍSTICAS Y ESTADO PSICOFÍSICO DE LAS PERSONAS

PROCESO SELECTIVO Y ADECUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO

Juan Ignacio GOIRÍA ORMAZÁBAL

*Subdirector de recursos humanos del Servicio de Prevención
del Ayuntamiento de Bilbao*

SUMARIO:

1. ACTUACIÓN PREVENTIVA EN LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL
2. ACTUACIÓN PREVENTIVA EN EL RETORNO AL TRABAJO

1. ACTUACIÓN PREVENTIVA EN LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL

Habitualmente, dentro del proceso selectivo de acceso al puesto de trabajo, se dispone y se facilita mucha información de las necesidades de formación técnica y de las tareas a realizar obviando cuestiones que desde la salud mental son determinantes para poder desarrollar el citado puesto de trabajo sin que exista un trastorno en la esfera de lo psicosocial, como son los aspectos relativos a riesgos psicosociales, organización, trabajo en equipo, carga mental, turnicidad, atención al público, etc.

En la oferta y proceso selectivo de un trabajo sería de mucha utilidad incluir información dirigida al aspirante que recogiera las posibles limitaciones que, desde el punto de vista de la salud, pudiera determinar el desempeño del mismo, cuestión esta muy importante en la esfera de la salud mental.

También se debiera explicitar las posibilidades de adaptación del puesto de trabajo a las limitaciones psicosociales del candidato, para evitar realizar todo el proceso selectivo y que, en el último momento, por el examen de salud no fuera posible dicha adaptación; esta cuestión se podría incluir, sin muchos problemas, en la oferta pública de empleo, ya que la Administración, incluso en los casos más extremos, debe disponer de un 5% de plazas destinadas a los minusválidos, incluidos los de origen psíquico que requieren de una adaptación que es imposible en otras situaciones.

En el caso de la empresa privada tendría más dificultad de aplicación, ya que, habitualmente, no publica las condiciones de acceso al puesto, lo cual no quiere decir que no sea recomendable que dicha información, que recoge las tareas y funcionalidades del puesto de trabajo, incluya los perfiles antes mencionados, sobre todo en lo relativo al trabajo en equipo, atención al público, turnicidad, etc.

Todo ello requiere, en cualquier caso, un desarrollo adecuado de identificación de los factores de riesgo psicosocial, tanto en la empresa como en la Administración, aportación esta a realizar fundamentalmente por vigilancia de la salud y unidades técnicas de prevención especialistas en psicología y ergonomía.

2. ACTUACIÓN PREVENTIVA EN EL RETORNO AL TRABAJO

Por último y, tal como se ha desarrollado en el apartado de vigilancia de la salud, se debieran de incluir dentro de los reconocimientos de ingreso, o de reingreso tras IT, la valoración mediante cuestionarios elaborados a tal efecto de las manifestaciones relativas a salud mental para poder evaluar correctamente la aptitud.

A tal efecto, y como orientación, puede ser útil una petición expresa al médico de atención primaria, informándole de las actividades que va a desarrollar el trabajador y a los posibles efectos de adaptación del puesto de trabajo, si existe o no alguna patología, también en el ámbito de la salud mental, que requiera de dicha adaptación, en el ayuntamiento lo utilizamos en los programas de empleo a personas con difícil inclusión social (anexo I).

También es útil un cuestionario de salud que rellena y rubrica el trabajador previo al examen de salud y que se complementa con la anamnesis (anexo II).

ANEXO I

INSTRUCCIONES A LA HORA DE REALIZAR LA ENTREVISTA A LOS ALUMNOS-TRABAJADORES ADSCRITOS A TALLERES DE EMPLEO

1. Descripción de la tarea a realizar en el taller.
2. Se debe informar al aspirante de la tarea a realizar con el fin de que tome conocimiento de que la realización de dicha tarea, en caso de presentar algún tipo de problema de salud, puede predisponer la aparición de alguna enfermedad.
3. A estos efectos sería interesante requerir informe que recoja un formulario dirigido al médico de atención primaria en el sentido de que se informe si existe o no algún impedimento médico para desarrollar dicho trabajo.
4. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales obliga a ofertar, al inicio del trabajo, un examen de salud, a efectos de verificar la adecuación del aspirante al mismo, indicando si se precisa alguna actuación por tratarse de trabajadores especialmente sensibles (por ejemplo, discapacitados) y emitir la valoración de aptitud para el mismo.

Puede suceder que el trabajador no quiera ser sometido a dicho reconocimiento para lo cual debe ratificarlo por escrito, no siendo obligatorio acudir al mismo.
5. Informarle también que si acude al examen de salud puede suceder que no sea apto, con lo cual no podrá desarrollar esas funciones salvo que se pueda realizar una adecuación específica al trabajador según su discapacidad.
6. Además, debe hacerse entrega de la carta de oferta del reconocimiento.

INFORME MÉDICO

D/D.^a _____ solicita realizar tareas de

en Lan Ekintza y a estos efectos va a realizar estos cometidos (a rellenar por Lan Ekintza) _____.

dado que es un programa de empleo/formación, se solicita información sobre si existe o no patología (no es necesario especificarla) que le dificulte o le impida la realización de las tareas descritas a los efectos de si es posible realizar una adecuación al trabajador y, si no fuera así, dirigirle a otro tipo de programa.

Agradeciéndole su colaboración,

Bilbao, a _____

El/la interesado/a,

CONFORME:

EL COORDINADOR DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN

MANCOMUNADO DE LAS ENTIDADES MUNICIPALES DE BILBAO

Dr. Juan Ignacio Goiria

Especialista en medicina del trabajo

El/la médico/a D/D.^a _____
con n.º de colegiado/a _____, por la presente informa que

en el historial médico del/la interesado/a **NO CONSTAN** trastornos que le dificulten o impidan la realización de las tareas indicadas.

En el historial médico del/la interesado/a **SÍ CONSTAN** trastornos que le dificultan o impiden la realización de las tareas indicadas

Fecha: _____

Fdo. Dr./Dra. D/D.^a _____

Colegiado/a n.º _____ Nombre

ANEXO II

APELLIDOS Y NOMBRE: _____ **DNI:** _____

CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EXAMEN MÉDICO DE SALUD LABORAL

Para dar cumplimiento al artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre, el trabajador, cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud **laboral** conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de la **salud** del Servicio de Prevención Mancomunado de las Entidades Municipales de Bilbao.

El contenido de los exámenes médicos y demás declaraciones relativas a su **salud** tendrán carácter de confidencial, estando sujetos quienes los consulten al deber del secreto profesional.

Se le informa que el **examen** médico de **salud laboral** incluye una anamnesis (cuestionario y/o interrogatorio médico), exploración clínica, control biológico (análisis) y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes a su puesto de trabajo, así como una descripción detallada de su historia **laboral**. Para ello **le agradecemos que rellene este cuestionario escribiendo en mayúsculas y señalando con una X donde proceda.**

TRABAJOS ANTERIORES	
EMPRESA _____	N.º AÑOS _____
EMPRESA _____	N.º AÑOS _____
EMPRESA _____	N.º AÑOS _____
EMPRESA _____	N.º AÑOS _____

DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS QUE REALIZABA				
RIESGOS LABORALES A LOS QUE ESTUVO EXPUESTO (si los conoce)				
TAREAS EXTRALABORALES CON LOS MISMOS RIESGOS				
RECONOCIMIENTOS MÉDICOS PRACTICADOS EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ FECHA:				
HÁBITOS				
TABACO				
Nunca <input type="checkbox"/>	Ex fumador desde ____ años	Habitual desde hace ____ años	Cantidad Día ____	
ALCOHOL				
Nunca <input type="checkbox"/>	Esporádico <input type="checkbox"/>	Fines de semana copas ____	Habitual al día <input type="checkbox"/>	
CAFÉS/TÉ				
Nunca <input type="checkbox"/>	Esporádico <input type="checkbox"/>	Habitual al día ____		
DROGAS				
Nunca <input type="checkbox"/>	Esporádico <input type="checkbox"/>	Fines de semana <input type="checkbox"/>	Habitual <input type="checkbox"/>	Ex consumidor desde _____
DEPORTE				

Nunca <input type="checkbox"/>	Esporádico <input type="checkbox"/>	Habitual _____	
MEDICAMENTOS			
Esporádicamente <input type="checkbox"/>	Últimas dos semanas <input type="checkbox"/>	Actualmente toma <input type="checkbox"/>	Habitual _____
HORAS DE SUEÑO			
_____ Horas al día			
TAREAS DOMÉSTICAS			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ			
ANTECEDENTE MÉDICOS FAMILIARES			
ENFERMEDAD DEL PADRE Fallecido de _____			
ENFERMEDAD DE LA MADRE Fallecido de _____			
OTROS FAMILIARES Parentesco Enfermedades _____ _____			
HIJOS Enfermedades _____ _____			
ENFERMEDADES CONGÉNITAS / HEREDITARIAS DE SU FAMILIA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Del corazón <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Otras _____			
ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Padece o ha padecido			
ENFERMEDAD DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Cuáles: _____ _____ _____	

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Padece o ha padecido			
DEFORMIDAD DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Cuáles: _____ _____ _____	
ENFERMEDADES INFANTILES IMPORTANTES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Epilepsia Otros _____	
ALERGIAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Cuáles: _____ _____ _____	
ENFERMEDADES DE LOS OJOS ¿Usa lentes?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Miopía <input type="checkbox"/> Hipermetropía <input type="checkbox"/> Astigmatismo	<input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Presbicia Cirugía por _____
ENFERMEDADES DE LOS OÍDOS ¿Oye usted bien?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿Usa audífono? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Perforación timpánica <input type="checkbox"/> Otitis de repetición
ENFERMEDADES DEL TIROIDES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo Otros _____	
ENFERMEDADES DE LOS PULMONES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Neumotórax <input type="checkbox"/> Otros
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Valvulopatía <input type="checkbox"/> Coronariopatía <input type="checkbox"/> (Infarto)	<input type="checkbox"/> Soplo Otros _____ _____ _____

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Padece o ha padecido			
ALTERACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> T. A. baja, hipotensión <input type="checkbox"/> T. A. alta, hipertensión	
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Diarreas	<input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sangre en heces Otros _____
ENFERMEDADES DEL HÍGADO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Hepatitis Otros _____	
DIABETES/AZÚCAR	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Controla con dieta <input type="checkbox"/> Antidiabéticos orales <input type="checkbox"/> Insulina	Otros _____
ALTERACIONES METABÓLICAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Elevación del colesterol <input type="checkbox"/> Triglicéridos <input type="checkbox"/> Ácido úrico	
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Temblores, convulsiones <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento Otros _____	<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Vértigo <input type="checkbox"/> Parálisis
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Fobias	<input type="checkbox"/> Psicosis Otros _____
PROBLEMAS OSTEOMUSCULARES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los huesos <input type="checkbox"/> Enfermedad de articulaciones <input type="checkbox"/> Enfermedad muscular <input type="checkbox"/> Fracturas óseas <input type="checkbox"/> Síndrome túnel carpiano Otros _____	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/> Tendinitis <input type="checkbox"/> Amputación <input type="checkbox"/> Deformidades de columna vertebral

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES Padece o ha padecido				
ENFERMEDADES DE LA PIEL	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Cuáles: _____ _____ _____		
ENFERMEDADES INFECCIOSAS IMPORTANTES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Otros </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH-SIDA <input type="checkbox"/> Brucelosis </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH-SIDA <input type="checkbox"/> Brucelosis
<input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH-SIDA <input type="checkbox"/> Brucelosis			
INGRESO HOSPITALARIO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Debido a: _____ _____		
OPERACIONES/ CIRUGÍA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Amígdalas <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Hernias pared abdominal		
ACCIDENTES GRAVES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Cuáles: _____ _____ _____		
SECUELAS ACCIDENTES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Cuáles: _____ _____ _____		
¿PADECE ENFERMEDAD CRÓNICA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión Otros _____		
¿TIENE VARICES?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ			

ENFERMEDADES RENALES, UROLÓGICAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Infecciones orina <input type="checkbox"/> Cólico renal <input type="checkbox"/> Orinar sangre	<input type="checkbox"/> Problemas de próstata (<i>sólo varones</i>) <input type="checkbox"/> Testículos
PROBLEMAS GINECOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		
<input type="checkbox"/> Desarreglos menstruales	<input type="checkbox"/> Infec- ciones	<input type="checkbox"/> Pérdidas	Otros _____
Problemas mamarios	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		
<input type="checkbox"/> Bultos, nódulos	<input type="checkbox"/> Secreción	Otros _____	
Revisiones ginecológicas	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		
Fecha última revisión _____ Habitual al día _____			
Está usted embarazada	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		
Fecha probable de parto _____			
VACUNACIONES			
VACUNAS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> Tétanos-Difteria <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis A+B	<input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea <input type="checkbox"/> Gripe <input type="checkbox"/> Neumococo	
	Otros _____		

OBSERVACIONES: _____ _____ _____
--

MINUSVALÍA/INCAPACIDAD	
¿Tiene usted reconocida alguna minusvalía?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
	¿Cuál? _____
¿Tiene usted reconocida alguna invalidez permanente? (Total o parcial)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
	¿Por qué? _____

En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos obran en un fichero del que es titular el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Fecha _____ Firma, _____

REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA PERSONA TRABAJADORA AFECTADA POR UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL

Xabier SAN SEBASTIÁN

Profesor de la Universidad del País Vasco

SUMARIO:

1. EL PROCESO DE REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN
 - 1.1. Recogida de información y evaluación de la situación durante la IT
 - 1.2. Elaboración de un plan de rehabilitación concreto
 - 1.3. Puesta en marcha del plan de rehabilitación
2. CÓMO AFRONTAR LAS DIFICULTADES DEL PROCESO DE REINSERCIÓN

1. EL PROCESO DE REINSERCIÓN Y REHABILITACIÓN

La vuelta al trabajo y la rehabilitación de la persona trabajadora después de un período prolongado de absentismo por trastorno mental está rodeada de dificultades y, en no pocas ocasiones, de problemas y disputas. Esta labor de reinsertar y rehabilitar forma parte de las estrategias, técnicas y medidas de lo que se conoce como prevención terciaria de los riesgos laborales.

La importancia y la promoción de la salud mental en el entorno de trabajo ha sido una preocupación constante de la UE a lo largo de los últimos años. La conferencia celebrada en Berlín los días 3 y 4 de marzo de 2011⁽¹⁾ ha desarrollado el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar⁽²⁾, en este sentido. Entre sus conclusiones, y en el ámbito de las recomendaciones para actuar, se indica la necesidad de proporcionar medidas para ayudar a la reinsertación y rehabilitación de personas que sufren o se recuperan de trastornos mentales.

La rehabilitación se entiende como un proceso específico, como un conjunto estructurado de actuaciones dirigido a ayudar y preparar a la persona afectada para su mantenimiento saludable en la empresa. Implica a la vez la mejoría de las habilidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales individuales, y la introducción de cambios en el entorno de trabajo para lograr la plena integración laboral de dicha persona.

La gestión adecuada de un caso de vuelta al trabajo supone tener en cuenta, por una parte, algunos principios jurídicos básicos, como el de la protección

(1) http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20110303_concl_en.pdf.

(2) http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf.

contra la discriminación de dicha persona para acceder a la igualdad de oportunidades; y a la equidad en el trabajo, como el derecho a la confidencialidad sobre la información médica del caso, y como el derecho a la dignidad. Por otra parte, está el derecho del empresario para gestionar el entorno de trabajo de forma que la organización resulte eficiente y productiva. A menudo resulta difícil y complicado encontrar el equilibrio deseado entre estos derechos.

Teniendo como referencia los estudios realizados en Gran Bretaña⁽³⁾ y Canadá⁽⁴⁾ sobre las políticas y medidas de reinserción y rehabilitación que han resultado exitosas, se pueden distinguir de manera general y a grandes rasgos una serie de etapas en este proceso.

1.1. Recogida de información y evaluación de la situación durante la IT

Se trata de mantener la comunicación con el empleado en los distintos tiempos de ausencia laboral para ofrecer apoyo general y demostrar la preocupación de la organización. El retorno al trabajo en buenas condiciones depende en gran medida de ello. Esta comunicación puede resultar más efectiva si se realiza desde vigilancia de la salud que desde la autoridad del departamento al que pertenece, y tiene que interesarse exclusivamente por la salud. Se presentan dificultades cuando puede ser percibida como una forma de presión para una temprana reincorporación o cuando la persona afectada no desea colaborar suficientemente con la organización.

A menudo, el certificado médico de IT proporciona a la organización poca o ninguna información sobre la causa y naturaleza de la enfermedad mental, la probable duración de la misma y las eventuales consecuencias; o no hay una indicación de que está relacionada con el trabajo. Esta baja calidad de la información disponible no es útil y dificulta la comprensión de las intervenciones apropiadas.

1.2. Elaboración de un plan de rehabilitación concreto

El objetivo es que la persona empleada vuelva, si es posible, a las funciones del puesto que ocupaba antes del período de IT. En caso de que no

(3) <http://hse.gov.uk/research7rrpdf/rr138.pdf>.

(4) http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/gmrw_ggrrt_en.pdf.

sea así, la empresa debe explorar todas las opciones de reubicación que existan y ofertar un puesto coherente con el estado de su salud.

Este plan tiene que contar con la participación del individuo y ser acordado por todas las partes interesadas (empresario, superior jerárquico, recursos humanos, servicio de prevención, especialista en psiquiatría o psicología...).

El plan de rehabilitación contiene habitualmente alguna intervención de carácter psicoterapéutico y/o de ayuda psicosocial para la mejor recuperación y adaptación del individuo.

Asimismo, tanto la persona empleada como los mandos y directivos deben estar comprometidos con el plan y el éxito del retorno.

1.3. Puesta en marcha del plan de rehabilitación

Se lleva a cabo en el momento óptimo en que la remisión de la enfermedad sea apropiada y la evaluación de la salud indique la aptitud para desempeñar las competencias exigidas por el puesto de trabajo.

El empleado que vuelve al trabajo después de una ausencia de larga duración por trastornos mentales alcanza más fácilmente la efectividad si lo hace de forma gradual, durante un tiempo aproximado de cuatro a seis semanas, en aspectos relacionados con las funciones y tareas a desarrollar, el horario y el apoyo necesario.

También es importante que el plan sea flexible ante las necesidades cambiantes que pudieran darse en el individuo durante el proceso y poder realizar los ajustes pertinentes.

Una vez implantado el plan, es necesario realizar un cuidadoso seguimiento y control periódico para asegurar que las medidas de intervención son apropiadas.

2. CÓMO AFRONTAR LAS DIFICULTADES DEL PROCESO DE REINSERCIÓN

Las pequeñas y medianas organizaciones se enfrentan con dificultades importantes para implantar de forma realista y manejable intervenciones de

rehabilitación que satisfagan sus propias necesidades al tener pocas posibilidades de acceder a recursos y sistemas de apoyo adecuados. Además, los puestos de trabajo disponibles para una posible reubicación son casi inexistentes.

Entre los factores importantes para la creación de un contexto organizacional que favorezca la rehabilitación se encuentran:

1. La existencia de una política escrita práctica en relación a la rehabilitación después de una enfermedad mental. Suele tender a tomar una de las siguientes formas: una política específica en relación con enfermedades relacionadas con el estrés; una política general ante enfermedades laborales en su conjunto; forma parte de la política de la organización sobre gestión del estrés, o forma parte de la gestión organizacional del absentismo por enfermedad.
2. La definición clara y concreta de los roles y las responsabilidades de las personas intervinientes en el plan. Asimismo, la comunicación eficaz entre todos los colectivos implicados en el proceso de rehabilitación favorecerá su calidad.
3. La toma de conciencia sobre el estrés y el resto de riesgos psicosociales, así como sobre su gestión, por parte de responsables intermedios y superiores.

SEXTA PARTE

ASPECTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS DE LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

CONFLICTOS ÉTICOS

Rocío BARREIRA MÉNDEZ

Psicóloga clínica

Directora de recursos humanos de Comarca Araba Osakidetza

SUMARIO:

1. UN MARCO PARA LA REFLEXIÓN
2. LOS CONFLICTOS ÉTICOS MÁS IMPORTANTES
3. BIBLIOGRAFÍA

1. UN MARCO PARA LA REFLEXIÓN

La evaluación y tratamiento de las consecuencias que derivan de un buen abordaje de la salud mental de los trabajadores, nos ha conducido a un laberinto de «conflictos éticos» que en la exposición que realizamos en el presente capítulo no pretendemos resolver, sino establecer un marco para la reflexión. Es por ello que creemos que nuestra aportación estaría justificada si conseguimos crear un espacio de cuestionamiento futuro que inicie un camino hacia la deliberación.

Nos movemos en un espacio complejo desde derechos, deberes, capacidades y poderes que pueden determinar el futuro de trabajadores «especialmente sensibles».

La valoración de la aptitud psicofísica para el trabajo sin riesgo para la propia salud, o la de otros, es un acto sanitario cuyo objetivo es emitir un juicio médico de idoneidad o compatibilidad entre las condiciones de salud de una persona y las exigencias de un determinado trabajo. Es, por tanto, una valoración individual y para una finalidad concreta.

Convierte el reconocimiento médico en un acto predefinido y con consecuencias. ¿Las conoce el trabajador? Entendemos que con anterioridad a la realización de ese examen médico el trabajador debe conocer con precisión de qué se trata, qué información se le solicitará, qué tratamiento se dará a la información que derive de la exploración, y qué repercusiones tendrá en su futuro o presente laboral.

Es decir, con anterioridad a la apertura de la historia clínica de aptitud el trabajador deberá conocer con exactitud y rigor cuáles son las consecuencias. Debe, asimismo, conocer quiénes serán los destinatarios de esa información y qué repercusiones tendrán en su vida laboral.

Si el médico del trabajo tiene el deber de informar al empresario con respecto a la aptitud del trabajador, ¿se vulnera el principio de lealtad médico-paciente? Este conflicto toma más importancia en tanto nuestro abordaje es «la salud mental», que necesariamente se interpreta en la esfera «más personal del individuo» y está sujeta a un importante desconocimiento social y estigmatización. ¿Está preparado técnicamente el médico del trabajo para realizar esta evaluación? ¿Tiene el trabajador la posibilidad de recurrir el juicio diagnóstico del médico del trabajo sin consecuencias?

La vulnerabilidad de los trabajadores portadores de patología mental es, a nuestro juicio, un tema sin resolver. ¿Existe evidencia científica donde basar la toma de decisiones de la aptitud psíquica de su valoración? ¿Es el diagnóstico de patología psiquiátrica determinante o debemos evaluar la capacidad funcional del individuo?

En esta línea ROBBINS (1988) ya enumeró en qué situaciones se debiera realizar una evaluación de la aptitud psíquica para trabajar:

1. Candidatos con historia conocida o **sospechosa** de enfermedad psiquiátrica.
2. Reincorporación al trabajo tras episodio de enfermedad psiquiátrica o relacionada con el consumo de drogas.
3. Trabajadores derivados al departamento médico por el empresario, para evaluación de disminución en el desempeño de su trabajo, absentismo o comportamiento extraño.
4. Individuos evaluados para trabajo de alto estrés o alto riesgo.

Concluyendo el autor que las pruebas psicológicas empleadas no tienen gran valor predictivo y sugiere no basar la determinación de la capacidad del individuo en diagnósticos psiquiátricos, sino en su capacidad funcional. Tesis que avalamos, pues resulta evidente que la capacidad funcional es muy diferente en personas con la misma patología.

El solo planteamiento de estas cuestiones pone de manifiesto la gravedad por sus consecuencias de este tipo de valoración de aptitud, que refleja esta definición de MCGREGOR:

«Identificar aquellos individuos con un problema de salud que puede afectar a la seguridad o bien los hace especialmente sensibles. El riesgo así detectado puede entonces ser controlado mediante ajustes razonables al trabajo o mediante la exclusión, si ésta es inevitable».

Es en este punto donde cobra más valor la opinión de los especialistas (psiquiatra y psicólogo) responsables del diagnóstico y tratamiento de estos trabajadores. ¿Conoce habitualmente el profesional tratante por qué y para qué se le solicita un informe?, ¿qué parte de la historia puede y debe revelar?, ¿es consiente el trabajador en todos los casos cuando existe esta petición?, ¿conoce el contenido de los informes?, ¿sabe qué repercusiones tendrá en su futuro laboral? No todo vale, no podemos aplicar «todo para el paciente, sin el paciente».

Seguimos, por tanto, en un terreno de «arenas movedizas». Es evidente que el trabajador conserva sus derechos, y debe entender y consentir en todo y cada una de las preguntas anteriores. Debe también conocer las repercusiones legales que deriven de si decide mentir u ocultar datos importantes. ¿Es clara la legislación a este respecto? ¿Qué dice la ley con respecto al trabajador que miente en la declaración de patología mental, consumo de drogas...?

¿Se puede obligar al trabajador con patología psiquiátrica a tratamiento? Entendemos que no, excepto que esté incapacitado legalmente o la petición derive directamente del juzgado.

Un paciente psiquiátrico no incapacitado mantiene intactos sus derechos y obligaciones, luego, por tanto, será responsable de sus actos en la vida y en el trabajo. Su enfermedad podría ser un atenuante si así se justifica, pero no un eximente de responsabilidad.

MOHR, en el año 1993, refirió que «sólo se podrá excluir a una persona discapacitada del trabajo si, tras un examen médico, el empresario puede demostrar que esa persona constituiría “un peligro o amenaza directa en el lugar de trabajo”».

Terminaremos nuestro capítulo con un resumen que esperamos dé paso a un nuevo espacio de reflexión, el convencimiento de que será el inicio de futuros trabajos.

1. En el abordaje de la salud mental de los trabajadores, el vínculo médico del trabajo-paciente deberá definirse en los aspectos mé-

- dico-trabajador-empresario con un objetivo común de no vulnerabilidad de derechos.
2. La intimidad, lealtad, secreto profesional, confidencialidad y consentimiento informado son asignaturas pendientes en este tema.
 3. El derecho a la no discriminación y a la equidad en la valoración de la aptitud se convierte, por tanto, en una tarea fundamental.

2. LOS CONFLICTOS ÉTICOS MÁS IMPORTANTES

1. Consentimiento informado.
2. Confidencialidad.
3. Historia clínico-laboral-aptitud.
 - 3.1. ¿Sabe el trabajador qué implica? ¿Qué es y para qué es?
 - 3.2. ¿A quién se traslada la información? Consentimiento informado.
 - 3.3. ¿Qué repercusiones puede tener en su futuro laboral? ¿Las conoce y las acepta?
4. Petición de informe a especialistas.
 - 4.1. ¿Por qué, para qué y cómo?
 - 4.2. Cuando el trabajador autoriza, ¿conoce realmente el uso que se va a hacer de la información derivada?
5. Médico del trabajo.
 - 5.1. ¿Hay enfermedades mentales de obligada declaración?
6. Historia psiquiátrico-laboral.
 - 6.1. ¿Qué datos debe conocer el empresario? ¿Y los compañeros?
7. ¿Se puede obligar al trabajador con patología psiquiátrica a tratamiento?
8. Bajas laborales.

9. Ética de la actividad preventiva.
10. ¿Quién decide? ¿Está el médico del trabajo preparado para las decisiones?

3. BIBLIOGRAFÍA

GRACIA, D., y JÚDEZ, J. *Ética en la práctica clínica*.

Intimidad, confidencialidad y secreto. Guías de ética en la práctica clínica.

Ética para profesionales de la salud. Fundación SAR.

LLAGUEF, L. *Psiquiatría y ley en la práctica clínica*.

MUCHISNSKY. *Psicología aplicada al trabajo*.

PUCHOL, L., *El libro de las habilidades directivas*.

KAPLAN. *Psiquiatría clínica*.

DSM-IV, *Valoración de la aptitud para trabajar*. Cátedra de medicina del trabajo.

PROTECCIÓN DE DATOS. LÍMITES LEGALES

Rocío BARREIRA MÉNDEZ

*Psicóloga clínica
Directora de recursos humanos de Comarca Araba Osakidetza*

Juan Ignacio MARCOS GONZÁLEZ

*Abogado
Coordinador del Observatorio Vasco sobre el Acoso Moral*

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. LAS PRINCIPALES PREGUNTAS Y SUS RESPUESTAS. EJEMPLOS
3. CONCLUSIONES

«Nuestra experiencia sobre la evolución de su cuadro clínico se remonta a muchos años atrás.

— Eso es justo lo que no acabo de entender. Cuando ella ingresó aquí pedimos su historial a Sankt Stefan. Pero todavía no nos lo han mandado.

— Lo siento. Pero está clasificado por decisión del tribunal.

— Entiendo. ¿Y cómo vamos a ofrecerle una adecuada asistencia médica en el Sahlgrenska si no podemos acceder a su historial? Porque, de hecho, ahora somos nosotros los que tenemos la responsabilidad médica sobre ella».

(LARSSON, S. *Millennium 3: La reina en el palacio de las corrientes de aire*, Madrid: Destino. 269).

1. INTRODUCCIÓN

Cuando uno de los miembros del Observatorio Vasco propuso como objetivo anual analizar el problema de la salud mental de los trabajadores, el tema nos pareció a todos realmente apasionante. Al planificar su desarrollo, y dado el carácter multidisciplinar tanto en formación como en ocupación profesional de los diferentes miembros del observatorio, se adjudicó a los diferentes componentes el desarrollo de aquellos capítulos que tuviesen más relación con su quehacer profesional, solicitando y obteniéndose, además, el concurso de instituciones y personas especializadas e independientes, que han colaborado decisivamente en la publicación que tiene entre manos.

Pero nos dimos cuenta además de varias realidades sobre la salud mental de los trabajadores en las que no habíamos caído inicialmente: 1) que esta temática es el caldo de cultivo de graves, frecuentes y peliagudos con-

flictos; 2) que estos conflictos son de muy difícil resolución; 3) que no todo vale para la resolución de estos conflictos, porque reducidos a su esencia son conflictos éticos donde están en pugna los valores más trascendentes y los derechos fundamentales, y 4) que, sorprendentemente, no han sido tratados apenas por los tribunales ni por el ordenamiento jurídico, por lo que no existe una «guía» de soluciones con la que estar de acuerdo o discrepar.

Lo anterior nos conduce inexorablemente a un terreno inexplorado, donde existen muchas más preguntas que soluciones y donde el primer y fundamental paso consiste en plantearse las cuestiones adecuadas. Luego vendrá el esbozo de posible/s respuesta/s, siempre tan cambiantes dependiendo del punto de partida (por ejemplo, si es previo al problema —protocolo, orientación...—, coetáneo o posterior), del problema concreto sometido a consideración (situación crítica a resolver con sus concretas circunstancias) y del «bando» que busca la respuesta (empresa *versus* trabajador), cuya combinación hace que existan múltiples respuestas para la misma pregunta.

Pero insistimos: lo más importante es identificar los puntos conflictivos y plantear las preguntas adecuadas, a lo que vamos a dedicar el siguiente apartado.

2. LAS PRINCIPALES PREGUNTAS Y SUS RESPUESTAS. EJEMPLOS

Vamos a intentar la identificación de los puntos conflictivos a través de dos ejemplos. Son dos trabajadores, que inician su vida laboral, y que vamos a llamar A y B:

- **A** es un **trabajador con problemas mentales** que **ya** se han manifestado de forma clara **antes de su incorporación** al trabajo.
 - **B** es un **trabajador en el que no se ha manifestado problema mental alguno** antes de su incorporación al trabajo.
1. La **primera cuestión** que debemos plantearnos al presentarse a un puesto de trabajo es: ¿Pueden y/o deben realizarse pruebas previas de aptitud mental para todos o algunos de los puestos de trabajo? Por ejemplo: los policías que van a llevar armas de fuego, los jueces que van a juzgar a personas, los pilotos de avión que van a transportar personas, los controladores aéreos,

los médicos... A la mayoría, sino a todas estas profesiones, se accede tras un gran esfuerzo y sacrificio, que se puede ir al traste cuando, tras superar las pruebas de actitud, no se pasa la aptitud por problemas mentales. Parece pues lógico pensar en la introducción de unas pruebas de aptitud mental previas para el acceso a estas profesiones. ¿Y cuáles son? La respuesta es que **debiera establecerse un catálogo de profesiones para las cuáles fuera necesario ineludiblemente el sometimiento previo a pruebas de aptitud mental**, de tal forma que se garantizara el posible acceso individual con la seguridad colectiva, evitándose de esta forma la frustración posterior individual y se previnieran los posibles conflictos posteriores. Podría ser una especie de carné individual, que se consiguiera ante un organismo oficial, con pruebas homologadas para todo el Estado o ámbito decidido y válido para un tiempo. En el mismo se establecerían los límites de aptitud mental para ese catálogo de profesiones, que deben mantenerse a lo largo del desarrollo profesional de ese trabajo. Lógicamente sometido todo ello a la máxima protección de la Ley de Protección de Datos (LPD, en adelante), no pudiéndose utilizar esa información más que en relación al concreto catálogo de profesiones descrito.

- **Ventajas:** serían pruebas obligatorias para las profesiones incluidas en el catálogo, que tendrían que realizarse de forma previa a su acceso y que podrían eventualmente realizarse de forma periódica y tras cualquier incidente, para acreditar de esta forma la idoneidad durante todo el período de trabajo en que se desarrolla la misma.
- **Inconvenientes:** la necesidad de efectuar pruebas previas a todos los aspirantes al desarrollo de una profesión de ese catálogo es muy caro. Pensemos en los miles de personas que se presentan a una oposición de médico o de juez a los que habría que realizar esas pruebas de aptitud mental previa frente a las pocas que aprueban y a las que, en el mejor de los casos, se les realizan esas pruebas de aptitud mental *a posteriori*. Además del gravísimo riesgo de la mala custodia o el mal uso del archivo de datos, que implicaría vulneración de los derechos fundamentales del trabajador.

En nuestro caso tanto el trabajador A como el B debieran efectuar esas pruebas de forma previa si quisieran trabajar en ese catálogo de profesiones. Pero no quieren o pueden trabajar en esas profesiones catalogadas y empiezan a trabajar en otras, en las que no existe, no se practica o no es posible efectuar un seguimiento de la salud mental de la persona trabajadora.

2. Lo que nos lleva a **la segunda cuestión**: ¿debe declarar el trabajador que padece una enfermedad mental? En nuestro ejemplo, ¿debe el trabajador A comunicar al servicio de prevención, al médico del trabajo, al empresario, a sus compañeros, que padece una enfermedad mental? Porque el trabajador A ya sabe que la tiene... la respuesta es difícil y muy discutible. En nuestra opinión, **siempre que el personal especializado que lleve a cabo el seguimiento y pauta el tratamiento del enfermo mental no efectúe salvedad alguna respecto al trabajo, NO debe declararlo.**

A sensu contrario, sólo se deben declarar los padecimientos mentales que afecten sensiblemente al desarrollo del trabajo, entendiendo como tal no sólo los requerimientos objetivos del mismo, sino también su área relacional y social, en especial el clima laboral. ¿Y a quién habría eventualmente que declararlo? El trabajador A deberá comunicarlo al médico de empresa y/o al servicio de prevención, pero SÓLO para que a la vista de su conocimiento puedan determinar su aptitud mental, quedando sometidos al deber de CONFIDENCIALIDAD respecto a su conocimiento. Y al control absoluto de la protección de datos respecto de la historia clínica o diagnóstico que aporte el trabajador.

3. Y esto enlaza con la **tercera cuestión**: ¿tiene derecho el empresario a conocer que su trabajador es un enfermo mental? ¿Y sus compañeros? Creemos que la respuesta es contundente: **NO**, al igual que el trabajador no tiene derecho —ni es informado— que su empresario tiene una enfermedad mental.

El problema se plantea con los datos que tanto el empresario como los compañeros pueden y ¿deben? conocer. Si seguimos el razonamiento de la cuestión anterior, el trabajador A sólo comunicará al médico de empresa y/o al servicio de prevención el padecimiento

de una enfermedad mental si, pese a que está tratado, afecta al desarrollo de su trabajo, causando un problema de aptitud mental para el desarrollo del mismo. El médico de empresa y/o el servicio de prevención deberán comunicar al empresario el problema de la existencia de una falta de aptitud para el desarrollo del trabajo, si ésta es a su juicio es temporal o definitiva y si es posible reubicar al trabajador en otro puesto de trabajo temporal o definitivamente, a fin de que el empresario pueda tomar las decisiones oportunas pero sin desvelar la enfermedad mental padecida, sometida a la CONFIDENCIALIDAD. Y nada podrán saber los compañeros del origen y enfermedad mental, a salvo de su conocimiento indirecto por los problemas de clima laboral que eventualmente pudieren ocasionarse y las soluciones que deban adoptarse imperativamente respecto a los mismos (evaluación de riesgos psicosociales, protocolo de resolución de conflictos...).

4. Pero hay muchas zonas grises en medio. Lo que nos lleva a la **cuarta cuestión**: ¿hay enfermedades mentales de obligada declaración? NO. Creemos que debemos ceñirnos a lo ya respondido anteriormente con los límites anteriormente establecidos y ello pese a la existencia de enfermedades mentales incurables que deben estar siempre en tratamiento.

Debe primar el derecho a la intimidad sobre el conocimiento por parte de la empresa del padecimiento del trabajador. *¿Debe declarar el trabajador A que padece una enfermedad mental si es sometido por el médico de empresa y/o el servicio de prevención a un cuestionario/anamnesis en el que se le pregunta directamente y que luego firma? ¿Qué consecuencias tiene su firma negando que la sufría, si realmente la padecía y conocía su padecimiento en el momento de su firma?* Negamos la mayor: ni el médico de empresa y/o el servicio de prevención ni la empresa tienen derecho a ese conocimiento, siempre que no afecte al desarrollo de su trabajo, acreditado por el personal especializado que le trata. Bajo esos parámetros nos encontramos ante una pregunta ilegal, por tanto nula y, en consecuencia, que se tiene por no efectuada.

No obstante, **es necesario el establecimiento de una herramienta/documento en la que se documente la salud del trabajador y sus**

limitaciones a puestos en relación con el trabajo concreto que desarrolla, que debe estar rellena por los diferentes organismos que trata de una u otra manera al trabajador enfermo mental: el médico de cabecera, el especialista psicólogo o psiquiatra, el médico del trabajo, el servicio de prevención, el INSS, las mutuas...Y esta herramienta debe estar en poder de cada uno de ellos a la hora de pautar, revisar o restablecer un tratamiento para el trabajador enfermo mental. Ya se ha avanzado mucho a este respecto en Bizkaia, mediante el establecimiento de un documento que se acompaña como anexo a este manual.

Ya están nuestros trabajadores A y B trabajando y se manifiesta un conflicto en el clima laboral de la empresa. Pueden ocurrir varias cosas:

- a) Que a nuestro trabajador A se le agrave su enfermedad mental y caiga de baja. A su vez, puede que ese conflicto tenga que ver con su enfermedad mental o no.
- b) Que a nuestro trabajador B se le manifieste una enfermedad mental que desconocía, debutando con el conflicto.
- c) Que a nuestro trabajador B se le desarrolle una enfermedad mental que no tenía.

Esto nos suscita a la vez varias cuestiones interrelacionadas, que expondremos a continuación:

- a) Si a nuestro trabajador A se le agrava una enfermedad mental preexistente y anteriormente conocida, como vemos puede pasar dos cosas: que el agravamiento tenga que ver con un conflicto en el clima laboral de la empresa o no. *Si no tiene que ver con la empresa*, estaremos a la regla general y será una baja calificada como «enfermedad común», que tendrá su propia evolución y finalización (período de baja, con finalización en alta —con o sin secuelas— o en invalidez en cualquiera de sus grados). *¿Y qué pasa si el agravamiento tiene que ver con el clima laboral de la empresa?* En ese caso, la baja será calificada como «accidente de trabajo» al igual que toda su propia evolución y finaliza-

ción (período de baja, con finalización en alta —con o sin secuelas— o en invalidez en cualquiera de sus grados). Y habrá que poner ese «accidente de trabajo» en relación con el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, de tal manera que si la empresa ha incumplido con la misma y hay relación causa-efecto, la empresa será responsable de las consecuencias.

- b) *¿Y qué pasa si a nuestro trabajador B se le manifieste una enfermedad mental que desconocía, debutando con el conflicto en la empresa?* La respuesta es idéntica al punto a) porque, a estos efectos, es igual que el agravamiento tenga que ver con el clima laboral o que debute la enfermedad mental por ese conflicto.
- c) *¿Y qué pasa si a nuestro trabajador B se le desarrolle una enfermedad mental que no tenía?* La respuesta es la misma que en el punto anterior.
5. Pero ésta es la parte fácil. Se ha agravado o debutado o iniciado una enfermedad mental y el trabajador ha actuado de forma normal: Ha acudido al servicio médico correspondiente, le han tratado, dado la baja y, repuesto, vuelve a su trabajo o ha quedado incapacitado. Pero no siempre es así, lo que nos lleva a la **quinta cuestión**: *¿qué sucede si el trabajador enfermo mental niega que le suceda algo? ¿Qué pasa cuando este trabajador, con su comportamiento y actuaciones en la empresa, se constituye en un riesgo psicosocial para el resto de los trabajadores, siendo el mismo responsable del empeoramiento del clima laboral? ¿Qué sucede si se niega a someterse a reconocimientos médicos pese a las evidencias existentes? ¿Se le puede obligar a esos reconocimientos? En su caso, ¿por quién? ¿Tiene derecho a una segunda opinión? ¿Cuáles son los límites? ¿Se puede obligar a ese trabajador con patología psiquiátrica a tratamiento?*

Respondamos con orden. Por desgracia es bastante habitual encontrarnos con trabajadores (y personas en general) que niegan lo que les sucede, y que se da con mucha más frecuencia en el ámbito de las enfermedades mentales. Si esto es así, nos en-

contramos con que el empresario sólo puede actuar cuando tiene indicios objetivos para hacerlo. Siguiendo a ROBBINS, **las situaciones en las que se debiera realizar una evaluación de la aptitud psíquica para trabajar** —con las que estamos de acuerdo— son las siguientes:

1. Candidatos con historia conocida o **sospechosa** de enfermedad psiquiátrica.
2. Reincorporación al trabajo tras episodio de enfermedad psiquiátrica o relacionada con el consumo de drogas.
3. Trabajadores derivados al departamento médico por el empresario, para evaluación de disminución en el desempeño de su trabajo, absentismo o comportamiento extraño.
4. Individuos evaluados para trabajo de alto estrés o alto riesgo.

O, en palabras de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: serán obligatorios, «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 las 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. 22.1 de la LPRL).

En estos casos, la **evaluación de la aptitud psíquica para trabajar es obligatoria y se puede y debe obligar al trabajador a someterse a esos reconocimientos**. Ahora bien, es un hecho que en muchas ocasiones el trabajador se niega, argumentando que está bien, presentando informes de médicos psiquiatras privados o públicos que así lo atestiguan, que se viola su derecho fundamental a la intimidad... ¿Qué hacemos en esas situaciones? Pues la empresa puede y debe solicitar permiso judicial ante el juez social explicando detalladamente la situación objetiva y la negativa del trabajador a someterse a la evaluación de aptitud psíquica, pidiendo que obligue

al trabajador a someterse a la misma, y el juez, previa audiencia al trabajador, tomará la decisión oportuna.

Todo ello dentro de un marco garantista, que permita al trabajador presentar una segunda opinión médica y preservando los datos obtenidos, que no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador (art. 22.4 de la LPRL). Sólo de esta manera, desde un punto de vista estrictamente objetivo y garantista, la evaluación de la aptitud psíquica para trabajar será válida y, de la misma, se deducirá si el riesgo detectado puede entonces ser controlado mediante ajustes razonables al trabajo o mediante la exclusión, si ésta es inevitable. Pero nunca podrá obligarse al trabajador con una patología psiquiátrica a seguir un tratamiento: se le podrá ofrecer, sugerir, pedir que lo siga, pero no obligar, aunque, como toda elección, será de su responsabilidad la opción que siga.

3. CONCLUSIONES

PRIMERA. Debiera establecerse un catálogo de profesiones para las cuales fuera necesario ineludiblemente el sometimiento previo a pruebas de aptitud mental, de tal forma que se garantizara tanto el posible acceso individual a las mismas como la seguridad colectiva. Además, estas pruebas debieran repetirse aleatoriamente y en las situaciones de riesgos que se produjeran a lo largo de toda la vida laboral.

SEGUNDA. El trabajador no debe declarar que padece una patología psiquiátrica siempre que el personal especializado que lleve a cabo el seguimiento y pauté su tratamiento no efectúe salvedad alguna respecto al trabajo. Ni el empresario ni sus compañeros tienen derecho a conocer que el trabajador padece esa enfermedad mental, estando absolutamente protegida toda información por la confidencialidad y la Ley de Protección de Datos.

TERCERA. Con carácter general, el sometimiento a la evaluación de la aptitud psíquica para trabajar es voluntaria para el trabajador. Sin embargo, concurriendo determinadas situaciones (en general, que el trabajador constituya un peligro para sí mismo, para

los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa), la mencionada evaluación será obligatoria, pero deberá realizarse, para que sea válida, con todas las garantías y de forma objetiva, pudiendo acudir al auxilio judicial para su realización.

Otras preguntas que deberemos responder y que se dejan para posteriores análisis:

¿Qué es la confidencialidad? ¿Quién tiene que mantenerla? ¿Cuándo puede ser rota la confidencialidad? ¿Cuáles son sus límites?

Quando el servicio de prevención o médico de empresa conoce **por su profesión en la empresa** que un trabajador tiene una enfermedad mental, ¿debe comunicarlo a la empresa? ¿Tiene derecho a contactar con los médicos que lo tratan a nivel privado? ¿A requerir acceso a su historial clínico? **¿Y si lo conoce de forma privada o de forma independiente a su trabajo en la empresa?**

A su vez, los médicos ajenos a la empresa que tratan al trabajador enfermo, ¿deben ponerlo en conocimiento de la empresa? Y si resulta vital o es peligroso o puede poner en peligro la integridad física o psíquica de sí mismo o de terceros, ¿tiene algún mecanismo de alerta —aparte de darle la baja— para darlo a conocer a la empresa o instituciones o, por lo contrario, están vinculados por la confidencialidad? A su vez, si son requeridos para «entregar» sus conocimientos sobre su paciente enfermo mental, ¿cuáles son los límites de su confidencialidad?

¿Pueden utilizarse los datos obtenidos/entregados sobre un trabajador enfermo mental en un procedimiento confidencial para fines distintos para aquellos en los que ha sido obtenido? Por ejemplo, los datos obtenidos en un protocolo de acoso moral abierto como consecuencia de una situación conflictiva en la empresa, ¿pueden ser utilizados para incapacitarle, trasladarle, despedirle... al margen del procedimiento en sí? ¿No sería la utilización de pruebas ilegítimas, el fruto del árbol prohibido, o debe primar el interés colectivo?

SITUACIONES EN LAS QUE LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES NO ESTÁ SUFICIENTEMENTE PROTEGIDA

Antonio GRINDA ALCANTARILLA

Inspector de Trabajo y Seguridad Social en Gipuzkoa

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. LA POSIBILIDAD DE ACCIONES PREVENTIVAS EN LA SELECCIÓN DE LOS TRABAJADORES
3. LAS ACCIONES PREVENTIVAS DURANTE LA VIDA LABORAL
4. ANÁLISIS DE CASOS REALES
 - 4.1. El acosado que institucionaliza su estado y lo convierte en el motor de su vida
 - 4.2. El sujeto tóxico que bajo una aparente victimización empeora el entorno laboral
 - 4.3. El empresario (por tanto no susceptible de sustitución) que desarrolla actividades permanentes de violación de derechos. También podría aplicarse este caso para el jefe o autoridad, en el ámbito administrativo, con pocas posibilidades de remoción
 - 4.4. Dos grupos enfrentados que neurotizan el contexto laboral
5. COMENTARIO A UNA SENTENCIA DE LOS TRIBUNALES SOBRE EXÁMENES PSIQUIÁTRICOS
6. CONCLUSIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Resulta una obviedad señalar la obligación de las empresas de velar por la salud de sus trabajadores. Del mismo modo, también lo es que la salud es un concepto que abarca tanto el aspecto físico como el mental. Sin embargo, en la práctica jurídica y de prevención de riesgos laborales estas evidencias no tienen una correlación proporcional a la importancia que cualquier observador comprende.

Por eso, a día de hoy, se pueden hacer aproximaciones al estudio de este asunto que no sería necesario contrastar con opiniones previas con tanta necesidad como en otros temas.

A la hora de intentar sistematizar, podríamos hacer una división en dos grandes grupos:

1. **Problemas externos:** naturaleza del trabajo (por ejemplo: seguridad o enseñanza), agentes físicos (por ejemplo: ruido...), problemas organizativos, climáticos, tipo de tareas...
2. **Problemas internos:** patologías, trastornos de la personalidad, etc.

En este sentido, los primeros pueden ser prevenidos por medio de la vigilancia de la salud y una conveniente evaluación de riesgos. Pueden, por tanto, tras ser evaluados, planificarse y finalmente tratarse.

Los segundos son más problemáticos. Y nos tenemos que realizar las siguientes preguntas: ¿Pueden ser objeto de prevención? ¿O sólo pueden empezar a ser tratados a partir de los efectos que provocan los sujetos que los padecen?

En este sentido, hemos de reflexionar sobre las consecuencias de diagnosticar patologías, trastornos, o simplemente caracteres que pudieran establecer juicios apriorísticos sobre la conducta previsible de los sujetos.

Por otra parte, también sería muy cuestionable la posibilidad de realizar estos estudios, en el caso de que fueran deseables, si no es de forma voluntaria.

Sin embargo, en caso de producirse algún acontecimiento anormal, es decir, fuera de la conducta generalmente aceptada, los efectos de estos actos sí legitimarían posiblemente a la empresa para llevar a cabo una exploración de las causas de tales efectos con el fin de salvaguardar la salud del resto de los trabajadores.

Por consiguiente, parece lo más prudente seguir esta línea de actuación, por motivos jurídicos y éticos.

2. LA POSIBILIDAD DE ACCIONES PREVENTIVAS EN LA SELECCIÓN DE LOS TRABAJADORES

Comencemos con las posibilidades de prevención generales que no necesitan de un tratamiento especial, pues no dañan los derechos de intimidad ni otros derechos fundamentales:

Antes de la contratación o la aceptación del candidato a la Administración Pública podrían realizarse evaluaciones psicotécnicas que eliminaran aquellas personas que tuvieran algún tipo de disfunción. Sin embargo, eso implicaría relegar a las mismas a una situación de inactividad que además de constituir en sí misma un problema social, podría empeorar sus patologías.

Por tanto, lo primero que hemos de preguntarnos es si sería deseable realizar estas pruebas en todos los casos.

Haciendo un paralelismo con el consumo de alcohol y de drogas ilegales que, como sabemos, podría utilizarse, al tener referencias jurisprudenciales, para aplicar su doctrina a estos supuestos. Podemos indicar que no en todos los trabajos deberían realizarse estos controles previos, o bien podrían generalizarse siempre que no en todos los casos los resultados que indiquen una anomalía impida el acceso al empleo.

La idea fuerza sería, por tanto, establecer test psicotécnicos en aquellos empleos (pilotos de línea aérea, educadores, miembros de las fuerzas de seguridad...) que por la naturaleza de su actividad puedan influir decisi-

vamente en la comunidad, dejando las demás ocupaciones libres de estos controles previos.

Sobre la cuestión de realizar estas pruebas en todas las actividades, pero sin un carácter decisivo, si bien en teoría podría ser la solución más deseable desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales parece poco probable que puedan guardarse los datos de forma que no se atente a derechos fundamentales. Es decir, se causa un problema de protección de datos de enorme magnitud. En todo caso, es una cuestión abierta al debate y que puede enriquecerse con aportaciones que señalen la forma de mantener esta información en un ámbito exclusivo y aséptico.

3. LAS ACCIONES PREVENTIVAS DURANTE LA VIDA LABORAL

Una vez que el trabajador o el funcionario comienzan su actividad, es decir durante la mayor parte de su vida laboral, ¿cómo se ha de salvaguardar la salud laboral del mismo y su entorno en esta materia?

Como ya hemos señalado más arriba, nos encontramos con una doble posibilidad:

- Establecer controles periódicos o no, y en caso de establecerlos, realizarlos para todas las actividades o sólo para aquellas en las que el derecho, en este caso a una salud mental óptima del trabajador y su entorno, lo aconsejen.
- O bien esperar a que se produzcan efectos anómalos para realizar este tipo de actuaciones, dado que de realizar controles periódicos podrían aparecer trastornos o enfermedades que no han producido ningún efecto negativo en la actividad del sujeto ni en la del entorno laboral.

Esto último es probablemente el dilema más importante de este asunto pues en caso de optar por la detección periódica actuaría la empresa, el servicio de prevención o la Administración, de manera apriorística, sin una fundamentación sólida para tomar medidas adecuadas en los casos en los que no se hubiera producido ningún efecto.

Si bien lo anterior es innegable se pueden realizar las siguientes reflexiones sobre este tema:

¿Es deseable mantener en su puesto a una persona con algún tipo de trastorno, siendo responsable de la vida y/o de la seguridad de otras? (el ejemplo paradigmático sería un piloto de línea aérea).

En caso de ser la respuesta negativa, ¿cuáles serían las opciones?

- Separación del servicio temporal.
- Separación del servicio definitiva.
- Tratamiento psicológico o psiquiátrico.
- Asignación de una tarea compatible con sus peculiaridades.

Suponiendo que la anomalía tuviera un carácter temporal, ¿quién debería decidir su retorno al puesto de trabajo? ¿Sería deseable tal retorno? ¿Cómo influiría todo este proceso en el entorno laboral del trabajador y en la confianza de subordinados y mandos? ¿Sería posible realizar todo este proceso con confidencialidad, estricta protección de los datos y sin vulnerar los derechos fundamentales del trabajador?

Finalmente, ¿cuál sería la situación del trabajador o funcionario al que se le detectara un trastorno, anomalía o enfermedad que no hubiera producido ningún efecto, pero que se diagnosticara como permanente? Dado que el sujeto no ha realizado ninguna conducta punible, ¿cómo articular jurídicamente una respuesta que se adecúe a un marco legal mismamente aceptable en un Estado de Derecho?

4. ANÁLISIS DE CASOS REALES

Dado que en este trabajo no se abordan más que posibles soluciones y que es obvio que la trascendencia de las cuestiones en discusión implica, en caso de regulación, cuestiones ideológicas que deberán debatirse en el marco adecuado, **se adopta la siguiente metodología:**

1. Por lo que hace referencia a los problemas externos, se realizará una descripción del proceso preventivo adaptado a estos problemas, sin más, ya que no implica ningún dilema de los que aparecen en el segundo bloque. Por tanto, puede describir la típica cadena de:
 - Detección.

- Evaluación.
 - Planificación preventiva.
 - Establecimiento de medidas.
 - Control del resultado.
2. Por lo que hace referencia a la segunda parte, y como el objetivo es mostrar las diferentes problemáticas y las diversas opciones, se opta por la descripción de una serie de situaciones reales, guardando el debido anonimato, y las implicaciones que se derivan de las mismas. Son realidades de difícil tratamiento jurídico y que se describen con el objeto de indicar las carencias de nuestro sistema.

4.1. El acosado que institucionaliza su estado y lo convierte en el motor de su vida

Ejemplo de este tipo de situación:

Un trabajador de una Administración Local, con un grado superior de titulación y una dirección de departamento, sufre una situación en el trabajo que sin duda supone un riesgo psicosocial, y que el mismo interioriza como un acoso urdido por diferentes niveles de la institución, sea esto o no cierto.

Tras un largo período de baja con una depresión mayor, su situación psicológica cambia dándole la posibilidad de salir del aislamiento y denunciar lo acaecido. Sin embargo, y sin poner en duda el riesgo soportado (es obvio que fue objeto de un menosprecio al no consultarle importantes decisiones que afectaban a su área de responsabilidad), es lo cierto que:

- Han transcurrido tres años desde los sucesos.
- En buena medida los actores de los hechos no son los mismos.

Ante esto se dan dos circunstancias incontrovertibles:

- La inmediatez en la situación se ha perdido.
- La responsabilidad de la institución puede exigirse pero la culpabilidad de las personas es discutible dada su escasa o nula participación en los hechos de los que fue víctima el actor.

Por todo ello, se adopta una línea de actuación tendente a conocer la verdad como premisa esencial y establecer las condiciones para que el trabajador recupere su puesto en las mejores condiciones de dignidad, actuando sobre su entorno en lo que sea necesario.

Sobre el primer objetivo se consigue averiguar lo esencial, y así lo admite la víctima, colaborando la institución plenamente. En cuanto al segundo objetivo, además de admitir cuantas cautelas indica el servicio de prevención, se solicita del agraviado las medidas que a su juicio deben tomarse para su plena integración en la organización.

Hasta aquí como se ve no existe nada objetable. Sin embargo, en este punto del proceso comienza el problema. En efecto, por un lado el trabajador exige una sanción ejemplarizante, que como ya hemos dicho es inviable a nivel personal y poco equitativa a nivel institucional, y por otro se señalan unas exigencias desproporcionadas que invaden el poder de dirección de la administración a la que pertenece el actor y que incluso podrían ser vistas por otros trabajadores como discriminatorias y atentatorias a su propia dignidad profesional y perjudiciales para el funcionamiento ordinario del departamento que dirigía y dirigirá en el futuro esta persona.

La espiral que entonces comienza dura tres años más, con sucesivos intentos de reincorporación del actor que tras un breve período (nunca superior a dos semanas) de presencia laboral en las que las reuniones con la dirección son constantes, el tema reivindicativo ya indicado es el único orden del día y la inacción del afectado es total, dado que considera muy insuficientes las medidas adoptadas, se retorna a la situación de incapacidad temporal y tras un período prolongado se vuelve a repetir el proceso.

Como ejemplos de las exigencias a las que se ha hecho referencia se pueden señalar las más significativas:

- Queja sobre el despacho, el cual tiene 30 m², dos ventanales y los medios usuales del trabajo actual en una oficina.
- Queja sobre la falta de concreción sobre sus tareas, cuando se le había dado la opción de definir las y tras hacerlo se habían aceptado por la dirección.

- Queja sobre la falta de directrices, siendo el actor de jefe del departamento, o
- Constantes recordatorios de la situación que el trabajador sufrió a personas que ninguna relación tenían con estos hechos.

Reflexiones que esto infiere:

El actor parte de una situación real, que debe ser reparada, pero ¿cuál es el límite de sus reivindicaciones?

La Administración en caso de actuaciones exageradas o dañinas por parte del actor ¿Puede actuar o supondría una violación del principio de indemnidad?

¿Cuál es la situación de los compañeros y subordinados del actor cuando éste actúa de forma inapropiada? Y ¿cuál es la responsabilidad de la administración si tolera estas actuaciones por las razones ya mencionadas?

¿Debe cubrirse el puesto del actor o debe mantenerse vacante hasta que el actor recupere sus capacidades? Y, en este último caso, ¿no sería esto gravemente perjudicial para el buen funcionamiento del servicio?

¿Es terapéutica la actitud de tolerar esta situación para el propio actor?

4.2. El sujeto tóxico que bajo una aparente victimización empeora el entorno laboral

Ejemplo de este tipo de situación:

Una trabajadora de alta cualificación trabaja desde su ingreso en una oficina, la mayoría de sus compañeros tienen una actividad y categoría idénticas. Desde el inicio de su actividad, se muestra molesta con algunas personas por presuntos agravios de carácter personal y es muy reivindicativa con cualquier situación que considere injusta, sea esta percepción compartida por los demás o no.

Durante los más de veinte años de su desempeño profesional, si bien ha tenido situaciones de incapacidad temporal, motivadas por depresiones y otros problemas de índole emocional o psicológica, no ha dejado de estar poderosamente presente en su centro de trabajo.

En un principio gozo de cierta popularidad, dado su carácter extrovertido, si bien en la actualidad ha despertado los recelos y aun el rechazo de su entorno laboral.

La razón de esta actitud de su entorno es doble:

- Por un lado, ha generado una serie de situaciones desagradables mediante extrañas imputaciones y ha generado problemas interpersonales difundiendo las opiniones que escuchaba de los demás, sean estas correspondientes a lo dicho por los autores o simplemente falseadas.
- Por otro, discute de manera extrema cualquier decisión que le afecte y que considere perjudicial: el reparto de trabajo, la responsabilidad asignada, la ubicación de su despacho o la valoración de su actividad.

Por todo ello, se ha intentado establecer un diagnóstico psiquiátrico, pero al advertir esta posibilidad acude a un afamado especialista del que consigue un diagnóstico contrario a lo pretendido por la dirección y sus compañeros de trabajo.

Llegados a este punto, se lanza a una actividad querellante que implica denuncias en la inspección de trabajo, en distintas jurisdicciones y en instituciones que van desde las organizaciones de defensa de la mujer a las instituciones que defienden derechos fundamentales del ciudadano, como el defensor del pueblo.

La dirección y los mandos intermedios mantienen una actitud de cautela, no exenta de cierto temor, ante este despliegue de acciones, lo que hace que la actora tenga cierta sensación de impunidad y, por consiguiente, genere todo tipo de episodios de violencia psicológica, montando escenas de indignación ante presuntas injusticias e imputando a determinados compañeros de trabajo acciones que, de no ser ciertas (y la opinión general es que efectivamente no lo son), constituirían sin duda injurias o calumnias.

Reflexiones que esto infiere:

¿Es tolerable que personas que van a desempeñar importantes funciones cara a la sociedad (se evita explicitar la profesión por obvias razones de confidencialidad) no pasen un control previo antes de ser nombradas?

Como ya se señaló más arriba no parece razonable apartar *ab initio* a una persona porque sufra algún tipo de alteración psicológica, sin embargo ¿cuántos efectos negativos han de producir este tipo de sujetos antes de recibir alguna respuesta?

¿La existencia de diagnósticos no oficiales, aunque provengan de un profesional de acreditado prestigio, exonera de cualquier método de control?

¿El hecho de multiplicar las acciones legales cubre con un halo de impunidad a la persona que las utiliza?

¿Es exigible a los mandos de esta persona que la controlen o es cargar sobre sus hombros con una responsabilidad extraordinaria que nada tiene que ver con sus deberes de buen desempeño de su función?

Finalmente, ¿qué derechos tienen los compañeros de esta persona a desarrollar su actividad con normalidad?

4.3. El empresario (por tanto no susceptible de sustitución) que desarrolla actividades permanentes de violación de derechos. También podría aplicarse este caso para el jefe o autoridad, en el ámbito administrativo, con pocas posibilidades de remoción

Ejemplo de este tipo de situación:

En una empresa se dan periódicamente casos de extinciones de contratos laborales que, de ordinario, en conciliación o incluso en juicio se reconocen o se declaran improcedentes, y, por tanto, se indemniza a los trabajadores que son objeto de estos despidos con los correspondientes cuarenta y cinco días de salario por año de trabajo.

Los casos, según se puede constatar, no obedecen —al menos de los documentos recabados— a necesidades reales de la empresa. Según los representantes de la empresa se deben a conflictos con el empresario o al menos a situaciones que el empleador entiende como conflictivas.

En los últimos tres años se han producido dos hechos muy significativos que se suman a lo anterior:

1. Se despidió a veinte trabajadores mediante un despido objetivo, lo que ocasionó una huelga y la correspondiente demanda ante la

jurisdicción social. Finalmente, todos los despidos fueron declarados improcedentes, con lo que al coste realmente alto de estas extinciones se sumaron las pérdidas producidas por la huelga ya mencionada.

2. Se denunció un acoso laboral por parte de un representante de los trabajadores, que curiosamente hasta su elección era un directivo de la empresa. Su nueva condición, lejos de resultar sospechosa para los operarios, resultó para el empresario que comenzó un hostigamiento que ha sido constatado por la inspección y ratificado por los tribunales.

Como colofón a todo esto, se produce una denuncia por parte de un trabajador de sesenta y tres años que señala que una mañana, al llegar a su puesto de trabajo, se le acerca el empleador y tras indicarle que su puesto está sucio le ordena que lo friegue. Obedeciendo este mandato, el operario se encuentra de rodillas realizando la limpieza, entonces aquél comienza a insultarlo y le tira unas monedas y despectivamente le espeta que no se merece ni siquiera ese dinero.

Realizada la investigación sobre estos hechos, el empresario no niega lo sucedido, aunque aclara que no se trataba de monedas, sino de billetes.

Reflexiones que esto infiere:

Es obvio que la libertad de empresa impide al Estado intervenir los centros de trabajo, sin embargo, los incumplimientos señalados han sido objeto de fuertes sanciones y la dirección parece no inmutarse en su actitud. De hecho, la empresa cumple sus obligaciones en cuanto a gestión de la prevención y paga tanto las indemnizaciones como las sanciones cuando éstas son firmes.

¿Pero los trabajadores sometidos a semejante situación pueden considerarse realmente que están siendo protegidos por la ley?

¿Existe alguna medida cautelar que pudiera aplicarse a los trabajadores no directamente afectados por los sucesivos acontecimientos relatados?

¿Podría la actitud del empresario constituir algún tipo de figura delictiva?

¿Sería posible incapacitar a este directivo para realizar su función directiva?

4.4. Dos grupos enfrentados que neurotizan el contexto laboral

En este caso los sujetos no tienen por qué tener una patología individualmente considerados, pero generan una dinámica tóxica.

Se dan dos casos con cierta frecuencia:

- Un grupo de personas unidas por razones sentimentales, de amistad o parentesco frente a otro colectivo similar.
- Dos grupos aglutinados en torno a organizaciones sindicales enfrentadas, no en el sentido institucional, sino en el centro de trabajo en el que se está produciendo este riesgo.

En este caso el problema no reside en la desviación o anomalía psicológica de los miembros o líderes del grupo, sino en lo que en derecho administrativo se denomina desviación de poder, es decir, en utilizar los derechos o facultades de conferidos por el ordenamiento a los trabajadores y no digamos ya a sus sindicatos para utilizarlos con fines diferentes a los previstos y queridos por el legislativo.

Ejemplos de este tipo de situaciones:

1. En una empresa de limpieza dos grupos formados en torno a dos núcleos familiares generan una dinámica de enfrentamientos que implica delaciones mutuas frente a la dirección, denuncias ante la inspección de trabajo y demandas ante los tribunales.

El resto de los trabajadores está amedrentado ante estos colectivos y o bien se une por temor o se implica lo menos posible en el entorno laboral. En ambos casos su situación es de riesgo psicosocial.

Finalmente, la empresa usuaria de la subcontrata decide prescindir de la misma, siendo perjudicados fundamentalmente los trabajadores con contrato temporal que coinciden con las personas no implicadas en los grupos que originan el conflicto.

2. En una empresa dos grupos sindicales están gravemente enfrentados: cuando tras unas elecciones uno de ellos supera al otro en

el órgano de representación unitaria, inmediatamente lo ningunea y se convierte en el único interlocutor de la empresa, hasta el punto de que presentada denuncia por falta de información al grupo minoritario e, interpelada la dirección en este sentido, contesta indicando que ella entrega todo lo solicitado y legalmente previsto, pero que tiene noticia que entre los dos grupos existe un boicoteo.

La situación se agrava con los años y se dan casos de pactos entre la dirección y el grupo en ese momento mayoritario, que perjudican a los trabajadores afines al otro grupo o a los simplemente indiferentes a los dos bandos.

Reflexiones que esto infiere:

- En cuanto a la primera situación, podemos indicar que **no es sólo la enfermedad mental o alguna anomalía de los sujetos los que pueden provocar riesgos psicosociales; también ciertas actitudes coactivas pueden poner en riesgo la salud mental de los trabajadores mediante una prolongada situación de ansiedad como la descrita.** Sin duda se deberían tomar medidas organizativas con el fin de desarticular estos grupos, siempre desde la previa investigación de un servicio de prevención y con el fundamento de sus conclusiones.
- En cuanto al segundo tema, probablemente se debería adoptar alguna medida en la línea de la doctrina de la desviación de poder, pues sin **duda no es admisible que derechos y garantías que se establecen para proteger a los que han de velar por los derechos de sus compañeros los utilicen precisamente para conseguir un fin contrario al pretendido.**

5. COMENTARIO A UNA SENTENCIA DE LOS TRIBUNALES SOBRE EXÁMENES PSIQUIÁTRICOS

La cuestión principal suscitada en el capítulo se refiere a la posibilidad de realizar exámenes psiquiátricos en los supuestos de hecho recogidos en el mismo. En relación con esta cuestión nos hacemos eco de una sentencia paradigmática: La **sentencia del TSJ de las Islas Baleares, Sala de lo Social, de 12 de mayo de 2006, rec. 190/2006.**

El supuesto de hecho recogida en la misma es el siguiente: Se trata de un médico en formación como residente. Después de haber aprobado las pruebas selectivas, se producen, tras su incorporación, una serie de actos que ponían de manifiesto la existencia de un problema de conducta grave.

El jefe del servicio al que estaba adscrito el residente informó de los hechos. Se trasladó el asunto al servicio de prevención y se señaló, por parte de los responsables del hospital, la necesidad de realizar una evaluación psiquiátrica, con el fin de «salvaguardar la integridad de los profesionales y pacientes».

Tras diversas vicisitudes, el servicio de prevención manifiesta que el residente sufre una «esquizofrenia de tipo indiferenciado».

Finalmente, en la evaluación anual que los médicos responsables hacen de los residentes se declara a esta persona como no apta.

Planteada esta situación en los tribunales por parte del trabajador como un despido, el juzgado de instancia considera improcedente el despido con la clásica opción a la empresa de readmisión o indemnización.

Las dos partes recurren:

El interno considera vulnerado su derecho a la intimidad al no advertirle el servicio de prevención que el examen psiquiátrico podría influir en su mantenimiento en el puesto de formación. Se trata, según indica este recurrente, de «prefabricar su cese basado en el deterioro de su estado de salud». En su apoyo invoca la Sentencia del TC 196/2004, de 15 de noviembre, la cual efectivamente indica que el resultado de los exámenes médicos no pueden afectar a fines distintos que los aceptados por el afectado (si bien la propia sentencia señala que pueden concurrir otros derechos).

Lo cierto, señala el tribunal, es:

1. Que la decisión de no mantener al interno en su puesto se basa, sobre todo, en sus constantes calificaciones desfavorables en las distintas pruebas evaluatorias y en sus sistemáticas ausencias.
2. Además la sentencia traída a colación hace referencia a una azafrata que consumía cannabis pero cuya actividad no se veía afectada por ello (si bien es cierto que el tribunal sí consideró correcto

aplicar los resultados del examen médico al piloto de la aeronave, dada su responsabilidad con los pasajeros).

En este último sentido se señala que, indudablemente, dada la responsabilidad de un médico su estado mental es necesariamente relevante —como recoge la propia sentencia del TC— en el sentido de la existencia de intereses superiores ante los cuales el derecho a la intimidad cede.

El sistema de salud, por su parte, recurre en un sentido que a los efectos aquí tratados no tiene especial interés.

Finalmente se declara que el sistema de salud ha actuado correctamente.

Vemos como de hecho este supuesto, basado además en doctrina constitucional, avala la necesidad de evaluar psiquiátricamente a determinadas personas, no sólo por los efectos que producen las enfermedades mentales que padecen, también, y sobre todo, por su responsabilidad.

6. CONCLUSIÓN

Si bien ya hemos dicho al principio que esta pequeña aportación tiene la vocación más de señalar los problemas que de aconsejar soluciones, es evidente que todo lo anterior pone de manifiesto la necesidad de proceder, al menos en los tres primeros supuestos, a reconocimientos psiquiátricos independientes que puedan establecer las bases para posteriores medidas.

Quizá la doctrina jurisprudencial ya asentada sobre los reconocimientos por consumo de alcohol y de drogas ilegales podría tomarse como referencia, al tener en cuenta el grado de responsabilidad de las distintas actividades, los efectos causados y la seguridad de los terceros.

LAS PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DERIVADAS DE ENFERMEDADES MENTALES CAUSADAS EN LA RELACIÓN LABORAL

Ikerne MESO LLAMOSAS

Letrado de la Seguridad Social

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. LA CONSIDERACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL COMO ACCIDENTE DE TRABAJO
 - 2.1. Dentro del concepto general de accidente de trabajo
 - 2.2. Dentro de otros supuestos de accidente de trabajo
3. LA CONSIDERACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL COMO ENFERMEDAD COMÚN
4. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye una reflexión acerca de la legislación con la que contamos y la calificación jurídica que a la alteración de la salud mental se le puede dispensar, desde el punto de vista de la protección del sistema público de pensiones de la Seguridad Social.

El estrés laboral, desde hace un tiempo, está considerado como uno de los riesgos nuevos y emergentes, a los que se añaden el acoso moral laboral y la violencia, constituyendo una preocupación cada vez mayor en las instancias supranacionales, planteando un problema a los responsables políticos a la hora de desarrollar medidas de prevención eficaces.

Las conclusiones de la Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER), de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA), que ha interrogado en la primavera de 2009 a directivos y representantes de los trabajadores en materias de seguridad y salud de treinta y un países, a cerca de la manera en que se gestionan los riesgos de seguridad y salud en el trabajo, hacen especial hincapié en los riesgos psicosociales, como el estrés laboral, la violencia y el acoso.

Las acciones a nivel europeo han tenido su culminación en 2008 con la firma del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar, aprobado en la conferencia de alto nivel de UE en Bruselas, el 12 y 13 de julio de 2008. Pacto, que se basa en el previo reconocimiento de la importancia de la salud mental y el bienestar de la salud europea como factor clave que determina el existo de la UE, como una sociedad y un economía basada en el conocimiento. Considerando la salud mental y el bienestar de los trabajadores un factor clave para la productividad y la innovación.

El Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar reconoce que los trastornos mentales están en aumento en la UE, señalando que cerca de un 11% de la población tiene trastornos mentales, constituyendo la depresión un problema de salud con mayor incidencia en muchos Estados miembros.

Después del Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar se ha desarrollado varias conferencias temáticas sobre distintas áreas, habiéndose celebrado la Conferencia de Berlín los días 3 y 4 de marzo de 2011, sobre la promoción a la salud mental en el entorno de trabajo.

Los riesgos psicosociales y la salud mental se pueden afrontar desde tres momentos: el ámbito preventivo, que es sin duda el más importante y también el más complejo de articular; el de la intervención, y, finalmente, el ámbito de la protección.

El ámbito de la protección es el último eslabón de la cadena, y, desde el punto de vista de seguridad social, la dinámica de protección comienza en el momento en que el daño a la salud física o psíquica se actualiza y surge, por tanto, una situación de necesidad. Dentro de la acción protectora que dispensa nuestro sistema de Seguridad Social, de las prestaciones que se contemplan en el artículo 38 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social, de 1994 (en adelante, TRLGSS), las que con más frecuencia se prestan en la alteración de la salud mental son la asistencia sanitaria y la prestación económica de incapacidad temporal, resultando menos habitual la incapacidad permanente en cualquiera de sus grados.

Las prestaciones de seguridad social que se otorgan como consecuencia de la alteración de la salud mental pueden derivar de contingencia común, enfermedad común contemplada en el artículo 117.2 del TRLGSS, o de contingencia profesional y, dentro de este riesgo, lo encuadramos fundamentalmente en el accidente de trabajo, recogido en el artículo 115 del TRLGSS, ya que la enfermedad profesional, regulada en el artículo 116 del TRLGSS, se presenta en nuestra legislación de forma listada en un cuadro de enfermedades profesionales de manera acotada y bastante excluyente.

Una de las cuestiones a abordar en la protección que dispensa nuestro sistema de Seguridad Social ha de ser la de determinar el riesgo del que

procede la prestación que se otorga, bien sea una incapacidad temporal o una incapacidad permanente en cualquiera de sus grados.

Es evidente que las enfermedades mentales tienen carácter multicausal o multifactorial, de manera que esto va a tener trascendencia a la hora de señalar si la protección de la prestación a otorgar, deriva de enfermedad común o de accidente de trabajo.

2. LA CONSIDERACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL COMO ACCIDENTE DE TRABAJO

Dentro del artículo 115 del TRLGSS, comprensivo del accidente de trabajo, puede ser enclavado ese daño que se ha ocasionado a la salud y que ha provocado la prestación de incapacidad temporal e incapacidad permanente, en diferentes ordinales y letras del precepto, por cuanto tenemos un artículo en la norma sustantiva de Seguridad Social que define el accidente de trabajo de forma muy amplia y con multitud de posibles encajes:

2.1. Dentro del concepto general de accidente de trabajo

Puede estar identificado el supuesto dentro del artículo 115.1 del TRLGSS, que entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena, siempre que se den tres requisitos: que sufra una lesión (término interpretado por la jurisprudencia del Tribunal Supremo desde 1903, referido no sólo a afecciones físicas, sino también psíquicas); que lo sufra un trabajador, y, finalmente, que exista relación de causalidad entre la lesión y el trabajo, siendo aquí el requisito notoriamente amplio por cuanto no sólo comprende los casos en que la conexión causal entre ambos elementos es directa (lesión sufrida a consecuencia del mismo), sino también aquellos otros en que el trabajo es decisivo por una razón puramente circunstancial, como pone de manifiesto la expresión «con ocasión del trabajo».

Lo anterior permite que nos interroguemos acerca de si se hubiera producido la lesión, de no estar trabajando, si la respuesta es negativa, existirá relación de causalidad. Por ello, podemos afirmar que el accidente de trabajo no es sólo toda lesión que un trabajador se produce trabajando, sino también toda aquella que sufre por trabajar.

2.2. Dentro de otros supuestos de accidente de trabajo

El artículo 115.2 del TRLGSS enumera, de forma ampliatoria a la regla general del artículo 115.1 del TRLGSS, otros supuestos sumatorios de accidente de trabajo:

1. El primero es el contemplado en el artículo 115.2.e) del TRLGSS, donde establece que tendrán la consideración de accidente de trabajo «las enfermedades no incluidas en el artículo siguiente (referido a la enfermedad profesional), que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo». El supuesto exige no sólo la conexión causal con el trabajo, sino además un plus añadido, que esa relación de causalidad sea exclusiva, que ese daño a la salud del trabajador lo haya sufrido única y exclusivamente por factores y elementos relacionados con el trabajo.

Para que pueda ser aplicado lo anterior, es muy importante contar con un dictamen médico completo del médico que trata al trabajador, donde se establezca la existencia o no de historia clínica previa a la actual; el diagnóstico de la enfermedad; el tratamiento pautado, los posibles desencadenantes de la afección que puedan ser agentes causantes de la misma; identificación del perfil del trabajador; tests y pruebas diagnósticas realizadas...; todo ello, en aras, a poder concluir que estamos en presencia del contenido del precepto analizado que exige el requisito de causa exclusiva.

Nuestra doctrina judicial se viene apoyando en este apartado del artículo 115.2.e) del TRLGSS para aceptar la contingencia de accidente de trabajo en supuestos de daños en la salud mental.

En las enfermedades psíquicas y/o mentales, cuando existe únicamente un diagnóstico relacionado con la salud mental, para que se reconozca como accidente de trabajo, el apartado e) del artículo 115.2 de la norma de Seguridad Social exige que la única causa de la enfermedad sea el trabajo, por lo que no es suficiente que la patología se desencadene a consecuencia del modo en que el trabajador viva determinados avatares de la relación laboral, sino que también se va a pedir que no confluyan otros

elementos desencadenantes, y, además, que no venga provocado por una personalidad de base del afectado, que le hace vivir mal, enfermando, lo que normalmente no desencadena patología alguna. De ahí que pueda ser relevante, como elemento indiciario, determinar si el trastorno anímico se hubiera producido en una mayoría de personas colocadas en la misma situación laboral o si el grueso de ellas no hubiera enfermado.

2. El artículo 115.2.f) del TRLGSS establece que tendrán la consideración de accidente de trabajo «las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente». Soy consciente de que la calificación de la contingencia como profesional aquí resulta más compleja, pero bajo mi punto de vista, dentro de este apartado también podemos tener supuestos que hayan podido provocar daño en la salud, y que, pese a no ser causa exclusiva el trabajo, pueden llegar a ser calificadas como accidente de trabajo. No podemos ni debemos estigmatizar a las personas que por haber tenido una patología previa, o una determinada personalidad de base, con unos concretos caracteres que han permanecido silentes, y que han permitido trabajar con normalidad, lleguemos por ello a excluir la enfermedad aparecida como profesional, cuando se demuestre que en esa ocasión ha sido el trabajo el elemento determinante de la nueva situación. Esto se viene aplicando a patologías de carácter degenerativo de origen común que, como consecuencia del accidente de trabajo, pasan a etiquetarse jurídicamente como contingencia profesional; luego, por qué no también las de orden psicológico. En estos supuestos, la prueba que habrá de articularse será más compleja, pero en ningún caso imposible.

Por esta senda, la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco comenzó a posicionarse, señalando que a pesar de estar en presencia de una personalidad cautelosa o recelosa, ello no impide la calificación jurídica de accidente de trabajo. Así la sentencia del TSJPV, de 17 de junio de 2008, rec. 1028/2008, establece que «estas calificaciones (personalidad cautelosa y recelosa) no son suficientes para entender que el trabajador padece un cuadro de patología de base suficiente para excluir la contin-

gencia profesional. No es admisible que aquello que pueda ser favorable para una actividad laboral, e implique una mayor entrega del trabajador, a su vez sea considerado como un elemento impropio de la normalidad laboral, y pueda excluir la protección de carácter profesional. La personalidad que se detalla del trabajador no muestra ningún tipo de desequilibrio, irregularidad o anormalidad, sino que aporta unas manifestaciones habituales, que en modo alguno pueden ser causantes o determinantes de la depresión padecida».

Se dictó una resolución judicial en un proceso sobre determinación de la contingencia de la prestación de incapacidad temporal, inicialmente expedido como enfermedad común por el médico de atención primaria que fue calificado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS, en adelante), como derivado de accidente de trabajo, habiendo concluido la sentencia de la Sala de lo Social del TSJPV, de 1 de junio de 2010, rec. 653/2010 con la misma calificación jurídica que el INSS. A mi juicio, esta sentencia da un paso más, ya que ha determinado el proceso de incapacidad temporal encardinable en el artículo 115.2.f) del TRLGSS, señalando en la parte final del fundamento jurídico tercero: «... cierto es que presentaba una personalidad previa con claros rasgos anacásticos y obsesivos, con predisposición a la ansiedad y tendencia a la introversión, con dificultades para afrontar situaciones de estrés, pero hasta entonces la misma no había requerido no de situaciones de incapacidad temporal previas, sino de ninguna actuación sanitaria para diagnóstico, tratamiento o curación, siendo la propia dinámica laboral de aquellos días, la que genera una situación estresante en la trabajadora que provoca que esa tendencia se materialice en un colapso por ansiedad que determina inmediata atención sanitaria e impedimento para trabajar».

3. Contamos, asimismo, con el artículo 115.3 del TRLGSS que establece que «se presumirá salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufre el trabajador durante el tiempo y el lugar de trabajo». Son varias las precisiones que merecen ser tenidas en cuenta: se aplica a las lesiones, por tanto, no sólo a las de orden físico, sino también las de carácter psicológico; la calificación de un proceso de incapacidad tem-

poral como accidente de trabajo ocurrido en tiempo y lugar de trabajo por el juego de la presunción legal, no extiende esa calificación jurídica de contingencia profesional a otro proceso con igual diagnóstico ocurrido fuera de ámbito laboral y pasados más de seis meses desde el alta de la incapacidad temporal; la calificación jurídica tiene un carácter relativo, ya que admite prueba en contrario, por tanto, es una cuestión fáctica que exige un esfuerzo probatorio para la apreciación de accidente de trabajo, si la misma es cuestionada.

4. Otra figura que puede operar es el recargo de prestaciones económicas en caso de accidente de trabajo, por falta de medidas de seguridad e higiene en el trabajo, regulada en el artículo 123 del TRLGSS. La puesta en marcha del recargo es cierto que resulta más compleja, pero ello no impide la aplicación de preceptos generales y básicos de la norma de Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de noviembre de 1995, como es el derecho que el trabajador tiene a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

3. LA CONSIDERACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL COMO ENFERMEDAD COMÚN

Pese a existir una teórica protección y jerarquización del accidente de trabajo sobre la enfermedad común en nuestra Ley General de la Seguridad Social, lo cierto es que la mayor parte de los diagnósticos que proceden de la alteración de la salud mental son calificados como enfermedad común. El artículo 117.2 del TRLGSS establece que «se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto respectivamente en los apartados 2.e), f) y g) del artículo 115 y en el artículo 116».

Sin embargo, es hora de reflexionar y pensar que las condiciones de trabajo están siendo modificadas en los últimos tiempos de manera permanente, provocando una mayor presión psicológica debido, entre otras razones: a un incremento del trabajo intelectual y una creciente demanda de mayor cualificación y formación; a un aumento y exigencia de rendimientos óptimos en procesos de producción; a la incorporación de nuevas tecnologías que facilitan una disponibilidad constante fuera del espacio fí-

sico del trabajo; a un incremento de la responsabilidad personal de los trabajadores... Todo ello debe hacer replantearnos si la calificación mimética de los procesos de incapacidad temporal por causas que afectan a la salud mental han de comenzar a cambiar la calificación jurídica de enfermedad común por la de accidente de trabajo.

A continuación, aportaremos los datos que existen en nuestra Comunidad Autónoma del País Vasco, referidos al total de procesos de incapacidad temporal derivados de la contingencia común (enfermedad común y accidente no laboral), que tiene registrados el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, durante el año 2011.

Este primer cuadro refleja el cupo total de personas susceptibles de causar incapacidad temporal dentro de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en cada uno de los tres territorios (Álava, Gipuzkoa y Bizkaia) durante el año 2011.

Todos los posibles diagnósticos

Período 2011. Comunidad Autónoma del País Vasco

		Cupo		
		Varón	Mujer	Total
Álava	a 30 de junio	87.346	63.760	151.106
Bizkaia	a 30 de junio	255.830	207.861	463.691
Gipuzkoa	a 30 de junio	169.810	134.002	303.812
CAPV	a 30 de junio	512.986	405.623	918.609

		Cupo		
		Varón	Mujer	Total
Álava	a 31 diciembre	85.203	65.395	150.598
Bizkaia	a 31 diciembre	249.962	213.862	463.824
Gipuzkoa	a 31 diciembre	166.151	136.970	303.121
CAPV	a 31 diciembre	501.316	416.227	917.543

El segundo cuadro refleja el número total de procesos de incapacidad temporal que han existido durante 2011, contemplándose todos los diagnósticos posibles de enfermedades que vienen codificadas en la denominación CIE (clasificación internacional de enfermedades).

	N.º de procesos IT (totales-todos diagnosticados)		
	Varón	Mujer	Total
Álava	30.356	30.508	60.864
Bizkaia	78.911	81.881	160.792
Gipuzkoa	47.206	46.666	93.872
CAPV	156.473	159.055	315.528

Finalmente, el último cuadro representa el total de diagnósticos de patología psiquiátrica, que vienen contemplado dentro del Código CIE (290 a 319) durante el ejercicio de 2011, causantes de procesos de incapacidad temporal derivados de contingencia común, así como la duración media de los procesos de baja.

	N.º de procesos IT psiquiátricos (totales)				DURACIÓN MEDIA ALTAS		
	Varón	Mujer	Total		Varón	Mujer	Total
Álava	1.361	2.234	3.595	Álava	81	76	78
Bizkaia	5.433	8.453	13.886	Bizkaia	101	91	95
Gipuzkoa	2.761	4.068	6.829	Gipuzkoa	84	71	76
CAPV	9.555	14.755	24.310	CAPV	93	83	87

De los datos anteriores, podemos señalar que del total de procesos de incapacidad temporal, derivados de contingencia común existentes en la Comunidad Autónoma, un 7,6% proceden de diagnósticos que afectan a la salud mental, siendo en Bizkaia el 8,63%, seguido de Gipuzkoa con un 7,2%, y Álava con un 5,9%. Asimismo, se desprende que los diagnósticos de carácter psiquiátrico son más elevados en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, la duración media de esos procesos de incapacidad temporal resultan ser superiores en los varones frente a las mujeres.

4. CONCLUSIONES

Hemos de preguntarnos qué está pasando en nuestra «sociedad del bienestar», en nuestra «sociedad de la tecnología», en nuestra «sociedad del capitalismo», en nuestra «sociedad de la competitividad», en nuestra «sociedad globalizada», en nuestra «sociedad de los mercados financieros», en nuestra «sociedad en los diagnósticos de enfermedades»...; que, en vez de trabajar para conseguir tener individuos más felices, estamos contribuyendo a todo lo contrario, estamos enfermando poco a poco, nos estamos esclavizando por la exigencias que nos estamos imponiendo y que nos imponen, de manera que las personas que integramos esta sociedad nos estamos perdiendo la VIDA. Hoy y ahora nos toca hablar de la salud mental, el manual de diagnósticos de trastornos mentales de la American Psychiatric Association ha pasado en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), en su edición de 1952, de ciento seis diagnósticos, al DSM-IV-TR del año 2000, con casi cuatrocientos diagnósticos, no parece que esto sea lógico, pero es la realidad que nos está tocando vivir.

Si no comenzamos a cambiar entre todos y cada uno desde su ámbito, esta extraña sociedad que estamos creando, con seres humanos enfermos, infelices y desesperados, terminará por ser una sociedad derrotada y sin rumbo ni destino.

JURISPRUDENCIA DICTADA EN EL ÁREA SOCIAL SOBRE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Juan Carlos BENITO-BUTRÓN OCHOA

Magistrado especialista

Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN
2. PRETENSIÓN DECLARATIVA DE ILEGALIDAD-ILICITUD DE CONDUCTA Y CONDENA A SU CESE
3. PRETENSIÓN EXTINTIVA-RESOLUTORIA CONTRACTUAL
 - 3.1. Acción «ordinaria» del artículo 50 del ET (arts. 58 del IICC y 49 del ET)
 - 3.2. Acción «especial» de tutela de derechos fundamentales y libertades públicas
 - 3.3. Acción de despido (disciplinario, y difícilmente objetivo)
4. PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA
5. PRETENSIONES O PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD SOCIAL
 - 5.1. Calificación jurídica como riesgo profesional (arts. 115 y 116 de la LGSS)
 - 5.2. Prestaciones varias
 - 5.3. Recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad (art. 123 de la LGSS)
 - 5.4. Mejoras voluntarias de prestaciones; seguros y otros
6. PRETENSIONES EN PROCEDIMIENTOS DE OFICIO

1. INTRODUCCIÓN

Las consecuencias directas o indirectas del padecimiento de problemáticas por salud mental tiene varias posibilidades de reclamación judicial ante los tribunales sociales, pero cada opción depende de la tipología del suceso singular, de los derechos esgrimidos en juego, de la capacidad probatoria de los concretos actos realizados o soportados, y de la finalidad perseguida con la acción-reclamación.

Desde la pretensión de declaración de ilegalidad de la conducta [arts. 4.2.e), 19.1 del ET y otros], a la declaración de vulneración de derechos fundamentales (arts. 10, 14, 15, 18... de la CE; y 180 de la LPL, hoy 177 y ss. de la LRJS, 36/2011) con condena al cese de la conducta provocadora de la falta de salud mental por nulidad del acto con reposición y reparación del daño, pasando por la pretensión de extinción contractual por voluntad del trabajador con derecho a indemnización o resolución contractual [art. 50.1.c) del ET, y 58 del IICC, que se remite al 49 del ET], o la sola pretensión indemnizatoria de daños y perjuicios (arts. 1101 y 1902 CC), a las que se unen acciones propias y clásicas de despido [actual art. 54.2.g) del ET, tras DA 11.^a de la LO 3/2007, arts. 103, 108.2 y ss. de la LPL, hoy LRJS, tras DA 13.^a de la LO 3/2007, art. 96.1.b) de la Ley 7/2007], sanción [art. 114 de la LPL, hoy LRJS, y arts. 78 y ss. del IICC, y art. 96 de la Ley 7/2007, incluida la suspensión firme de empleo y sueldo del art. 96.1.c) de la Ley 7/2007], modificación sustancial de las condiciones de trabajo (arts. 20 del IICC y 138 del LPL, hoy LRJS), con movilidad funcional (art. 20 del IICC), movilidad sin cambio de funciones (art. 24 del IICC), movilidad geográfica (art. 25 del IICC), traslado obligatorio [art. 26 del IICC, art. 96.1.d) de la Ley 7/2007], movilidad geográfica temporal [art. 27 del IICC y art. 96.1.d) de la Ley 7/2007], otras formas de movilidad como permuta, adscripción temporal (arts. 32 y 64 del IICC), excedencia

voluntaria (art. 54 del IICC)... y, ahora, de protección, en general, de derechos de trabajo y seguridad social parecidos a los que gozan las víctimas de violencia de género [LOVG 1/2004, art. 138 bis del LPL, hoy art. 139 de la LRJS, art. 54.e) del IICC] y sobre todo tras la vigencia de la normativa para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (LO 3/2007, de 22 de marzo, arts. 7, 12, 14, 27, 48, 51, 62...), que podrán afectar tanto al provocador de esa deteriorada salud mental como al enfermo y sus empresas. Además, existen los procedimientos propios de pretensiones de modalidades (arts. 139 y ss. de la LPL, hoy 140 y ss. de la LRJS), de prestaciones de seguridad social (asistencia sanitaria, incapacidad temporal o permanente, lesiones permanentes no invalidantes, muerte o supervivencia, mejoras voluntarias de las anteriores...), sobre calificación de la contingencia como profesional (art. 115 de la LGSS), y hasta recargos por falta de medidas de seguridad (art. 123 de la LGSS), que unidos a algún procedimiento de oficio (arts. 146 y ss. de la LPL, hoy 148 y ss. de la LRJS; SSTSJ del País Vasco, de 14 de mayo de 2002, rec. 933/2002; de 28 de octubre de 2003, rec. 2089/2003; JS, Sala 1.ª, de Bilbao, de 28 de enero de 2003, rec. 762/2002; y de 6 de mayo de 2004, rec. 943/2003), constituyen el abanico procesal amplio de la materia propia del orden jurisdiccional social para todas las partes afectadas con conexión en razones de salud mental.

Sin embargo, no es fácil estructurar la doctrina jurisprudencial al caso con referencias muy concretas que reseñen grandes problemáticas de salud mental, puesto que, en general, la materia se encuentra muy dispersa con alusiones a litigios de prestaciones propias de seguridad social y sin mención específica a otros cuestionamientos o debates puntuales de seguridad social.

Por ello, vamos a seguir un esquema jurisprudencial que intenta abordar la estructura de los pronunciamientos siguiendo el de las pretensiones comentadas.

2. PRETENSIÓN DECLARATIVA DE ILEGALIDAD-ILICITUD DE CONDUCTA Y CONDENA A SU CESE

La simple y ordinaria acción declarativa (sin modalidad procesal especial) con fundamento en la infracción de derechos laborales y/o constitucionales [arts. 4.2.e) y 19.1 del ET; arts. 10, 15, 35... de la CE; art. 14 de la Ley 7/2007, y arts. 7, 12 y 48 de la LO 3/2007) inicialmente resulta inocua

e insuficiente para el esfuerzo y la intensidad probatoria que exige en relación a la consecución del fallo, por lo que no existen resoluciones que la aborden de plano. Además deviene peligrosa y no compensa en absoluto para con los efectos de cosa juzgada positiva (arts. 207, 222 y 400 de la LEC) y posteriores exigencias judiciales. El logro de una condena al cese de actividad contraria a la salud mental que no lleva aparejada su sanción reparadora e indemnizatoria parece insuficiente (aunque posiblemente el anterior art. 27 de la LPL, tras DA 13.^a de la LO 3/2007, hoy arts. 25 a 27 de la LRJS, permiten su acumulación) y exige una predisposición al mantenimiento del vínculo laboral deteriorado que puede resultar insufrible.

3. PRETENSIÓN EXTINTIVA-RESOLUTORIA CONTRACTUAL

3.1. Acción «ordinaria» del artículo 50 del ET (arts. 58 del IICC y 49 del ET)

La acción rescisoria o resolutoria del artículo 50.1.a/c del ET, como extinción contractual a voluntad del trabajador personal laboral público, con derecho a indemnización, alegando modificaciones sustanciales de condiciones que redundan en menoscabo de su dignidad profesional (p.a) o cualquier otro incumplimiento grave y culpable de las obligaciones empresariales (p.c), ha sido una de las acciones más habituales en el ámbito laboral general u ordinario, pero inicialmente insuficiente (STS de 17 de mayo de 2006, rec. 4372/2004, parece superar el desaguado), en la capacidad de dar respuesta reparadora o indemnizatoria (SSTSJ del País Vasco, de 26 de febrero de 2002, rec. 163/2002; 9 de julio de 2002, rec. 1330/2002 que confirma las SSJS, Sala 1.^a, de Bilbao, de 22 de marzo de 2002, rec. 107/2002; 24 de septiembre de 2002, rec. 1658/2002; 2 de octubre de 2003, rec. 1673/2003; 25 de enero de 2005, rec. 2794/2004; 7 de diciembre de 2005, rec. 2213/2005, proveniente de la SJS, Sala 1.^a, de Bilbao, de 3 de noviembre de 2004, rec. 651/2004; 23 de enero de 2007, rec. 2847/2006; 13 de marzo de 2007, rec. 106/2007; 27 de marzo de 2007, rec. 249/2007; SSTSJ de Cataluña, de 21 de noviembre de 2003 y 30 de julio de 2004, rec. 2880/2003; STSJ de Castilla-La Mancha, de 28 de mayo de 2002), en supuestos de salud mental y riesgos psicosociales (STSJ de Madrid, de 5 de octubre de 2005, rec. 2236/2005) para estrés.

Con todo, el carácter **constitutivo** de la sentencia (STSJ de Cataluña, de 18 de octubre de 2002; SSTSJ de Andalucía, de 19 de enero de 2002 y de 19 de abril de 2004; STSJ de la Comunidad Valenciana, de 17 enero

de 2003; SSTSJ de Madrid, de 22 de junio de 2004, 14 y 21 de septiembre de 2004; STSJ del País Vasco, de 6 de julio de 2004, rec. 1232/2004) y la obligación de permanencia durante la tramitación del procedimiento provocan el peligro de dimisión, desistimiento o abandono (sin indemnización alguna, ejemplos litigiosos, sin ser acoso, pero sí deterioro de salud mental, en STSJ del País Vasco, de 9 de mayo de 2006, rec. 499/2006, y 25 de abril de 2006, rec. 278/2006, que citan la STS de 27 de junio de 2001), pues la acción supone una excepción de autotutela inmediata pero lenta, ante la gravedad de lo acontecido, que exige la declaración judicial para satisfacer sus efectos, debiendo el trabajador personal laboral permanecer desempeñando su trabajo en el puesto concreto, exigencia particularmente gravosa para la persona que sufre la enfermedad mental.

Cabía preguntarse si tal indemnización legal es compatible con la de daños y perjuicios. Así, una anterior línea jurisprudencial (SSTS de 3 de abril de 1997, rec. 3455/1996; 11 de marzo de 2004, rec. 3994/2002 Sala General, con V. P.; STSJ del País Vasco, de 4 de febrero de 2003, rec. 2661/2002) lo vino negando por problemas de coordinación y opción, permitiendo «desacumuladamente» la reclamación extracontractual en vía social (STSJ del País Vasco, de 19 de septiembre de 2006, rec. 1003/2006) o civil, pues también se declara competente (SSTS, Sala 1.^a, de 29 de abril de 2004 y 10 de abril de 1999), por la diferencia económica entre la legal social y como responsabilidad patrimonial por el daño causado, consistente en el perjuicio que no ha satisfecho la responsabilidad contractual social del empresario culpable (aplicable, entendemos, al empleador público). Ahora, tras la novedosa STS de 10 de mayo de 2006, rec. 4372/2004 (también Sala General, con V. P. concurrentes), y a pesar de que los mayoritarios no se apartan ni rectifican la doctrina anterior, existiendo cita expresa por la víctima de violación de derechos fundamentales (Ley 62/2003), se abre la llave al cúmulo indemnizatorio que ya admitieron las previas SSTS de 12 de junio de 2001, rec. 3827/2000, y 21 de junio de 2001, rec. 1886/2000; STSJ de Cataluña, de 30 de julio de 2004, rec. 2880/2003, que cita las suyas de 28 de noviembre de 2001, 15 de julio de 2002 y 19 de diciembre de 2003. Estudiando los problemas de las indemnizaciones añadidas al resarcimiento del despido, la STS 31 de mayo de 2006, rec. 5310/2004. Con todo, resulta evidente que el artículo 27 de la LPL tras DA 13.^a de la LO 3/2007, hoy arts. 25 a 27 de la LRJS, permitirían su acumulación. Véanse, entre otras, las STSJ de Cantabria, de 17 de febrero de 2010,

rec. 703/2009; STSJ del País Vasco, de 12 de mayo de 2009, rec. 838/2009; STSJ de Madrid, de 24 de noviembre de 2008, rec. 4067/2008, y la STS de 17 de mayo de 2004, rec. 4372/2004. Y por ello el artículo 26.2 y 3 de la LRJS ya advierte de que se pueden reclamar acumuladamente o no, pero que es posible la indemnización derivada de lesión de derechos fundamentales y libertades públicas.

Cuestión vidriosa ha sido la posible aplicación de la **inversión de la carga probatoria**, o alteración procesal, consistente en el privilegio del demandante (víctima de enfermedad de salud mental) que presentando indicios (¿o meras alegaciones?, art. 13 de la LO 3/2007) del hostigamiento (comportamientos irrespetuosos previos, comentarios desafortunados a terceros, bajas laborales con diagnóstico particular...) ve disminuida la tarea ardua de probar exhaustivamente los comportamientos atentatorios a sus derechos, correspondiendo tal exigencia al demandado (acosador, empresario público...). Piénsese que tal posibilidad sólo existe en el orden social para la discriminación por razón de sexo (art. 96 de la LPL que no se modifica por la LO 3/2007) y en la modalidad especial de tutela de derechos fundamentales que analizaremos (arts. 179.2 y 181 de la LPL, que sí se modifica tras DA 13.^a LO 3/2007, hoy arts. 177 y ss. de la LRJS). De ahí que las resoluciones judiciales no sean inicialmente conclusivas (STSJ del País Vasco, de 6 de junio de 2004, rec. 1232/2004; STSJ de Murcia, de 5 de abril de 2004, y de Galicia, de 29 de marzo de 2004) aunque podamos defender su estricta aplicación siguiendo la doctrina constitucional de que no puede derivarse una protección menor para un derecho fundamental en atención al procedimiento judicial que se aplique (STC 257/2000 y SSTS, de 12 de junio de 2001 o de 17 de mayo de 2006), y la última Directiva 2006/54, de 5 de julio, en su artículo 19 (carga de la prueba). Además de resultar de posible evidencia legal tras la vigencia de la LO 3/2007 que en sus artículos 12 (legitimación de la persona acosada) y 13 (prueba) en el ámbito general de dicha norma, y a pesar de no contener una reforma específica y concreta de la anterior LPL, sí se aborda en la nueva LRJS, aunque también con anterioridad en la LEC (art. 217.5 tras DA 5.^a), la LJCA (art. 60.7 tras DA 7.^a), daría pauta suficiente.

Citar en el TSJ del País Vasco los siguientes recursos que tratan temáticas al caso 239/2008, 359/2008, 563/2008, 795/2008, 1142/2008, 1508/2008, 1850/2008, 1939/2008, 2636/2008, 2687/2008, 2767/2008, 622/2009, 2836/2009 (intentos autolíticos e ingresos psiquiátrico), 529/2010, 2209/2010, 2290/2010, 2346/2010, 2783/2010, 2877/2010, 2885/2011...

3.2. Acción «especial» de tutela de derechos fundamentales y libertades públicas

Se trata de una reclamación judicial solicitando la nulidad, reposición y reparación de la conducta de provocación de falta de salud mental. Resulta ser la pretensión de mayor idoneidad cuando se quiere extinguir el vínculo (STSJ de Madrid, de 8 de octubre de 2003), pues une la doble finalidad, extinción e indemnización, en un solo procedimiento singular y privilegiado (art. 181 de la LPL y ref. a Ley 62/2003 tras las Directivas 2000/43 y 78, 2002/1973; conviene citar la nueva y última Directiva 2006/54/CE, de 5 de julio, del Parlamento y del Consejo, de igualdad de oportunidades. Principio de igualdad. Acoso sexual. Empleo y ocupación, además de la DA 13.^a y el art. 10 de la LO 3/2007, que retocan esos arts. 180.1 y 181 de la LPL, hoy arts. 177 a 184 de la LRJS) con especialidades procesales; urgente (no es necesaria conciliación o reclamación previa y el acto de juicio debe citarse en el plazo improrrogable de cinco días, con sentencia a los tres días), sumario y preferente, participación del Ministerio Fiscal, sindicatos-coadyuvantes y asociaciones [aunque pudieran surgir dudas sobre su legitimación amplia, tras la contundencia con la que la LO 3/2007 en su art. 12.3 preconiza que la persona acosada será la única legitimada, la modificación del art. 11 bis de la LEC tras DA 15.^a, admitiendo su legitimación expresa, y del art. 19.1.i) de la LJCA tras DA 16.^a, en el mismo sentido, parece intachable tal capacidad de ser parte e interés legítimo, que se une al evidente art. 17.2 de la LPL, hoy art. 177 de la LRJS que expresamente lo legitima], cuyo objeto procesal concreto (vulneración de derechos fundamentales y libertades públicas, normalmente art. 15, pero pueden ser 10, 14, 18, 20. CE) y las posibles medidas cautelares (antes suspensión del art. 178 de la LPL, hoy 180 de la LRJS, amplia y pormenorizadamente), con clara inversión de la carga probatoria (art. 179 de la LPL, hoy 181.2 de la LRJS), permite hasta albergar la conveniencia y exigencia de codemandar al supuesto provocador de la ausencia de salud mental, sea personal laboral, funcionario público o estatutario [aunque su responsabilidad principal, subsidiaria o solidaria tampoco le hace ser un verdadero litisconsorte, arts. 12, 72 y 416.3 de la LEC, a diferencia de lo que ocurre en los supuestos sociales de los arts. 125.d), preferencias vacaciones, 129.1, laudos arbitrales, y 138.2, preferencias modificaciones, de la LPL, hoy arts. 125, 130 y 139 de la LRJS).

Ciertamente aún, a la alternativa más razonable de reparación indemnizatoria, la acción declarativa de nulidad del comportamiento o actos ofensivos, ilegales e ilícitos y la condena de hacer como **reposición** a la situación anterior, todo hay que decirlo, poco realista, si la convivencia entre causante y sufridor de vulneración de la salud mental después de un procedimiento con resolución judicial deviene difícil y poco conveniente (psicológicamente). Pero podría ser interesante, tomando en consideración todas las circunstancias al caso, la obligación empresarial pública de traslado o movilidad (enfermo o causante), nueva gestión de recursos humanos o apertura y promoción de cauces de comunicación y solución internos con finalidad también preventiva de futuro... y otras medidas extrapolables del sistema de violencia de género (permisos, reducción-reordenación horaria, excedencia, movilidad, suspensión... arts. 37, 40-41, 48, 49 del ET y 138 bis de la LPL, tras la LOVG 1/2004, que ya están reconocidas en los arts. 139 y 180 de la LRJS). Con todo, la experiencia de cumplimiento de obligaciones de hacer en Derecho español es más bien corta y complicada, pues los mecanismos declarativos y ejecutivos no se engarzan con garantía suficiente para satisfacer efectivamente la eventual obligación empresarial pública de adopción de planes o conductas de hacer, que deben ser peticionados expresamente y probados concretamente, además de admitidos judicialmente (STSJ del País Vasco, de 19 de septiembre de 2006, rec. 1003/2006, para exigencia de publicitación de conducta en periódico o prensa).

Y es que la **sentencia** (y más tras la exigencia del art. 10 de la LO 3/2007, sobre consecuencias jurídicas de las conductas discriminatorias), que deberá dictarse en el plazo de tres días desde la celebración del juicio (art. 180 de la LPL, art. 182 de la LRJS), en esta modalidad especial, acumula las tutelas declarativas (vulneración de derechos fundamentales y libertades públicas y nulidad radical conducta), inhibitorias (cese inmediato de los actos ilegales), con la repositoria de continuidad laboral y susceptible de consejo jurídico-médico (reposición citada y sus posibilidades), además de la indemnizatoria o reparadora o resarcitoria de daños materiales y morales (STS, de 20 de septiembre de 1990, aunque con el límite del ejercicio de la acción en vía civil y penal STS de 5 de junio de 2005, rec. 1838/2004) que deben identificarse y concretarse pormenorizadamente en la demanda (art. 80 de la LPL, hoy LRJS), y ser objeto de prueba detallada, pero siempre compatibles con las indemnizaciones por la modificación o extinción del

contrato de trabajo (art. 181 *in fine* de la LPL tras DA 13.^a de la LO 3/2007, hoy art. 183.3 de la LRJS).

Del mismo modo, no puede olvidarse que las resoluciones judiciales en esta modalidad tienen **ejecutividad inmediata**, desde que se dictan, según la naturaleza de la pretensión reconocida, siguiendo el artículo 301 de la LPL, hoy artículo 303 de la LRJS, a pesar del recurso que contra ellas pudiera interponerse (STC 92/1988) y aunque pueda peticionarse su suspensión (STC 105/1997).

El único escollo o problema del artículo 182 de la LPL, hoy artículo 184, que la doctrina ha puesto en escena, es fácilmente soslayable, pues esa invocación de derechos fundamentales y libertades públicas en procedimientos varios (despido, extinción contractual, modificaciones sustanciales, vacaciones, materia electoral, impugnación de estatutos, movilidad geográfica, derechos de conciliación, impugnación de convenios colectivos y sanciones impuestas por empresarios a trabajadores) no debe impedir acudir a esta modalidad específica, al margen de esa actual previsión del art. 27.2 de la LPL tras DA 13.^a de la LO 3/2007, hoy artículos 25 a 27 de la LRJS.

Con todo, las experiencias judiciales son muy variadas (estimatorias: en STSJ de Madrid, de 16 de octubre de 2007, rec. 4081/2007, y STSJ de Andalucía, de 21 de marzo de 2007, rec. 169/2007; y desestimatorias: SSTSJ del País Vasco, de 4 de diciembre de 2007, rec. 2415/2007, y 2 de diciembre de 2008, rec. 2113/2008, con pronunciamientos muy variados STSJ del País Vasco, de 8 de mayo de 2007, rec. 508/2007; 19 de junio de 2007, rec. 1160/2007; 19 de junio de 2007, rec. 1196/2007; y otros recursos: 2354/2007, 2997/2008, 329/2010, 10027/2010, 2718/2010, 172/2011...).

3.3. Acción de despido (disciplinario, y difícilmente objetivo)

La reclamación en el marco de la modalidad de despido, ya sea disciplinario u objetivo, se antoja de difícil pero no imposible instrumentación jurídico-judicial (para el despido objetivo la ilustrativa STSJ del País Vasco, de 7 diciembre de 2005, rec. 2213/2005, tras la SJS, Sala 1.^a, de Bilbao, de 3 de noviembre de 2004, rec. 651/2004). Su aparente inidoneidad viene predicada, procesalmente, por una acumulabilidad dudosa (arts. 103 a 113 y 27.2 de la LPL, hoy con el art. 184 de la LRJS), que para el supuesto de

despido y extinción del artículo 50 recoge el artículo 32 de la LPL como obligatoria (y con los problemas de intensidad indemnizatoria ya tratados y solucionados), y, sustancialmente controvertida, pues las temáticas de exigencia de readmisión forzosa en declaración de nulidad del despido no dejan de ser contraproducentes, contradictorias y un contrasentido para la víctima de vulneración de su salud mental, que quiere ver disuelto su vínculo laboral.

Existiendo la tutela de derechos fundamentales y libertades públicas, procesalmente privilegiada, el resto de acciones pueden desmerecer por sus exigencias y previsiones. Pero aun así puede descubrirse alguna utilidad al caso, si puede acumularse la indemnización (art. 27.2 de la LPL, hoy arts. 25 a 27 de la LRJS).

Cuestión distinta es la búsqueda de la sanción-despido del provocador de la falta de salud mental que preconiza la responsabilidad disciplinaria del artículo 96.1.b) y c) de la Ley 7/2007, y hoy el artículo 177.4 de la LRJS.

Muestra de distintas resoluciones que abordan desde este prisma extintivo, disciplinario u objetivo, la temática son en el TSJ del País Vasco los recursos 2372/2007, 2451/2007 (acoso sexual), 98/2008, 1464/2008, 1693/2008, 2/2009 (acoso sexual), 39/2009, 87/2009 (acoso sexual), 936/2009, 9927/2009, 3075/2009, 1207/2010, 1441/2010, 2115/2010, 2202/2010, 2429/2010 (despido objetivo) 2611/2010...

4. PRETENSIÓN INDEMNIZATORIA

Su articulación, independiente y exclusiva, es posible (art. 10 de la LO 3/2007 que también retoca el anterior art. 27.2 de la LPL, hoy arts. 25 a 27 de la LRJS) y deseable en temáticas particulares con antecedentes definidos y resueltos que enmarcan los comportamientos habidos por pautas incluso judicialmente resueltas (ya hubo declaración de vulneración de salud mental, su ilegalidad, sanciones administrativas previas, se ha reconocido por las partes, con despidos o sanciones sociales para el provocados, o procedimientos de oficio que lo denuncian expresamente, y existe el incumplimiento del deber de prevención de riesgos laborales del art. 19.1 del ET y del 14.1 de la LPRL, que preconizamos aplicable a la empresa pública, a pesar de su dificultad teórica, máxime tras la modificación de la LISOS, art. 8.13.bis, tras DA 14.^a de la LO 3/2007). En el resto de supuestos en los

que está todo por construir son más recomendables los otros procedimientos expuestos a los que se acumule la pretensión indemnizatoria.

Ahora se trata tan sólo de definir la exigencia indemnizatoria, ya en procedimiento de responsabilidad civil-laboral contractual (arts. 1101 y ss. del CC), ya en procedimiento de responsabilidad extracontractual (art. 1902 del CC) o en procedimiento específico de responsabilidad de la Administración Pública (Ley 30/1992 y RD 429/1993), o todos a la vez, tanto en el orden jurisdiccional social, como en el civil, contencioso-administrativo (patrimonial de la Administración, STS, Sala 3.ª, de 23 de julio de 2001) e incluso en el penal (con su reserva y sin perjuicio del matiz de su compatibilidad, STS, de 5 de junio de 2005, rec. 1838/2004).

Nuevamente es una tutela reparadora o resarcitoria de daños materiales y morales (STS 20 de septiembre de 1990, JS, Sala 30.ª, de Madrid 18 de marzo de 2002) que deben identificarse y concretarse pormenorizadamente en la demanda (art. 80 de la LPL, hoy LRJS), y ser objeto de prueba detallada.

Podemos mencionar como resoluciones del TSJ del País Vasco, las habidas en los siguientes recursos; 2742/2006 (estrés), 2879/2008, 1572/2008, 2113/2008, 1504/2009, 2193/2009, 1030/2010, 1579/2010, 1850/2011, 265/2012...

5. PRETENSIONES O PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Simplemente definiremos o enunciaremos las posibilidades existentes y las resoluciones que las analizan.

5.1. Calificación jurídica como riesgo profesional (arts. 115 y 116 de la LGSS)

La conducta hostil y las lesiones o secuelas que la secundan tienen lugar con ocasión o por consecuencia del trabajo y deben calificarse como contingencia profesional por el responsable administrativo (INSS según RD 1300/1995) o judicial (STSJ de Galicia, de 24 de enero de 2000, SSTSJ de Navarra, 30 de abril de 2001, 18 de mayo de 2001, art. 1821, 15 de junio de 2001, STSJ de la Comunidad Valenciana C-A 25 de septiembre de 2001; STSJ de Cataluña, de 30 de mayo de 2001). En materia de estrés, la STSJ de

Castilla y León (Burgos), de 10 de mayo de 2007, rec. 291/2007, STSJ de Valladolid, de 20 de diciembre de 2001, rec. 2141/2001, y la STSJ del País Vasco, de 7 de octubre de 1997; y para el síndrome de estar quemado, la STSJ de Castilla-La Mancha, de 31 de marzo de 2004, rec. 2184/2003, STSJ de Cataluña, de 20 enero de 2005 y la STSJPV 2-11-99.

Habrà de fijarse la relación de causalidad trabajo-enfermedad mental, con una carga probatoria exquisita. Siendo de aplicación a los trabajadores autónomos tal calificación profesional, desde la vigencia de la Ley 53/2002 y el RD 1273/2003, aunque como consecuencia directa e inmediata (no con ocasión).

Son ejemplos las SSTSJ del País Vasco en recursos: 2297/2007, 2805/2007, 2425/2007, 758/2008, 913/2008, 1372/2008, 2756/2008, 185/2009, 1198/2009, 1705/2009, 2476/2009, 3371/2009, 383/2010, 653/2010, 2256/2010 (agresiones y depresión), 2730/2010, 2760/2010, 498/2011, 737/2011, 1680/2011, 2396/2011 (síndrome del norte), 3135/2011...

5.2. Prestaciones varias

Normalmente hablamos de incapacidad temporal (arts. 128 y ss. de la LGSS, art. 63 del IICC, SSTSJ del País Vasco, de 7 de noviembre de 2006, rec. 2248/2006; 17 de abril de 2007, rec. 226/2007; 30 de mayo de 2007, rec. 331/2007; 15 de mayo de 2005, rec. 641/2007; 30 de mayo de 2007, rec. 331/2007; otros recursos: 641/2007, 2805/2007, 2425/2007, 1372/2008, 2756/2008, 1198/2009, 1198/2009, 1705/2009, 2629/2009 (impugnación alta médica), 2476/2009, 3371/2009, 653/2010, 2760/2010, 498/2011, 737/2011, 1080/2011, 3135/2011) e incapacidad permanente (art. 137 de la LGSS, SSTSJ del País Vasco, de 31 de octubre de 2006, recs. 1506/2006, 2266/2007, 758/2008, 1730/2008, 1579/2010, 1161/2011...), pero también caben prestaciones de muerte y supervivencia (arts. 171 y ss. de la LGSS, viudedad, orfandad o favor de familiares) para el fatal desenlace de fallecimiento de la víctima de enfermedad mental. Y no sería desdeñable hablar de una asistencia sanitaria singularizada al caso y de tintes psicológico-psiquiátricos.

Con todo, es el grado de incapacidad la materia que más trasluce las problemática de salud mental que reseñan los tribunales sociales. Sin ánimo exhaustivo, podemos cifrar en el último año las siguientes resoluciones; 30/2012

(trastorno esquizoide), 10/2012 (dependencia drogas y trastorno ansiedad), 3082/2011 (trastorno esquizoide), 2899/2011 (dependencia ansiolíticos médico urgencias), 2738/2011 (trastorno adaptativo obsesivo), 2411/2011 (depresión mayor), 1866/2011 (trastorno depresivo), 1465/2011 (alteración capacidades superiores), 1393/2011 (trastorno paranoico), 1233/2011 (trastorno delirante celotípico), 1010/2011 (trastorno compulsivo en ertzaina), 426/2011 (trastorno de personalidad), 144/2011 (trastorno bipolar).

5.3. Recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad (art. 123 de la LGSS)

Como cualquier otro supuesto de contingencia profesional con incumplimiento empresarial preventivo (art. 14 de la LPRL) es susceptible de recargo [JS, Sala 1.^a, de Cáceres, de 10 de junio de 2003, sin perjuicio de que las SSTSJ del País Vasco, de 8 de mayo de 2007, rec. 511/2007, con V. P., deniega el recargo para el caso concreto, las posteriores lo admiten y debaten; 7 de abril de 2009, rec. 308/2009; 6 de julio de 2010, rec. 467/2010, y los recursos: 2995/2007, 76/2008, 537/2008, 1365/2009, 1540/2009, 1792/2010, 949/2011 (en acoso sexual), 1003/2011, 1246/2011, 2983/2011 (para estrés y esquizofrenia paranoide)...].

5.4. Mejoras voluntarias de prestaciones; seguros y otros

Del mismo modo, existente la prestación de seguridad social, las previsiones individuales o colectivas de mejora voluntarias de tales prestaciones devienen inexcusables (arts. 39 y 191 y ss. de la LGSS, RDLeg. 1/2002 y RD 304/2004, y art. 42 del IICC). Así la última STSJ del País Vasco, de 14 de febrero de 2012, rec. 67/2012.

6. PRETENSIONES EN PROCEDIMIENTOS DE OFICIO

Basadas en los arts. 146 y ss. de la LPL, hoy 148 y ss. de la LRJS, aunque no son habituales, podemos mencionar los siguientes casos: SSTSJ del País Vasco, de 14 de mayo de 2002, rec. 933/2002; 28 de octubre de 2003, rec. 2089/2003; y los recursos: 511/2007, 1682/2007, 906/2008, 308/2009, 902/2009, 467/2010, 551/2010; y del JS, Sala 1.^a, de Bilbao, de 28 de enero de 2003, rec. 762/2002, y 6 de abril de 2004, rec. 943/03...

ANEXOS

PACTO EUROPEO PARA LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR

Los participantes en la conferencia de alto nivel de la UE «Juntos por la salud mental y el bienestar», que tuvo lugar el 13 de junio de 2008, reconocemos la importancia y relevancia de la salud mental y el bienestar para la Unión Europea, sus Estados miembros, los actores interesados y sus ciudadanos.

Reconocemos que

- La salud mental es un derecho humano. Un buen estado de salud mental les permite a los ciudadanos disfrutar del bienestar, de buena salud y de una buena calidad de vida. Además, la salud mental fomenta el aprendizaje, el trabajo y la participación en la sociedad.
- El nivel de salud mental y bienestar de la población es el factor clave que determina el éxito de la UE como una sociedad y economía basada en el conocimiento. Además es un importante factor para la consecución de los objetivos de la Estrategia de Lisboa en cuanto al crecimiento y al número de puestos de trabajo, a la cohesión social y al desarrollo sostenible.
- Los trastornos mentales están en aumento en la UE. Actualmente se calcula que casi cincuenta millones de ciudadanos (cerca del 11% de la población) tienen trastornos mentales, para los que hombres y mujeres desarrollan y muestran diferentes síntomas. La depresión ya es el problema de salud con mayor incidencia en muchos Estados miembros de la UE.

- El suicidio sigue siendo una causa importante de fallecimientos. En la UE se producen cerca de 58.000 suicidios al año, y las tres cuartas partes de éstos los cometen los hombres. Ocho Estados miembros se encuentran entre los quince países con el nivel más alto de suicidios masculinos en el mundo.
- Los trastornos mentales y el suicidio causan un sufrimiento intenso a los individuos, familias y comunidades; y los trastornos mentales son una causa principal de discapacidad, ya que ejercen una influencia negativa en la salud, educación, economía, el mercado laboral y los sistemas de bienestar social de la UE.
- A través de acciones complementarias y de un esfuerzo combinado a nivel de la UE se puede ayudar a los Estados miembros a abordar estos retos impulsando una buena salud mental y bienestar en la población, reforzando la acción preventiva y la autoayuda y dando apoyo a personas con problemas de salud mental y a sus familias. A esto se añaden las medidas que toman los Estados miembros a través de los servicios sanitarios y sociales y la asistencia sanitaria.

Acordamos que

- Necesitamos dar un paso político decisivo para hacer de la salud mental y del bienestar una prioridad clave.
- En las acciones que se tomen para la salud mental y el bienestar al nivel de la UE hay que implicar a las personas más relevantes de la esfera política y a los que representan intereses, tanto del sector sanitario como educativo, del ámbito social y del sector de la justicia, a los interlocutores sociales y organizaciones de la sociedad civil.
- Las personas que han experimentado problemas de salud mental tienen una experiencia muy valiosa y deben desempeñar un papel muy importante en la planificación y ejecución de las actuaciones.
- La salud mental y el bienestar de los ciudadanos y grupos, incluidos todos los grupos de edad, géneros, orígenes étnicos y grupos socioeconómicos deben impulsarse basándose en intervenciones

con metas y destinatarios concretos y que sean sensibles a la diversidad de la población europea.

- Hay que mejorar el conocimiento sobre la salud mental. Esto se consigue recabando datos sobre el estado de la salud mental en la población e invirtiendo en investigación sobre epidemiología, causas, determinantes e implicaciones de la salud mental y enfermedad mental; en las posibilidades de intervención y en las buenas prácticas dentro y fuera de los sectores sociales y sanitarios.

Solicitamos la acción en cinco áreas prioritarias:

1. PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN Y DEL SUICIDIO

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes y más graves y uno de los principales factores de riesgo del comportamiento suicida. En la UE, cada nueve minutos fallece un ciudadano a consecuencia del suicidio. Se estima que el número de intentos de suicidio sea diez veces mayor. Los índices de suicidio en los Estados miembros fluctúan en un rango de doce puntos.

Instamos a los que elaboran políticas y a todos los actores interesados a que tomen las siguientes medidas en la prevención del suicidio y la depresión:

- Mejorar la formación sobre salud mental de los profesionales de la salud y de los actores clave en el sector social.
- Restringir el acceso a potenciales métodos de suicidio.
- Tomar medidas para aumentar la concienciación sobre la salud mental entre el público en general, entre los profesionales de la salud y de otros sectores relevantes.
- Tomar medidas para reducir los factores de riesgo del suicidio como el consumo excesivo de alcohol, las drogas, la exclusión social, la depresión y el estrés.
- Proporcionar mecanismos de apoyo a las personas que hayan intentado suicidarse o a las personas que hayan perdido a un ser

querido por el suicidio, como asistencia telefónica que ofrezca apoyo emocional.

2. LA SALUD MENTAL ENTRE LOS JÓVENES Y EN LA EDUCACIÓN

Los fundamentos de una buena salud mental para toda la vida se crean en los primeros años de vida del ser humano. Hasta el 50% de los trastornos mentales se originan durante la adolescencia. Los problemas de la salud mental afectan a entre el 10% y el 20% de los jóvenes, con mayor incidencia en los grupos de población más desfavorecidos.

Instamos a los que elaboran políticas y a todos los actores interesados a que tomen las siguientes medidas en la salud mental de los jóvenes y en la educación:

- Crear patrones de intervención temprana a lo largo de todo el sistema educativo.
- Desarrollar programas para impulsar las habilidades parentales.
- Fomentar la formación en salud mental y bienestar entre los profesionales de la salud, educación, juventud y otros sectores relevantes.
- Impulsar la integración del aprendizaje socioemocional en las actividades curriculares y extracurriculares y en los centros preescolares y escolares.
- Desarrollar programas para evitar el abuso, el acoso, la violencia hacia los jóvenes y el riesgo a la exclusión social.
- Impulsar la participación de los jóvenes en la educación, la cultura, el deporte y el empleo.

3. LA SALUD MENTAL EN EL ENTORNO LABORAL

El trabajo es beneficioso para la salud física y mental. La salud mental y el bienestar de los trabajadores son un factor clave para la productividad y la innovación en la UE. El ritmo y la naturaleza del trabajo están cambiando, ejerciendo mucha presión sobre la salud mental y el bienestar. Necesitamos acciones para abordar el continuo aumento en el absentismo laboral

y la incapacidad, y debemos activar el potencial inutilizado para impulsar la productividad relacionada con el estrés y los trastornos mentales. El entorno laboral desempeña un papel fundamental en la inclusión social de las personas con problemas de salud mental.

Instamos a los que elaboran políticas, a los interlocutores sociales y a todos los actores interesados a que tomen las siguientes medidas sobre la salud mental en el entorno laboral:

- Mejorar la organización laboral, la cultura organizativa y las prácticas de liderazgo para impulsar el bienestar mental en el trabajo y favorecer la conciliación de la vida laboral y la vida familiar.
- Desarrollar programas de salud mental y de bienestar que incluyan proyectos de evaluación y prevención de riesgos para situaciones que puedan tener efectos adversos en la salud mental de los trabajadores (estrés, comportamiento agresivo, como la violencia o el acoso en el trabajo, consumo de drogas o alcohol) y patrones de intervención temprana en el trabajo.
- Proporcionar medidas para apoyar la contratación, mantenimiento o rehabilitación y reinserción al trabajo de las personas con problemas de salud mental.

4. LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MAYORES

La población de la UE está envejeciendo. La edad puede acarrear ciertos factores de riesgo para la salud mental y el bienestar, como la pérdida del apoyo social de la familia y los amigos y la emergencia de enfermedades físicas o neurodegenerativas, como el alzhéimer y otros tipos de demencia. Los índices de suicidio son elevados en las personas mayores.

Impulsar un envejecimiento saludable y activo es uno de los objetivos clave de la UE. Instamos a los que elaboran políticas y a todos los actores interesados a que tomen las siguientes medidas relativas a la salud mental de las personas mayores:

- Facilitar la participación activa de las personas mayores en la vida de la comunidad fomentando su actividad física y las oportunidades educativas.

- Desarrollar esquemas de jubilación flexibles que permitan a las personas mayores seguir en su puesto de trabajo durante más tiempo, ya sea a tiempo completo o tiempo parcial.
- Desarrollar medidas para fomentar la salud mental y el bienestar entre las personas mayores que reciben cuidados (médicos y/o sociales) en el ámbito comunitario e institucional.
- Establecer medidas de apoyo a los cuidadores.

5. LUCHAR CONTRA LA ESTIGMATIZACIÓN Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL

El estigma y la exclusión social son, ambos, factores de riesgo y consecuencia de los trastornos mentales, pudiendo convertirse en grandes barreras para la búsqueda de ayuda y la recuperación. Instamos a los que elaboran políticas y a todos los actores interesados a que tomen las siguientes medidas para luchar contra la estigmatización y la exclusión social:

- Apoyar campañas y actividades antiestigmatización como, por ejemplo, en los medios de comunicación, escuelas y en el lugar de trabajo, para impulsar la integración de las personas con trastornos mentales.
- Desarrollar servicios de salud mental que estén bien integrados en la sociedad y que sitúen al individuo como centro de sus actuaciones y que eviten la estigmatización y la exclusión.
- Impulsar la inclusión activa de las personas con problemas mentales en la sociedad, mejorando su acceso a un empleo adecuado y a las oportunidades de formación y educativas.
- Implicar a las personas con problemas de salud mental, a sus familias y cuidadores en los procesos de elaboración de políticas relevantes y toma de decisiones.

Lanzamos el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar

El pacto reconoce que la principal responsabilidad de actuación en esta área la tienen los Estados miembros. Sin embargo, el pacto se basa en el potencial de la UE de informar, impulsar las mejores prácticas y

fomentar la actuación de los Estados miembros y de los interesados, ayudar a superar retos comunes y a abordar desigualdades en el sector de la salud.

El marco de referencia para el pacto es el acerbo político de la UE en salud mental y bienestar derivado de las iniciativas políticas comunitarias en los últimos años, junto a los compromisos a los que han llegado los ministros de Salud de los Estados miembros en la Declaración de la OMS sobre la Salud Mental para Europa de 2005 y otros proyectos legislativos relevantes a nivel internacional como la Convención de Naciones Unidas para los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El pacto, para apoyar e impulsar la salud mental y el bienestar, reúne a las instituciones europeas, a los Estados miembros, a los sectores afectados, incluyendo a las personas en riesgo de exclusión por razones de salud mental y a la comunidad investigadora. El pacto refleja su compromiso a largo plazo para el intercambio, la cooperación y la coordinación sobre temas clave.

El pacto debería facilitar el seguimiento de tendencias y actividades en los Estados miembros y de los sectores interesados. Al estar basado en las mejores prácticas europeas, debería ayudar a proporcionar recomendaciones para la acción y el progreso al abordar sus temas prioritarios.

Por lo tanto, invitamos

- A los Estados miembros y a los principales representantes de otros sectores de la sociedad civil de la UE y organizaciones internacionales a unirse al Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar y a contribuir en su aplicación.
- A la Comisión Europea y a los Estados miembros, junto con las organizaciones internacionales relevantes y partes interesadas:
 - A establecer mecanismos para el intercambio de información.
 - A trabajar juntos para identificar buenas prácticas y factores de éxito en acciones políticas y acciones de otros grupos de interés para abordar los temas prioritarios del pacto, y para desarrollar recomendaciones y planes de acción apropiados.

- A comunicar los resultados de dicho trabajo a través de una serie de conferencias sobre los temas prioritarios del pacto a celebrar en los próximos años.
- A la Comisión Europea a proporcionar una propuesta, durante 2009, de Recomendación para Consejo sobre la Salud Mental y el Bienestar.
- A la Presidencia, para que informe al Parlamento Europeo y al Consejo de Ministros, así como al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre el proceso y resultados de esta conferencia.

ACUERDO MARCO EUROPEO SOBRE EL ESTRÉS LIGADO AL TRABAJO

El acuerdo fue firmado el día 8 de octubre de 2004, el objetivo de este acuerdo es proporcionar un marco a los empresarios y trabajadores para identificar y prevenir y tomar las medidas necesarias con respecto a los problemas del estrés relacionados con el trabajo.

1. INTRODUCCIÓN

El estrés ligado al trabajo ha sido reconocido a escala internacional, europea y nacional como una preocupación tanto para los empleadores como para los trabajadores. Habiendo identificado la necesidad de una acción específica en este asunto y anticipando una consulta de la Comisión sobre el estrés, los interlocutores sociales europeos han incluido este tema en el programa de trabajo del Diálogo Social 2003-2005.

El estrés puede, potencialmente, afectar a cualquier lugar de trabajo y a cualquier trabajador, independientemente del tamaño de la empresa, de su ámbito de actividad o del tipo de contrato o relación laboral. En la práctica, no todos los lugares de trabajo ni todos los trabajadores están necesariamente afectados.

Tratar la cuestión del estrés ligado al trabajo puede conducir a una mayor eficacia y mejora de la salud y de la seguridad en el trabajo, con los correspondientes beneficios económicos y sociales para las empresas, los trabajadores y la sociedad en su conjunto. Es importante considerar la diversidad de la mano de obra cuando se tratan problemas de estrés ligado al trabajo.

2. OBJETIVO

El objetivo de este acuerdo es incrementar la sensibilización y la comprensión de los empleadores, los trabajadores y de sus representantes acerca de la cuestión del estrés relacionado con el trabajo, atraer su atención respecto a los signos que pueden indicar los problemas de estrés ligado al trabajo.

El objetivo de este acuerdo es proporcionar un marco a los empleadores y a los trabajadores para identificar y prevenir o manejar los problemas del estrés relacionado con el trabajo. No se trata de culpabilizar a los individuos respecto al estrés.

Reconociendo que el acoso y la violencia en el lugar de trabajo son factores potenciales de estrés y dado que el programa de trabajo 2003-2005 de los interlocutores sociales europeos prevé la posibilidad de una negociación específica sobre estas cuestiones, el presente acuerdo no trata la violencia en el trabajo, ni el acoso y el estrés postraumático.

3. DESCRIPCIÓN DEL ESTRÉS Y DEL ESTRÉS LIGADO AL TRABAJO

El estrés es un estado que se acompaña de quejas o disfunciones físicas, psicológicas o sociales y que es resultado de la incapacidad de los individuos de estar a la altura de las exigencias o las expectativas puestas en ellos.

El individuo es capaz de manejar la tensión a corto plazo, lo que puede ser considerado como positivo, pero tiene dificultades en resistir una exposición prolongada a una presión intensa. Además, individuos diferentes pueden reaccionar de manera distinta a situaciones similares y un mismo individuo puede reaccionar de manera diferente a una misma situación en momentos diferentes de su vida.

El estrés no es una enfermedad, pero una exposición prolongada al estrés puede reducir la eficacia en el trabajo y causar problemas de salud.

El estrés originado fuera del entorno de trabajo puede entrañar cambios de comportamiento y reducir la eficacia en el trabajo. No todas las manifestaciones de estrés en el trabajo pueden ser consideradas como estrés ligado al trabajo. El estrés ligado al trabajo puede ser provocado por di-

ferentes factores tales como el contenido del trabajo, su organización, su entorno, la falta de comunicación, etc.

4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE ESTRÉS RELACIONADO CON EL TRABAJO

Dada la complejidad del fenómeno del estrés, el presente acuerdo no pretende proporcionar una lista exhaustiva de indicadores de estrés potencial. Sin embargo, un alto nivel de absentismo, de rotación de personal, de frecuentes conflictos o quejas de los trabajadores, constituyen signos que pueden indicar un problema de estrés ligado al trabajo.

La identificación de un problema de estrés ligado al trabajo puede implicar un análisis de elementos tales como la organización del trabajo y los procesos (acuerdos de tiempo de trabajo, grado de autonomía, adecuación de las capacidades del trabajador a las necesidades del trabajo, cantidad de trabajo etc.), las condiciones y el entorno de trabajo (exposición a comportamientos abusivos, ruido, temperatura, sustancias peligrosas, etc.), la comunicación (incertidumbre respecto a lo que se espera en el trabajo, perspectivas de empleo, próximos cambios, etc.) así como factores subjetivos (presiones emocionales y sociales, sentimiento de no ser capaz de hacer frente, impresión de no ser apoyado, etc.).

Si se identifica un problema de estrés ligado al trabajo se deben tomar medidas para prevenirlo, eliminarlo o reducirlo. La determinación de las medidas adecuadas es responsabilidad del empleador. Estas medidas serán aplicadas con la participación y colaboración de los trabajadores y/o de sus representantes.

5. RESPONSABILIDADES DE LOS EMPLEADORES Y DE LOS TRABAJADORES

Conforme a la Directiva Marco 89/391, todos los empleadores tienen la obligación legal de proteger la seguridad y la salud de los trabajadores. Esta obligación se aplica igualmente a los problemas de estrés ligado al trabajo en la medida en que presenten un riesgo para la salud y la seguridad.

Todos los trabajadores tienen el deber general de respetar las medidas de protección definidas por el empleador.

Los problemas relativos al estrés ligado al trabajo pueden ser abordados en el marco de una evaluación general de los riesgos profesionales, mediante la definición de una política sobre el estrés diferenciada y/o mediante medidas específicas que apunten a los factores de estrés identificados.

6. PREVENIR, ELIMINAR O REDUCIR LOS PROBLEMAS DE ESTRÉS LIGADO AL TRABAJO

Se pueden tomar diferentes medidas para prevenir, eliminar o reducir los problemas de estrés ligado al trabajo. Estas medidas pueden ser colectivas, individuales o ambas. Pueden ser introducidas en forma de medidas específicas que apunten a factores de estrés identificados o en el marco de una política antiestrés de orden general que incluya medidas de prevención y de acción.

Si las competencias requeridas en la empresa son insuficientes, es posible recurrir a expertos exteriores, conforme a la legislación europea así como a la reglamentación, convenios colectivos y prácticas nacionales.

Una vez establecidas, las medidas contra el estrés deberán ser revisadas periódicamente con el fin de evaluar su eficacia, comprobar si se utilizan de forma óptima los recursos y si todavía son adecuadas o necesarias.

Estas medidas pueden incluir, por ejemplo, o medidas de gestión y comunicación, tales como aclarar los objetivos de la empresa, así como el papel de los trabajadores individuales, asegurar un apoyo adecuado de la gestión a los individuos y a los equipos, asegurar una buena adecuación entre el nivel de responsabilidad y de control sobre su trabajo, mejorar la organización, los procesos, las condiciones y el entorno de trabajo, o formar a la dirección y a los trabajadores con el fin de llamar la atención acerca del estrés y su comprensión, sus posibles causas y la manera de hacerle frente y/o de adaptarse al cambio, o la información y la consulta de los trabajadores y/o de sus representantes, conforme a la legislación europea así como a la reglamentación, convenios colectivos y prácticas nacionales.

7. APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO

En el marco del artículo 139 del Tratado, este acuerdo marco europeo voluntario compromete a los miembros de UNICE/UEAPME, del CEEP y de

la CES (y del Comité de Enlace EUROCADRES/CEC) a desarrollarlo conforme a los procedimientos y prácticas propias de los interlocutores sociales en los Estados miembros y en los países del Espacio Económico Europeo.

Las partes signatarias invitan asimismo a sus organizaciones miembros en los países candidatos a aplicar este acuerdo.

El desarrollo de este acuerdo se llevará a cabo durante los tres años siguientes a la fecha de firma del mismo.

Las organizaciones miembros informarán acerca del desarrollo de este acuerdo al Comité de Diálogo Social. Durante los tres primeros años tras la firma del presente acuerdo, el Comité de Diálogo Social preparará un cuadro anual resumiendo el desarrollo del acuerdo. El Comité de Diálogo Social elaborará, en el cuarto año, un informe completo sobre las acciones de desarrollo tomadas.

Las partes signatarias evaluarán y revisarán el acuerdo en cualquier momento, pasados cinco años tras la firma, si así lo solicitara una de las partes signatarias.

En caso de cuestiones sobre el contenido del acuerdo, las organizaciones miembros implicadas, podrán dirigirse conjunta o separadamente a las partes signatarias, que responderán conjunta o separadamente.

En el desarrollo de este acuerdo, los miembros de las organizaciones signatarias evitarán cargas innecesarias a las PYME.

El desarrollo de este acuerdo no constituye una razón válida para reducir el nivel general de protección otorgada a los trabajadores en el campo del presente acuerdo.

El presente acuerdo no perjudica el derecho de los interlocutores sociales a concluir, en el nivel apropiado, incluido el europeo, acuerdos que lo adapten y/o completen de manera que tengan en cuenta las necesidades específicas de los interlocutores sociales implicados.

Resulta sorprendente observar lo lentamente que ha ido cambiando durante gran parte de la historia de la humanidad la organización del trabajo, entendida como el conjunto de métodos mediante los que la sociedad estructura las actividades y el trabajo para su supervivencia.

Lo relevante para el libro que nos ocupa es que el cambio de la organización del trabajo y, por consiguiente, de las condiciones de trabajo, tiene implicaciones críticas sobre el bienestar, la salud y la seguridad de los trabajadores. Y éste es el primer punto a destacar al valorar el impacto de la organización del trabajo sobre la salud y seguridad laboral: a lo largo de la historia se observa una relación profunda entre los métodos de organización del trabajo y el bienestar, la salud y la seguridad de los trabajadores.

Y ¿qué ha ocurrido en este terreno desde entonces? Pues podemos distinguir, por lo menos, otros cuatro procesos diferenciados que conviene destacar: en primer lugar, el de los cambios recientes en la organización del trabajo, en segundo lugar los avances científicos en el conocimiento de los procesos causales que enlazan diversas características del trabajo con el estrés laboral y su impacto en ciertos daños relacionados con el trabajo, en tercer lugar el impulso a la investigación de impactos sobre la salud y seguridad de los trabajadores, de mayor amplitud que los relacionados con el estrés laboral, al considerar los efectos de la organización del trabajo y, en cuarto lugar, los nuevos enfoques que se proponen para el estudio de las relaciones entre las condiciones de trabajo y el bienestar, la salud y seguridad de los trabajadores.

Cuestiones tales como la globalización, el incremento de la competitividad, la integración de la mujer en el mundo laboral, la diversidad de la fuerza de trabajo (con la incorporación, que no siempre integración, de la población inmigrante), el envejecimiento de la población trabajadora, la reestructuración y subcontratación de tareas, cultural, los cambios en las estructuras familiares, el trabajo temporal o a tiempo parcial, la flexibilización y cambios continuos, la introducción de los sistemas de alto rendimiento, la gestión de la calidad y la preocupación de la sociedad por la sostenibilidad y la responsabilidad social. Y éste es el segundo mensaje a resaltar: junto con la mayor importancia del sector de los servicios y de la sociedad del conocimiento, están acumulándose gran variedad de modificaciones en la organización del trabajo, caracterizadas por el cambio constante y la flexibilidad.

En este libro se abordan de manera específica los efectos de los aspectos psicosociales en el trabajo; ya que desde el tercer cuarto del siglo XX vienen estudiándose y conociéndose las estrechas relaciones entre algunas condiciones del trabajo y el riesgo de estrés laboral, así como el papel del estrés como mediador de enfermedades cardiovasculares y trastornos psicológicos; siendo este aspecto —el estrés— uno más de la multitud de riesgos psicosociales a los que debemos prestar atención.



LA LEY

grupo Wolters Kluwer



www.laley.es