

CONTENIDOS FORMATIVOS PARA LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS PYMES DE LA REGIÓN DE MURCIA

Edita:

Confederación Regional de Organizaciones Empresariales de Murcia (CROEM).

Con el apoyo de:

Ministerio de Trabajo y Economía Social, Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales y Consejería de Empresa, Empleo y Economía Social de la Región de Murcia.

Autores:

Dra. María Villaplana y Dr. Mariano García-Izquierdo.
Profesores del Departamento de Psiquiatría y Psicología Social de la Universidad de Murcia.

Hipervínculos:

CROEM no se hace responsable del contenido de los sitios web a los que el usuario pueda acceder a través de los enlaces que aparecen en esta publicación.

Diciembre 2024

Este proyecto surge a iniciativa de la **Confederación Regional de Organizaciones Empresariales de Murcia (CROEM)**, que con el apoyo del Ministerio de Trabajo y Economía Social, la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales y la Consejería de Empresa, Empleo y Economía Social de la Región de Murcia, pone a disposición de los responsables de seguridad y salud de las empresas y técnicos de prevención de riesgos laborales, contenidos formativos que les permitan mejorar el conocimiento en aspectos relacionados con la salud mental, como también dotarles de herramientas prácticas en dicha materia para su aplicación en los centros de trabajo de diferentes sectores de actividad.

Con el objetivo de establecer las bases que permitan mejorar e integrar la salud mental en las organizaciones, se han diseñado dos partes claramente diferenciadas:

La primera, contiene los Conceptos Teóricos Fundamentales sobre la salud mental y el bienestar en el lugar de trabajo.

La segunda, y a través de diferentes Herramientas Prácticas aborda y propone qué se puede hacer en las empresas en esta materia y cómo hacerlo.

Para ello, se presenta un esquema a modo de hoja de ruta que dirige y orienta a las empresas en el inicio de actuaciones en las distintas Fases de Intervención en Salud Mental: Primaria, Secundaria y Terciaria, aportando recursos que ayudarán a prevenir, proteger y mejorar la salud mental y el bienestar de los colaboradores.

En la tabla de contenidos veremos un icono  que enlazará con contenido adicional .

A photograph of a woman and a man sitting at a table in a cafe, both focused on their laptops. The woman is in the foreground, wearing a white t-shirt, and the man is behind her, wearing a blue patterned shirt. The background shows a blurred cafe interior with shelves of bottles. The entire image has a blue color overlay.

CONCEPTOS TEÓRICOS FUNDAMENTALES

CONCEPTOS TEÓRICOS FUNDAMENTALES

Salud Mental y Bienestar en el Trabajo

INTRODUCCIÓN

- Propósito del documento (p.7)
- Contexto de la situación: La importancia de la salud mental y el bienestar en las empresas (p.8)
- A quién se dirige este documento (p.9)
- Descripción del documento (p.10)

1. SALUD MENTAL Y BIENESTAR EN EL TRABAJO (p.12)

1.1. LA SALUD MENTAL Y LOS TRASTORNOS MENTALES (p.13)

2. CONDICIONES DE TRABAJO DE ORIGEN PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL (p.18)

2.1. EL ESTRÉS LABORAL (p.18)

2.1.1. Modelos teóricos del estrés laboral (p.18)

2.1.2. Los componentes básicos del proceso de estrés laboral (p.21)

2.1.2.1. Los estresores o situaciones de estrés laboral (p.21)

2.1.2.2. El afrontamiento (p.21)

2.1.2.3. Las consecuencias negativas del estrés laboral (p.22)

2.2. LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO (p.22)

2.2.1. Aspectos normativos fundamentales de prevención de riesgos laborales en relación con los factores psicosociales de riesgo (p.23)

2.2.2. Definición de factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgo psicosocial laboral (p.26)

2.2.3. Clasificación de los factores psicosociales de riesgo (p.27)

2.2.3.1. El contenido y las características del trabajo (p.29)

2.2.3.2. La carga y el ritmo de trabajo (p.29)

2.2.3.3. El tiempo de trabajo (p.30)

2.2.3.4. El control y la participación (p.32)

2.2.3.5. Los roles laborales y su desempeño (p.32)

2.2.3.6. La cultura de la empresa (p.33)

2.2.3.7. El ambiente y los equipos de trabajo (p.34)

2.2.3.8. Las relaciones interpersonales en el trabajo (p.35)

2.2.3.9. El desarrollo de la carrera profesional (p.35)

2.2.3.10. La interacción y equilibrio entre la vida personal y el trabajo (p.36)

2.3. LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EMERGENTES (p.36)

2.3.1. Las tecnologías de la información y comunicación (p.37)

2.3.2. El control y la supervisión de los trabajadores mediante las TIC (p.40)

2.3.3. El aumento artificial del rendimiento mediante el consumo de sustancias (p.41)

2.3.4. La violencia psicológica: los distintos tipos de acoso en el lugar de trabajo (p.42) 

2.3.4.1. El acoso sexual, el acoso por razón de sexo y el acoso discriminatorio (p.42)

2.3.4.2. El acoso psicológico en el trabajo (p.46)

2.4. EL CIBERACOSO (p.50)

3. LA EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL (p.53)

3.1. SOBRE LOS MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (p.54)

3.1.1. Métodos generales de evaluación (p.55) 

3.2. EVALUACIÓN DE RIESGOS Y DEL BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES: INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS (p.56)

3.2.1. La evaluación del acoso psicológico (p.57)

3.2.2. La evaluación del desgaste ocupacional o burnout (p.57)

3.2.3. Evaluación de la salud psicológica (p.58)

3.2.4. Evaluación de la satisfacción laboral (p.59)

4. TRASTORNOS MENTALES Y DISFUNCIONES RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES PSICOSOCIALES DEL TRABAJO

Consideraciones generales sobre los trastornos mentales relacionados con las condiciones de trabajo psicosociales (p.61) 

4.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD (p.63)

Cuestiones básicas sobre la ansiedad y los trastornos de ansiedad

4.1.1. Trastorno de ansiedad generalizada (p.64)

4.1.2. Crisis de ansiedad (p.64)

4.1.3. Trastorno de pánico (p.64)

4.1.4. Fobias (p.65)

4.1.5. Trastornos de ansiedad social (p.65)

4.1.6. Trastorno obsesivo-compulsivo (p.65)

4.1.7. Trastornos afectivos (ansioso) debidos a enfermedad médica o al uso de sustancias (p.66)

4.2. TRASTORNOS POR ESTRÉS (p.66)

Generalidades de los trastornos por estrés

4.2.1. Trastorno de adaptación (p.67)

4.2.2. Trastorno por estrés agudo (p.67)

4.2.3. Trastorno por estrés postraumático (p.67)

4.3. DEPRESIÓN (p.68)

Consideraciones generales sobre los trastornos depresivos

4.3.1. Depresión mayor (p.68)

4.3.2. Trastorno depresivo persistente (p.69)

4.3.3. Trastorno depresivo debido a enfermedad médica (p.69)

4.3.4. Trastornos bipolares (p.69)

4.3.4.1. Episodio maníaco (Trastorno bipolar I) (p.70) 

4.3.4.2. Episodio hipomaníaco (p.70)

4.3.4.3. Episodio mixto (Trastorno bipolar II) (p.70)

4.3.4.4. Trastorno ciclotímico (p.70)



4.4. ABUSO DE SUSTANCIAS (CONSUMO Y COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS) (p.70)

4.5. PSICOSIS (p.72)

4.5.1. Esquizofrenia (p.72)

4.6. OTROS TRASTORNOS MENTALES (p.72)

4.6.1. Trastornos somatomorfos (p.72)

4.6.2. Trastornos no orgánicos del sueño (p.73)  

4.6.3. Trastornos de la personalidad (p.74)

4.7. SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL O BURNOUT (p.75) 

4.8. LAS DISFUNCIONES LABORALES (p.75)

4.8.1. Disfunciones derivadas de la falta de compromiso (p.76)

4.8.1.1. Bajo rendimiento laboral (p.76)

4.8.1.2. Reducciones temporales del rendimiento laboral (p.76)

4.8.1.3. Absentismo (p.76)

4.8.1.4. Conductas contra productivas (p.76)

4.8.1.5. Procrastinación o dilación de tareas (p.77)

4.8.1.6. Miedo al éxito (p.77)

4.8.1.7. Miedo al fracaso (p.77)

4.8.1.8. Insatisfacción laboral (p.77) 

4.8.2. Disfunciones derivadas del compromiso excesivo (p.78)

4.8.2.1. Adicción obsesivo-compulsiva al rol laboral (p.78)

4.8.2.2. Patrón de comportamiento tipo A (p.78)

4.8.2.3. Síndrome del impostor (p.78)

5. LA INTERVENCIÓN: EL CAMINO HACIA EMPLEADOS Y ORGANIZACIONES SALUDABLES (p.80) 

ANEXO 1. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES QUE PUEDEN ESTAR RELACIONADAS CON LA EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES SEGÚN GRUPOS DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON EL CIE-11 (p.84)

ANEXO 2. RECURSOS DISPONIBLES SOBRE SALUD MENTAL Y TRABAJO (p.88)
ABREVIATURAS PRINCIPALES

REFERENCIAS (p.93)

INTRODUCCIÓN

La salud mental influye en cómo pensamos, actuamos, expresamos sentimientos, interactuamos con otras personas, tomamos decisiones, disfrutamos de la vida y colaboramos con la sociedad.

La salud mental también es un aspecto clave de la competitividad y del desarrollo socioeconómico, pues está estrechamente relacionada con el rendimiento de los empleados y la productividad de las empresas.

Las distintas condiciones laborales de naturaleza psicosocial tienen gran influencia en la aparición de tensión, estrés, malestar y trastornos mentales de las personas trabajadoras. Por ejemplo, cabe destacar, entre otras, y sin ánimo de exhaustividad, la sobrecarga de trabajo, los turnos de trabajo y la nocturnidad, la utilización de las nuevas tecnologías, las exigencias emocionales y el desequilibrio entre la vida laboral y personal.

Los trastornos mentales son afecciones significativas caracterizadas por pensamientos, emociones o comportamientos alterados con angustia asociada y deterioro del funcionamiento general de la persona. Los trastornos mentales comunes, se refieren a los más prevalentes, en especial los que tienen que ver con síntomas de ansiedad y depresión. En relación con el trabajo, también se incluye el burnout o síndrome de desgaste ocupacional.

En este Manual se abarcarán las condiciones psicosociales del trabajo y su relación con los distintos trastornos de salud mental que pueden suceder en algún momento de la vida de los trabajadores.

Evitar enfermedades y accidentes laborales es crucial, como también lo es promover empresas y trabajadores saludables dadas las evidencias de su relación con el éxito empresarial. En este sentido, la prevención, protección y promoción de la salud mental de los trabajadores en la empresa es fundamental, y existen estrategias eficaces y asequibles para ello, pero es imprescindible contar con un marco de referencia, con contenidos y recursos, que faciliten su aplicación con el objetivo de conseguir empresas y trabajadores saludables.

PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

El objetivo general es ofrecer información, contenidos y recursos formativos fundamentales dirigidos a los técnicos de salud, técnicos de prevención de riesgos laborales y todas aquellas personas interesadas en impulsar la salud mental y el bienestar de los trabajadores en el lugar de trabajo.

Puesto que un añadido a la problemática señalada tiene que ver con los obstáculos con los que se enfrentan las personas a la hora de solicitar ayuda ante situaciones relacionadas con la salud mental (por ejemplo, los escasos conocimientos sobre la salud mental, la falta de concienciación sobre el cuidado individual, la accesibilidad a los servicios de salud o la estigmatización), también se proporciona información, conocimientos y recursos sobre estas cuestiones para facilitar la adaptación y atenuar las recaídas de los trabajadores que retornen a la empresa después de algún trastorno de salud mental.

En definitiva, se pretende poner a disposición de las personas clave de las empresas y de todos los interesados un conjunto de contenidos y recursos formativos que deben servir para influir y sensibilizar sobre la importancia de las condiciones de trabajo de origen psicosocial y para la adopción de medidas de prevención, promoción y protección encaminadas a mejorar la salud y bienestar de las personas.

CONTEXTO DE LA SITUACIÓN: LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR EN LAS EMPRESAS

Los trastornos de la salud mental y el malestar en el trabajo son actualmente un motivo general de preocupación debido al sufrimiento personal y a los costes sociales y económicos de gran magnitud que provocan.

La encuesta **OSH Pulse** realizada por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA, 2022) indica que el 27 % de los trabajadores sufren estrés, ansiedad o depresión provocados o agravados por el trabajo.

Por su parte, la tercera **Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER)** también de la EU-OSHA (2019) en sus conclusiones señala que, las microempresas y las pequeñas empresas tienden especialmente a subestimar los riesgos psicosociales y a menudo carecen de medidas preventivas adecuadas. En concreto, algunos resultados importantes de cara al objetivo de este Documento son los siguientes:

1. Se reconoce que los riesgos para la salud y la seguridad son endémicos en los entornos de trabajo.
2. Las medidas introducidas para gestionar los riesgos psicosociales no están muy extendidas entre las empresas.
3. Las microempresas y pequeñas empresas (PYME) siguen enfrentándose a grandes desafíos en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

Según los datos del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2024), la ansiedad, los trastornos del sueño y la depresión son los problemas de salud mental más frecuentes entre los españoles. Se registraron en 2023 un total 600.814 incapacidades temporales relacionadas con la salud mental que impidieron a los trabajadores asistir a su puesto durante más de tres meses (duración media de la incapacidad temporal fue de 111 días). Y de enero a 30 de junio de 2024, se contabilizaron 37.362 bajas relacionadas con la salud mental. Estos datos, que ya de por sí son preocupantes, lo serían aún más si se considera que pueden estar infraestimados debido a distintos problemas relacionados con la identificación de los trastornos mentales (por ejemplo, a su estigmatización).

A QUIÉN SE DIRIGE ESTE DOCUMENTO

En este documento, se podrán encontrar contenidos, recomendaciones y recursos fundamentales para abordar las condiciones de trabajo psicosociales y la salud mental. Se pretende que se utilice como referente para poder acceder a los múltiples recursos que están disponibles para mejorar la salud mental y promover entornos saludables.

Está enfocado a su aplicación en cualquier empresa, pero especialmente dirigido a las pymes y a los trabajadores por cuenta propia. Se desarrollarán contenidos y se facilitarán recursos sobre las condiciones de trabajo de origen psicosocial y la salud mental dirigidos a técnicos de salud, de prevención de riesgos laborales, y todas las personas clave con el fin de transformar las empresas en entornos saludables.

Su aplicación se recomienda para las empresas de cualquier sector y actividad, especialmente donde puedan existir grupos de trabajadores expuestos a evidentes riesgos psicosociales laborales (por ejemplo, con tareas con altas exigencias y bajo control, sobrecarga de trabajo, horarios de trabajo prolongados y trabajo a turnos y nocturno).

También a los trabajadores que se reincorporan a su puesto de trabajo después de un proceso de incapacidad, y aquellos especialmente sensibles a la exposición a estas condiciones, incluyendo particularmente a quienes han tenido una ausencia prolongada por alteraciones en su salud mental u otras patologías que puedan estar relacionadas con la exposición a las condiciones psicosociales o que puedan verse agravadas por las mismas.

En resumen, el conocimiento de los contenidos y recursos disponibles que se desarrollaran a continuación deben servir para influir y sensibilizar sobre la importancia de las condiciones de trabajo de origen psicosocial y para la adopción de medidas de prevención, promoción y protección encaminadas a mejorar la salud de las personas y a la instauración de la empresa saludable.

DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO

Tanto los contenidos como los recursos que se presentan son un reflejo de las evidencias científicas y buenas prácticas compartidas por expertos y entidades especializadas en salud laboral.

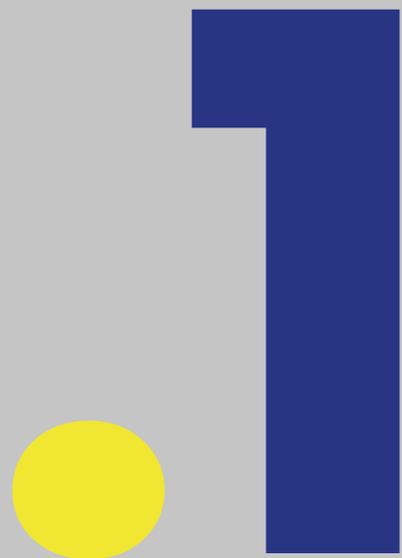
Este documento está formado por dos Manuales que se complementan. En el primero, se desarrollan los contenidos fundamentales sobre salud mental y condiciones laborales de origen psicosocial que harán comprensible y servirán de cimientos del segundo Manual dedicado a los recursos de intervención. En cuanto a su estructura, el primer Manual se divide en cinco capítulos.

En el primero, se tratan los conceptos básicos de la salud mental y el bienestar. El segundo, se centra en las condiciones de trabajo de origen psicosocial y su relación con la salud mental; se relacionan las condiciones ya bien establecidas, así como aquellas que se consideran emergentes. En el tercer capítulo, se aborda la evaluación de los riesgos psicosociales. En el cuarto, las consecuencias negativas del trabajo para la salud mental poniendo el énfasis en los trastornos mentales comunes y en las disfunciones laborales. Finalmente, y a modo de introducción del segundo manual, se realiza una reflexión sobre los temas abordados.

El segundo Manual, se ha diseñado como una Caja de herramientas para la prevención, protección y promoción de la salud mental y el bienestar en los lugares de trabajo. En él se facilitan materiales ordenados según un esquema lógico de actuaciones encaminadas a la prevención de los riesgos laborales, la promoción de recursos y el apoyo de las personas con malestar o problemas de salud mental. Oportunamente, se realizarán llamadas en el texto para indicar la conveniencia de acudir a los contenidos presentes en el primer Manual que sirven de ayuda y aclaración.

Lo expuesto en ambos manuales confluyen en aportar información y recomendaciones para orientar a los empleadores, responsables de seguridad y salud, técnicos de prevención de riesgos laborales, personal designado, mandos y cualquier otra persona interesada en la prevención, protección y promoción de la salud y el bienestar mental en el lugar de trabajo. En definitiva, se trata de aportar una herramienta estratégica de cara a la promoción de la salud mental.

SALUD MENTAL Y BIENESTAR EN EL TRABAJO



1. SALUD MENTAL Y BIENESTAR EN EL TRABAJO

El concepto de salud, que inicialmente se concibió como opuesto al de enfermedad, ha ido evolucionando y, en la actualidad, se considera como el estado completo de bienestar y no meramente la ausencia de afecciones o de enfermedades (OMS, 2015). Esta definición resalta el lado positivo; es decir, cuando la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir con su comunidad.

Se distinguen distintas dimensiones de la salud aunque todas sean parte de una misma globalidad, fundamentalmente, la física referida al óptimo funcionamiento fisiológico del organismo; la mental, que se manifiesta por adecuados esfuerzos cognitivos, por expresar ciertas habilidades, por la necesidad de aprender y tener capacidad intelectual, procesar información y tomar decisiones apropiadas; la emocional que supone el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; la social en cuanto a las satisfactorias relaciones que una persona mantiene con otras; y la espiritual, que implica la reflexión sobre las propias creencias.

Todo lo que rodea al trabajo remunerado acaba por tener una huella sustancial en la salud mental y el bienestar. La observación de que la mayoría de las personas ocupa un tercio de su vida trabajando sería una muestra suficiente de ello, pero si además la actividad que se realiza es penosa, aburrida, estresante e insatisfactoria, sus efectos negativos son innegables.

Básicamente, bienestar significa estar sano y experimentar un sentimiento de satisfacción. Esto último lleva a las dos perspectivas principales desde las que se ha estudiado: la hedónica (del griego ἡδονή, hēdoné, placer) que plantea que se trata, principalmente, de vivir experiencias placenteras, y la eudaimónica (del griego εὐδαιμονία, eudaimonía, dicha, felicidad) que indica que el bienestar se logra mediante la actualización y desarrollo del potencial humano.

En esencia, la perspectiva hedónica queda reflejada en la teoría del bienestar subjetivo de Diener et al., (2009) donde se define bienestar como la presencia de afecto positivo, la ausencia de afecto negativo y alta satisfacción con la vida. Entonces, el bienestar se refiere a las evaluaciones cognitivas y emocionales que una persona hace en términos de satisfacción general, plenitud y agrado con dominios específicos de la vida como, por ejemplo, el trabajo.

La segunda perspectiva, la eudaimónica, representada por la teoría del bienestar psicológico (Ryff y Keyes, 1995), alude a desarrollar las potencialidades humanas más valiosas (por ejemplo, las relaciones positivas o la autonomía), y en el esfuerzo y afán por conseguir nuevas metas en la vida.

Es posible que los puntos de vista hedónicos y eudaimónicos formen parte de una misma estructura global del bienestar y estén relacionados. Entonces, su conceptualización, incluye tener buena salud mental, la capacidad para manejar el estrés adecuadamente, sentirse satisfecho con la vida y que tenga significado. Por consiguiente, el bienestar sería, básicamente, experimentar salud, satisfacción y felicidad.

1.1. LA SALUD MENTAL Y LOS TRASTORNOS MENTALES

La salud mental permite a las personas hacer frente con éxito a los inevitables momentos de estrés de la vida, desarrollar sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente, y contribuir a la mejora de la comunidad (OMS, 2022).

Se puede describir la salud mental, de acuerdo con Kelloway et al., (2023), como un continuo estado donde el bienestar se sitúa en el extremo positivo y el trastorno mental en el negativo. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), los trastornos mentales y del comportamiento se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativo en el funcionamiento vital diario de una persona: personal, familiar, social, educativo y ocupacional.

Los trastornos mentales comunes, se refieren a los más prevalentes, en especial los que tienen relación con la ansiedad, depresión, estrés y somatizaciones, además del burnout o síndrome de desgaste ocupacional.

Los distintos trastornos mentales se manifiestan a través de signos y síntomas. Los signos son evidencias observadas mientras que los síntomas son las experiencias que la persona indica de una enfermedad o alteración en el estado de su salud. La observación, identificación y la interpretación correcta de los signos y síntomas son fundamentales y la base de un adecuado diagnóstico, pero también es crucial para buscar ayuda y tratamiento adecuado. Los trastornos mentales comparten manifestaciones comunes. En la Tabla 1.1, se pueden observar las más frecuentes.

Tabla 1.1. Síntomas más frecuentes de los trastornos mentales

1. Sentimientos continuos de tristeza o desesperanza.
2. Cambios súbitos en el estado de ánimo, desde la euforia hasta la depresión.
3. Ansiedad y preocupación excesiva: preocupaciones persistentes e incontrolables.
4. Sensación constante de nerviosismo, tensión o agitación.
5. Síntomas físicos sin causa médica: dolores de cabeza, problemas digestivos u otros síntomas físicos sin una causa médica identificable.
6. Alteraciones en el apetito y el peso: pérdida significativa de apetito o comer en exceso. Cambios notables en el peso, tanto aumento como pérdida.
7. Problemas de sueño: insomnio o dificultad para conciliar el sueño. Sueño excesivo o somnolencia durante el día. Despertarse frecuentemente durante la noche.
8. Fatiga y falta de energía: sensación constante de cansancio o falta de energía. Dificultad para realizar tareas diarias.
9. Dificultad para concentrarse: problemas para prestar atención o concentrarse. Dificultad para tomar decisiones o recordar información.
10. Aislamiento social: evitar actividades sociales y aislarse de amigos y familiares. Pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas.
11. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva: pensamientos persistentes de inutilidad, culpa inapropiada o autocrítica excesiva.
12. Pensamientos suicidas: pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Intentos de suicidio o planificación de suicidio.

Son síntomas alarmantes y requieren atención inmediata:

- Cambios en el estado de ánimo intenso, como tristeza, euforia (aumento intenso de energía), miedo o temor (duren más de dos semanas y sean intensos).
- Cambios en el comportamiento como impulsividad o agresividad, que pudiera poner en riesgo la integridad propia o de terceros (que duren más de dos semanas y sean intensos).
- Ideas de muerte.
- Ideas de autolesionarse o lesionar a alguien más.
- Ideación suicida e intento suicida.
- Ideación homicida o intento homicida.

Todas las personas en algún momento de su vida experimentan sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio u otros síntomas que pueden generar malestar, pero que no llegan a provocar un deterioro significativo de la vida social o laboral. Un problema de salud mental afecta a cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero de manera menos grave que un trastorno mental. Los problemas mentales son más frecuentes y menos persistentes en el tiempo que los trastornos mentales y conllevan un grado significativo de sufrimiento personal y disminución del rendimiento laboral. Estos problemas, también

considerados “trastornos subclínicos”, tienen una gran prevalencia entre la población laboral (Hassar y Cox, 2012). Por otro lado, son también muy frecuentes las disfunciones laborales o aquellas alteraciones psicológicas que tienen implicaciones para el adecuado desempeño de los roles exigidos por el puesto de trabajo (por ejemplo, insatisfacción laboral, conductas contra productivas, etc.).

Resumiendo lo anterior, consideramos que una persona tiene una condición de salud mental en el trabajo cuando sufre, en orden de menor a mayor gravedad, una disfunción laboral, un problema mental o un trastorno mental.

Centrándonos en los trastornos mentales, se caracterizan por ser enormemente complejos y se siguen una serie de criterios, necesarios y complementarios, para su adecuada delimitación que giran sobre la noción de normalidad.

Así, para el criterio estadístico lo normal es lo que aparece con mayor frecuencia y lo anormal o trastorno es lo infrecuente, aquello que se sale de los límites de la distribución normal (estadística) en su población de referencia. Existe una continuidad entre las conductas normales y las anormales, su diferencia se considera de naturaleza cuantitativa, esto es, cuestión de grado (excesivo o deficiente).

El criterio biológico señala como anormal el resultado de una lesión o disfunción fisiológica. Estas anomalías pueden tener nula o escasa significación patológica o, por el contrario, considerarse como enfermedades en sentido médico estricto. Este criterio establece la diferencia entre salud y enfermedad.

Según el criterio subjetivo, es la propia persona quien evalúa su estado y situación personal. En este caso él mismo detecta una anomalía propia (malestar, incapacidad, etc.).

El criterio social contempla lo anormal como una desviación del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad. El marco de referencia es la adaptación a los roles sociales que conlleva ser miembro de una comunidad determinada.

En los últimos años se han producido importantes avances que han mostrado que gran parte de los trastornos mentales pueden ser diagnosticados y tratados con tanta eficacia como otras enfermedades médicas.

Con la detección temprana y la atención idónea la mayoría de las personas con un trastorno mental se recuperan. Sin embargo, existen razones que impiden que se aborden y traten adecuadamente. La primera es el desconocimiento sobre la forma de identificarlos de manera oportuna, su tratamiento y pronóstico, así como su manejo social, que provoca el prejuicio social y llevan a la discriminación tanto de las personas con trastorno mentales como a sus familias. Es el estigma o las actitudes, creencias y estereotipos sobre la salud mental que llevan a la discrimi-

minación de las personas que padecen un trastorno mental. Por ejemplo, que los compañeros no quieran trabajar con personas con trastornos mentales y que los empleadores esquiven su contratación.

Finalmente, la persona afectada también puede tener reacciones emocionales negativas (por ejemplo, poca autoestima y baja autoeficacia) derivadas del auto estigma o prejuicio interiorizado, que a su vez generan comportamientos que les hacen fracasar a la hora de desempeñar el trabajo o de buscar empleo.

La prevención, la protección y la promoción de la salud en el lugar de trabajo no es tarea sencilla debido a los múltiples factores que intervienen (personales, organizacionales y socioculturales). Por lo tanto, es imprescindible, identificar la inadecuada concepción, organización y gestión, así como el contexto social de los puestos trabajo, que pueden influir en la salud mental y el bienestar. Entre estas condiciones, destacan las condiciones de trabajo de origen psicosocial que se tratarán en el apartado que sigue.

CONDICIONES DE TRABAJO DE ORIGEN PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL



2

II. CONDICIONES DE TRABAJO DE ORIGEN PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL

El estrés es un fenómeno consustancial a las distintas facetas de la vida y, a la vez, la causa preferente de las enfermedades crónicas en el mundo desarrollado, y la principal causa del estrés es el trabajo (Pfeffer, 2019).

Las distintas condiciones de trabajo desfavorables, y entre ellas las de origen psicosocial, llevan a una tensión que puede provocar conductas y actitudes inadecuadas en el trabajo, así como, a consecuencias nocivas para la salud y el bienestar del trabajador. Por lo tanto, el estrés laboral es el concepto central en el que conviene hacer énfasis.

2.1. EL ESTRÉS LABORAL

Desde el enfoque psicosocial, se considera estrés laboral al conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y comportamentales a determinados aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización y las condiciones del trabajo. Se caracteriza porque la persona experimenta una elevada tensión y la sensación de no poder afrontar las situaciones con éxito. El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional de EEUU (NIOSH, 2008) lo describe como las respuestas físicas y emocionales nocivas que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador.

2.1.1. Modelos teóricos del estrés laboral

Como cuestión previa, conviene aclarar que, técnicamente, se utiliza el término estresor para señalar cualquier situación que provoca tensión o malestar; afrontamiento, se refiere a las formas de enfrentar y manejar las situaciones; y se usa el término consecuencias para señalar los diferentes efectos perniciosos en la salud y bienestar.

Los diversos modelos teóricos que tratan de explicar el estrés laboral se centran fundamentalmente en las interacciones entre los trabajadores y las condiciones estresantes, y sus posibles consecuencias. A continuación, se describen brevemente, siguiendo un orden cronológico, los dos que tienen más reconocimiento y que cumplen con el requisito de una evidente aplicación en las empresas.

Para el modelo demandas y control (Karasek, 1998), las demandas son las exigencias, por ejemplo, cuánto se trabaja, la presión del tiempo o cuanta atención mental se necesita para desempeñar una tarea. El control tiene que ver con cómo se trabaja, y consta de dos componentes: la autonomía (posibilidad que tiene la per-

sona de influir en las decisiones relacionadas con su trabajo) y el grado en que el trabajo permite expresar habilidades y destrezas, así como desarrollar las capacidades personales (por ejemplo, creatividad). Entonces, la idea básica es que un puesto de trabajo con altas demandas (por ejemplo, sobrecarga de trabajo) y bajo control (por ejemplo, escasa autonomía) provocará tensión y malestar en el trabajador.

Este modelo demandas/control fue ampliado con la introducción de la variable apoyo social. El apoyo social hace referencia a las relaciones tanto con los compañeros como con los superiores, y se define como la creencia que tiene un trabajador de que es valorado y estimado, que otras personas se preocupan por él y que quieren y pueden ayudarlo. La función del apoyo social es fundamental para aumentar la capacidad de hacer frente a una situación de estrés.

Por lo tanto, los puestos de trabajo con grandes demandas y escaso control y también con falta de apoyo social, serían los más perjudiciales para la salud. Desde este modelo, las demandas son contempladas menos un problema de los trabajadores que de la organización: no depende de las características individuales sino, más bien, de las condiciones laborales y del diseño de los puestos de trabajo.

En segundo lugar, el modelo demandas y recursos (Job Demands/Resources model o JD-R model; Bakker y Demerouti, 2013) pretende visibilizar tanto los estresores laborales como los recursos motivadores existentes en el entorno laboral y comprender, explicar y pronosticar el bienestar de los empleados.

Señala que los puestos de trabajo vienen definidos por demandas y recursos. Las demandas (que pueden ser físicas, mentales y emocionales), se consideran estresores cuando requieren del trabajador un esfuerzo elevado y mantenido en el tiempo para conseguir determinado rendimiento. Los recursos son aquellos aspectos físicos, psicosociales y organizativos que tienen la capacidad de atenuar las exigencias de las demandas; es decir, que pueden reducir la percepción de las demandas y, por lo tanto, las respuestas negativas asociadas. Demandas y recursos desencadenan dos procesos que tienen cierta independencia: por una parte, de deterioro de la salud, y, por otra parte, motivacional. De esta forma, mientras que las demandas laborales predicen la salud, los recursos pronostican la satisfacción laboral, la motivación y el engagement.

Entonces, el modelo JD-R propone que, excepto cuando la combinación es altas demandas y altos recursos, habrá comportamientos desajustados; por ejemplo, altas demandas de trabajo y bajos recursos que llevan a consecuencias perjudiciales para la salud mental. En este proceso, los recursos personales representan un papel importante. Los recursos personales son autoevaluaciones positivas referidas a la percepción de la capacidad propia para controlar e influir en las situaciones laborales; cuanto mayores sean los recursos personales que posee un

trabajador (por ejemplo, la autoeficacia o la resiliencia en el caso de situaciones laborales adversas) mejor será el afrontamiento y se experimentará menos malestar. En suma, el trabajador con altos recursos personales tendrá más capacidad para prevenir los efectos negativos en la salud que provocan las demandas, pues amortiguan el impacto de éstas, y aumentan la motivación y el engagement.

El engagement hace referencia a la vinculación psicológica con el trabajo, y se define como un estado mental positivo, satisfactorio y relacionado con el trabajo, compuesto por tres dimensiones: vigor, dedicación y absorción. El vigor se caracteriza por una gran voluntad de dedicar el esfuerzo al trabajo y la persistencia ante las dificultades. La dedicación se refiere a estar fuertemente involucrado en el trabajo y experimentar una sensación de entusiasmo, inspiración, orgullo, reto y significado. La absorción describe estar totalmente concentrado e inmerso en el trabajo, de tal manera que el tiempo pasa rápidamente y se experimenta desagrado por tener que dejarlo.

Los empleados con engagement tienen energía, actitudes positivas hacia el trabajo, experimentan buena salud mental y mejor desempeño que aquellos que no lo están. Para su evaluación, se puede utilizar la versión española de la escala Utrecht de engagement en el trabajo (Utrecht Work Engagement Scale, UWES) original de Schaufeli y Bakker (2003).

El enfoque de la psicología positiva se ha extendido en los últimos años y ha aportado el constructo capital psicológico que subraya la importancia de los recursos o fortalezas en la salud mental y el bienestar. El capital psicológico es el recurso personal más importante. Se define como un estado psicológico positivo que se caracteriza por autoeficacia o tener confianza para afrontar retos y tareas difíciles; optimismo o realizar atribuciones positivas sobre el éxito-fracaso actual; esperanza o visualizar y preservar en los objetivos y en las metas; y resiliencia o capacidad de recuperarse e incluso salir fortalecido de la adversidad. La investigación sobre capital psicológico indica que los cuatro componentes (autoeficacia, resiliencia, optimismo y esperanza) tienen un vínculo común subyacente de manera que el conjunto tendrá un efecto mayor sobre la salud mental que cada una de las dimensiones por separado.

Una escala que se puede utilizar para evaluar el capital psicológico es la denominada OREA (Meseguer, et al., 2017).

Expuesto todo lo anterior, entonces, para prevenir y controlar las consecuencias negativas de las demandas o estresores en la salud resultaría necesario una doble estrategia: disminuir las demandas laborales e incrementar los recursos disponibles.

2.1.2. Los componentes básicos del proceso de estrés laboral

2.1.2.1. Los estresores o situaciones de estrés laboral

Durante las últimas décadas, se han realizado grandes esfuerzos por identificar y clasificar las situaciones de estrés laboral, tarea que resulta de gran complejidad debido a que cualquier evento puede ser percibido así. Los distintos estresores se suelen clasificar en función de la especificidad del momento en que se desencadenan, su duración, frecuencia e intensidad. Según esto, se distinguen cuatro tipos de estresores: desastres, agudos, crónicos y pequeños estresores de la vida diaria. Los desastres tienen un comienzo muy claro, suelen ser de corta duración, son muy poco frecuentes y de extremada intensidad (por ejemplo, un accidente laboral muy grave). Los estresores agudos tienen un comienzo definido, son de corta duración y poco frecuentes, pero intensos (por ejemplo, ser despedido del trabajo o ser trasladado a un puesto poco apreciado). Los estresores crónicos no tienen un comienzo tan bien definido, se repiten con frecuencia, la duración suele ser larga, y la intensidad media o baja (por ejemplo, las malas relaciones con los superiores o la inseguridad en el puesto de trabajo). Por último, los pequeños estresores de la vida diaria tienen un comienzo definido, son frecuentes y de baja intensidad (por ejemplo, el tráfico diario que con frecuencia provoca llegar tarde al trabajo).

En cuanto a su origen, en la literatura científica se encuentran diversas clasificaciones de las fuentes principales de estrés en el trabajo que aquí identificaremos como factores psicosociales de riesgo y que se tratarán detenidamente más adelante (ver apartado 2.2).

2.1.2.2. El afrontamiento

El afrontamiento (coping) se refiere a la manera como las personas se enfrentan y manejan las situaciones estresantes. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento serían los pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que las personas pueden utilizar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación estresante.

Un buen número de estudios ha intentado clasificar los distintos tipos de afrontamiento. Pero, tal vez, la clasificación más usual es la de Lazarus y Folkman (1984), que distinguen tres estilos: centrado en los problemas, centrado en las emociones y centrado en la valoración. El primero incluye la búsqueda de información y la resolución de los problemas. El segundo, trata la regulación y la expresión de las emociones. Y, el tercero, procura controlar la valoración de las situaciones de estrés.

2.1.2.3. Las consecuencias negativas del estrés laboral

Las consecuencias negativas del estrés laboral pueden ser agrupadas en varias categorías: enfermedades y patologías físicas, problemas psicosomáticos, alteraciones psicológicas y comportamentales, y problemas familiares y organizativos. Dentro del primer grupo, las cardiovasculares son seguramente las más conocidos. Le siguen algunos tipos de úlceras, principalmente las de duodeno, y otras alteraciones gastrointestinales, así como el descenso en la resistencia ante enfermedades infecciosas. También se hace responsable al estrés de la aparición de una gran variedad de problemas psicosomáticos como los dolores de espalda y de cabeza (por ejemplo, las cefaleas de tensión producidas por la contracción sostenida de los músculos de la cabeza y cuello). Las alteraciones psicológicas más comunes son los síntomas de ansiedad y depresión, descenso de la autoestima, incremento de la irritabilidad y falta de motivación. Entre los problemas comportamentales destacan las alteraciones en los hábitos de comida y de sueño, consumo de alcohol, tabaco, drogas y fármacos. En cuanto a las consecuencias familiares destacan los problemas en la relación de pareja y con los hijos, y con otros familiares (padres, hermanos, etc.), y el deterioro económico del ámbito familiar. Finalmente, dentro de las organizativas destacan la disminución de la producción, el incremento de los accidentes de trabajo, el absentismo y la rotación externa.

Una repercusión que merece mención especial es el burnout o desgaste ocupacional (también emocional) provocado por el estrés laboral crónico. Este problema se tratará más adelante como un trastorno mental (ver el capítulo IV, apartado 4.7).

2.2. LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

Todos los trabajadores están expuestos a condiciones de trabajo que pueden derivar en riesgos. La cuestión principal aquí es qué riesgos de origen psicosocial se relacionan principalmente con los trastornos mentales. Este es un punto de partida esencial que obliga a revisar el concepto de factores psicosociales.

La interacción entre la persona (psique) y su entorno social de la empresa se representa mediante el término psicosocial refiriéndose a las interacciones con los compañeros de trabajo, con los superiores o con otras personas como proveedores, clientes o usuarios.

Los factores psicosociales en el trabajo vienen determinados por las condiciones de trabajo, la realización de la tarea, la organización social de la empresa y las características psicológicas de la persona. Las expresiones organización del trabajo y factores organizativos se utilizan muchas veces como sinónimo de factores psicosociales. Se trata de condiciones de trabajo que influyen en la salud men-

tal. Pero antes de abordarlos es indispensable recordar los conceptos normativos relacionados con la prevención de riesgos laborales que fundamentales para su adecuada comprensión.

2.2.1. Aspectos normativos fundamentales de prevención de riesgos laborales en relación con los factores psicosociales de riesgo.

Conviene destacar algunos puntos normativos para enmarcar adecuadamente los contenidos que se desarrollarán en profundidad en otros puntos más adelante.

La Ley 33/2011 General de Salud Pública, señala que 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, diagnósticos, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) señala en su artículo 4:

- a) "Se entenderá por prevención el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo".
- b) "Se entenderá como riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo". Aquí conviene precisar que la relación probabilidad/daño de los factores psicosociales es igual que las del resto de riesgos laborales; es decir, es función de la doble gradación del valor de la probabilidad y de la gravedad de sus consecuencias, lo que hace que pueda clasificarse de trivial, moderado, grave o intolerable.
- c) "Se considerarán como daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
- d) "Se entenderá como riesgo laboral grave e inminente aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores".
- e) "En el caso de exposición a agentes susceptibles de causar daños graves a la salud de los trabajadores, se considerará que existe un riesgo grave e inminente cuando sea probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato

una exposición a dichos agentes de la que puedan derivarse daños graves para la salud, aun cuando éstos no se manifiesten de forma inmediata”.

f) “Se entenderán como procesos, actividades, operaciones, equipos o productos potencialmente peligrosos aquellos que, en ausencia de medidas preventivas específicas, originen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores que los desarrollan o utilizan”.

g) “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:

a) Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.

b) La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.

c) Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.

h) 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”.

i) “Se entenderá por equipo de protección individual cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin”.

Además, el artículo 14 indica que “los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo”.

El artículo 15.1., establece que se debe “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 de producción, con miras, en particular, atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud”.

El artículo 15.1.g) describe que se ha de planificar la prevención “buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo”.

El artículo 16.2.a) recoge la obligación de gestionar todos los riesgos, incluidos por tanto los psicosociales, para lo cual “el empresario deberá realizar una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores, teniendo en cuenta, con carácter general, la naturaleza de la actividad, las características de los puestos de trabajo existentes y de los trabajadores que deban desempeñarlos (...) La evaluación será actualizada cuando cambien las condiciones de trabajo y, en todo caso, se someterá a consideración y se revisará si fuera necesario, con ocasión de los daños para la salud que se hayan producido”.

Respecto a las características y contenido de la vigilancia de la salud, que se indican en el artículo 22 de la LPRL, como el Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997, de 17 de enero), en el artículo 37.3, establecen la obligatoriedad de llevar a cabo por parte de las empresas la evaluación de los riesgos, incluidos los psicosociales, así como la adecuada vigilancia de la salud específica frente a los mismos.

Por otro lado, el Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 39/1997, de 17 de enero) señala:

a) Artículo 4.1.a) con respecto al contenido general de la evaluación: “la evaluación inicial de los riesgos que no hayan podido evitarse deberá extenderse a cada uno de los puestos de trabajo de la empresa en que concurren dichos riesgos teniendo en cuenta las condiciones de trabajo existentes o previstas, tal y como quedan definidas en el apartado 7 del artículo 4 de la LPRL”.

b) El artículo 5 hace referencia al procedimiento de la evaluación y señala que “a partir de la información obtenida sobre la organización, características y complejidad del trabajo, sobre las materias primas y los equipos de trabajo existentes en la empresa y sobre el estado de salud de los trabajadores, se procederá a la determinación de los elementos peligrosos y a la identificación de los trabajadores expuestos a los mismos, valorando a continuación el riesgo existente en función de criterios objetivos de valoración (...) de manera que se pueda llegar a una conclusión sobre la necesidad de evitar o de controlar y reducir el riesgo”.

2.2.2. Definición de factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgo psicosocial laboral

Las empresas ponen en marcha los recursos necesarios (económicos, materiales, humanos, etc.) para producir determinados bienes y servicios. Así, confluyen distintos aspectos psicosociales y organizativos de manera que las continuas interacciones entre ellos conforman los factores psicosociales, por ejemplo, el horario de trabajo, las características del puesto de trabajo, la supervisión o la organización de las tareas.

Los términos factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo (o factores psicosociales de estrés) y riesgo psicosocial laboral pueden parecer similares y llevar a una notable confusión, aunque hay claras diferencias entre ellos.

Para el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) los factores psicosociales son las condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido de trabajo y la realización de la tarea, y que tienen la capacidad de afectar tanto al bienestar y la salud del trabajador, como al desarrollo del trabajo.

Los factores psicosociales no son en sí mismos negativos o positivos, sino que, el modo en que se presenten determinará su capacidad de significar un riesgo para la salud o de fomentarla. Así pues, unas condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición tanto de ciertas conductas y actitudes inadecuadas como de consecuencias perjudiciales para la salud y el bienestar del trabajador.

En general, un ambiente psicosocial saludable es el que permite que el trabajador pueda aplicar sus habilidades, tenga autonomía y posibilidades de escoger y decidir (experimentar control), interactuar con el resto de sus compañeros y recibir el apoyo suficiente para desempeñar adecuadamente sus tareas. Por lo tanto, los factores psicosociales no apropiados pueden contribuir a dañar la salud y el bienestar, pero cuando se estructuran adecuadamente pueden fomentar un estado óptimo.

Los riesgos psicosociales laborales son aquellos hechos o situaciones que no tendrían que aparecer nunca en el proceso de producción de bienes y servicios, pero que se presentan con motivo de las interacciones psicosociales (por ejemplo, la violencia laboral o el acoso psicológico) y que tienen una alta probabilidad de afectar gravemente la salud del trabajador.

En resumen, los factores psicosociales serían las condiciones psicosociales y organizativas del trabajo que están presentes en el contexto laboral y organizativo.

Pero cuando son disfuncionales pasarían a ser estresantes, es decir, factores psicosociales de riesgo, pues tienen una alta probabilidad de provocar respuestas de estrés y perjudicar la salud. Y un riesgo psicosocial laboral sería todo fenómeno psicosocial indeseable que tiene una alta probabilidad de dañar gravemente la salud del trabajador. Por último, son daños de origen psicosocial cualquier patología derivada de los factores psicosociales de riesgo y de los riesgos psicosociales laborales, que se manifiesta principalmente en problemas de salud mental y malestar.

Finalmente, es necesario precisar dos vertientes del concepto riesgo psicosocial, una afecta a la organización de la empresa y su entorno social, que es responsabilidad del empresario, mientras que la otra interesa al trabajador individualmente, se encuentra dentro de su esfera de privacidad e intimidad, y solamente podría ser tratada en el marco de la vigilancia de la salud con todas las particularidades y garantías en cuanto a la voluntariedad y confidencialidad de los datos previstas en el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) o en el marco de las políticas sanitarias de promoción de la salud en los lugares de trabajo que tienen carácter voluntario.

2.2.3. Clasificación de los factores psicosociales de riesgo

Se pueden encontrar diferentes clasificaciones competentes de los factores psicosociales de riesgo. Así, en el documento Directrices Básicas para la Gestión de los Riesgos Psicosociales del INSTT, se realiza una clasificación de los factores psicosociales y sus componentes de gran utilidad descriptiva (ver la Tabla 2.1.).

Tabla 2.1. Clasificación de los factores psicosociales de riesgo y sus características

Contenido de trabajo: Ciclos muy cortos, fragmentación, complejidad excesiva, trabajo sin sentido, duración excesiva o demasiado corta, repetitividad, poca variedad, escaso valor de las tareas, desajuste capacidades-exigencias, exigencias emocionales importantes o continuadas, tareas que generan riesgo de violencia, etc.

Carga de trabajo / ritmo de trabajo: Sobrecarga o infra carga, ritmo alto o impuesto o inadecuado, plazos inflexibles mal planificados o no adaptados, niveles concentración/atención continuada, interrupciones, consecuencias de los errores, imprevisibilidad, tiempos de ejecución estrictos y/o inadecuados, información insuficiente, multitarea, necesidad de actualización permanente, etc.

Tiempo de trabajo: Nocturnidad, turnicidad, duración excesiva de la jornada, irregularidad de horarios, imprevisibilidad de horarios, descansos insuficientes, trabajar los fines de semana, disponibilidad constante, hiperconectividad, etc.

Participación/Control: Falta de autonomía temporal o decisional, dificultad para tener iniciativa y participación, imposibilidad de realizar propuestas, déficit de liderazgo, etc.

Desempeño de rol: Indefinición de rol, conflicto con valores propios, papeles o funciones contradictorias entre sí, ambigüedad, sobrecarga, responsabilidad sobre personas, etc.

Desarrollo profesional: Promoción inadecuada o insuficiente, estancamiento carrera profesional, condiciones contractuales precarias, inadecuada remuneración, insuficiente formación o capacitación, déficit de compensación, reconocimiento o estatus, inequidad, etc.

Relaciones interpersonales/apoyo social: Escaso o inadecuado apoyo social, mala calidad de relaciones personales, situaciones conflictivas, desconfianza, aislamiento social, etc.

Equipos de trabajo y exposición a otros riesgos: Tecnologías, equipos materiales, herramientas, diseño, mantenimiento, adecuación, entorno físico, exposición a peligros, etc.

Fuente: Directrices Básicas para la Gestión de los Riesgos Psicosociales (INSST, 2022, pp. 16-17).

Pero la más ampliamente aceptada es la propuesta por el grupo Psychosocial Risk Management Excellence Framework (PRIMA-EF) que, además, es la adoptada por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, y el CT 104/2021 de la ITSS.

A continuación, se expondrán los incluidos aquí (ver Tabla 2.2.) y se ampliará con los principales riesgos emergentes.

Tabla 2.2. Clasificación de los factores psicosociales y de sus características

Aspectos psicosociales del trabajo	Riesgos psicosociales asociados.
Contenido de trabajo	Falta de variedad o ciclos de trabajo; trabajo fragmentado o sin sentido; subutilización de habilidades; alta incertidumbre; exposición continua a clientes, pacientes, alumnos, etc. difíciles.
Carga de trabajo y ritmo de trabajo	Sobrecarga de trabajo o muy poco trabajo, ritmo de la máquina, altos niveles de presión de tiempo, continuamente sujeto a restricciones y plazos.
Horario de trabajo	Trabajo por turnos, turnos de noche, horarios de trabajo inflexibles, horarios impredecibles, horarios largos o insociables.

Control	Baja participación en la toma de decisiones; falta de control sobre la carga de trabajo, el ritmo, el trabajo por turnos, etc.
Medio ambiente y equipamiento	Disponibilidad, idoneidad o mantenimiento inadecuado del equipo; malas condiciones ambientales como la falta de espacio, mala iluminación y ruido excesivo.
Cultura y función organizacional	Mala comunicación; bajos niveles de apoyo para la resolución de problemas y el desarrollo personal; mala gestión de apoyo; falta de definición o acuerdo sobre los objetivos organizacionales.
Relaciones interpersonales en el trabajo	Aislamiento social o físico, malas relaciones con los superiores, conflictos interpersonales; falta de apoyo social, acoso, intimidación, estilo de liderazgo deficiente, violencia de terceros.
Papel en la organización	Ambigüedad de roles, conflicto de roles, responsabilidad hacia las personas.
Desarrollo de carrera	Estancamiento e incertidumbre profesional, promoción insuficiente o excesiva, salarios bajos, inseguridad laboral, bajos niveles sociales y valor del trabajo.
Interfaz hogar-trabajo	Mala comunicación; bajos niveles de apoyo para la resolución de problemas y el desarrollo personal; mala gestión de apoyo; falta de definición o acuerdo sobre los objetivos organizacionales.

Fuente: Adaptado de Schulte et al., (2024).

2.2.3.1. El contenido y las características del trabajo

El contenido del puesto de trabajo, se refiere al conjunto de obligaciones, deberes y requerimientos asignado a una persona y que tiene que desempeñar. Son frecuentes los puestos que exigen escasas habilidades y destrezas; por ejemplo, poca variedad, autonomía, creatividad y mínimas oportunidades de interacción social. Todo lo anterior puede provocar en el trabajador el sentimiento de que el puesto que ocupa tiene poco sentido e importancia, y provocar insatisfacción laboral y efectos perjudiciales sobre su salud mental y bienestar.

2.2.3.2. La carga y el ritmo de trabajo

El desempeño de cualquier puesto de trabajo conlleva la combinación de exigencias físicas (trabajar con objetos), mentales (trabajar con datos) y emocionales (trabajar con personas) en distintos porcentajes. Entonces, se habla de trabajo físico, mental y emocional, según el esfuerzo principal que el trabajador tenga que realizar sea muscular, cognitivo o emocional.

La carga y el ritmo hacen referencia a la cantidad de trabajo exigido por un puesto en un determinado tiempo y puede provocar infra carga y sobrecarga. La sobrecarga de trabajo se produce cuando un trabajador se enfrenta a más demandas que le exigen realizar esfuerzos excesivos para alcanzar un rendimiento medio en un período de tiempo dado. Entre los factores que inciden, se pueden mencionar los plazos de ejecución, las cantidades de producción exigidas, la cadencia impuesta por las máquinas y aquellos que provienen de las demandas directas de personas (clientes, pacientes, etc.).

Por su importancia destaca la carga mental, entendida como la cantidad de esfuerzo mental o intelectual necesario para la realización de un trabajo. A la hora de analizar la carga mental es necesario contemplar una serie de aspectos: el tiempo de respuesta, la cantidad de información que se maneja y la complejidad de la tarea que se debe realizar. La carga mental puede dar lugar a situaciones de carga por exceso o por defecto derivando en sobrecarga y sub carga. Teniendo en cuenta lo anterior, y su relación con las capacidades del trabajador, encontramos las siguientes combinaciones especialmente perjudiciales:

a) La sobrecarga mental cuantitativa que se manifiesta cuando se deben realizar demasiadas tareas cognitivas en un corto período de tiempo. Sería sub carga si las exigencias son escasas.

b) La sobrecarga mental cualitativa hace referencia a la excesiva dificultad de las tareas, traducida en la puesta en práctica de habilidades y conocimientos avanzados por parte del empleado. En la medida en que la tarea requiere procesos de cálculo, toma de decisiones, recuperación de información de la memoria a largo plazo, etc., la tarea resultará más compleja y requerirá mayor esfuerzo cognitivo. Sería sub carga si las tareas son muy sencillas.

Como consecuencia de la sobrecarga, el trabajador suele presentar síntomas de fatiga mental relacionados como sensación de cansancio, somnolencia, falta de concentración e insatisfacción laboral.

La organización del trabajo deberá tener en cuenta el principio general de adaptación del trabajo a la persona, especialmente de cara a atenuar tanto la sobrecarga como el trabajo monótono y repetitivo.

2.2.3.3. El tiempo de trabajo

La estructura social vital está en buena medida determinada por las características temporales del trabajo. Así, la jornada y el horario del trabajo, la turnicidad y la nocturnidad, las guardias y retenes, los descansos entre jornadas, las pausas en el trabajo, los horarios especiales, etc., influyen de manera importante en la salud y bienestar de los trabajadores.

El sueño se regula por un centro neuronal situado en el hipotálamo cerebral cuya función es dar la señal al resto de las estructuras del cerebro para que se inicie y finalice. Este “reloj biológico”, en condiciones normales, se activa al acabar el día y disminuir la señal luminosa. Sin embargo, la exposición a la luz artificial (también a la exposición nocturna a teléfonos móviles, pantallas, ordenadores, tablets, etc.), puede contribuir a que no se active hasta varias horas más tarde.

Desde el punto de vista de la fisiología, lo ideal es que las horas de trabajo estén distribuidas durante el día, pues el ser humano está sometido a ritmos biológicos que influyen en el funcionamiento de su organismo y por la noche se produce una disminución de las capacidades físicas y cognitivas; por ejemplo, el tono muscular, la frecuencia cardíaca y la respiratoria, y la temperatura corporal experimentan variaciones a lo largo de la jornada; y la memoria a largo plazo se reduce y aumenta progresivamente a lo largo del día. Sin embargo, por motivos organizativos, ya sean técnicos (industrias que no pueden parar el proceso productivo, por ejemplo, las siderurgias y las cerámicas), por necesidad de atención continuada (por ejemplo, sanidad) o económicos (amortización de bienes y equipos), son numerosos los trabajadores que tienen trabajo a turnos y que trabajan de noche.

Es trabajo a turnos la organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos, de acuerdo con un cierto ritmo de trabajo. Este ritmo de trabajo puede ser:

a) Discontinuo: el trabajo se interrumpe por la noche y el fin de semana; supone, pues, dos turnos, uno de mañana y uno de tarde;

b) Semicontinuo: la interrupción es semanal; supone tres turnos, mañana, tarde y noche, con descanso los fines de semana; y

c) Continuo: el trabajo se realiza de forma ininterrumpida, todas las horas y durante todos los días de la semana. Implica para el trabajador la exigencia de prestar servicios en horas diferentes (mañana, tarde y noche) en un período determinado de días o de semanas.

Tiene la consideración de trabajador nocturno quien realice normalmente una parte no inferior a 3 horas de su jornada diaria, así como aquel que se prevea que pueda realizar una parte no inferior a un tercio de su jornada de trabajo anual dentro del horario nocturno (el que se realiza entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana).

El trabajo a turnos y nocturno plantea un conjunto de problemas de salud y bienestar. El trabajo nocturno influye en los ritmos biológicos (fundamentalmente el circadiano) dada la contradicción entre la actividad biológica y el ritmo laboral. Así, afecta al sueño, tanto en cantidad como en calidad.

De hecho, suele provocar excesiva somnolencia diurna, sueño poco reparador o trastornos iniciales del sueño, y también pueden aparecer síntomas ansiosos y depresivos. Igualmente, mantiene una relación directa con ciertos desórdenes fisiológicos; por ejemplo, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, obesidad y diabetes.

Además, influye en los hábitos alimentarios, pues sucede que, por ejemplo, la calidad de la comida no es la idónea, se suelen tomar con rapidez, la ingesta de los alimentos está mal repartida a lo largo de la jornada y, con frecuencia, se aumenta el consumo de café, tabaco y otros estimulantes. Por último, tiene consecuencias sobre la vida familiar y social del trabajador; y entre las más destacadas se encuentran la dificultad de conciliación de las responsabilidades laborales y familiares.

2.2.3.4. El control y la participación

El control y la participación están estrechamente ligados. Ambos se refieren a la posibilidad que tiene el trabajador para influir y tomar decisiones en la realización de sus actividades. La falta de control sería la escasa posibilidad del trabajador para intervenir sobre los diversos aspectos del desempeño del puesto. En concreto, la autonomía se refiere a en qué medida el trabajador tiene libertad para tomar decisiones, fundamentalmente, en cuanto al tiempo y los métodos de trabajo que se emplean; es decir, la posibilidad del trabajador para intervenir en el desarrollo de su trabajo a través de la elección del método y la determinación del ritmo.

2.2.3.5. Los roles laborales y su desempeño

El rol laboral se refiere al conjunto de comportamientos que se espera de un trabajador por ocupar un puesto determinado. Una persona puede tener varios roles laborales (por ejemplo, operario de línea y miembro del comité de seguridad y salud) y cada posición implica diferentes relaciones sociales y tipos de comportamientos. Por ejemplo, el puesto de jefe de mantenimiento mecánico supone no solo el rol de supervisor sino también otros roles relacionados con la producción o recursos humanos.

El inadecuado diseño de los puestos de trabajo conduce a disfunciones en el desempeño de los distintos roles laborales y que se manifiesten síntomas de ansiedad e insatisfacción laboral. Las principales son las siguientes:

- La sobrecarga de roles se refiere a la imposibilidad de representar de manera efectiva todos los roles asignados.
- La ambigüedad de roles alude a en qué medida la información de las tareas es concreta (claridad de rol) o confusa (ambigüedad de rol). La ambigüedad se pro-

duce cuando no están claramente definidas (qué debe hacerse, cómo, cantidad de trabajo esperada, etc.): el trabajador se desenvuelve en la incertidumbre, pues no sabe qué se espera de él.

- El conflicto de roles sucede cuando existen demandas contrapuestas, incompatibles, que aparecen simultáneamente y que impiden tomar una decisión rápida sobre qué hacer.
- El estrés de rol, se produce cuando un trabajador percibe simultáneamente conflicto y ambigüedad de roles.

En las últimas décadas, sobre todo con el crecimiento del sector de los servicios, ha cobrado especial importancia el rol emocional o la demanda de expresar emociones apropiadas o deseables en el trabajo impuestas por la empresa. Así, se denomina trabajo emocional al que obliga al trabajador a regular y expresar los sentimientos para crear manifestaciones corporales y faciales observables públicamente y de acuerdo con las normas organizativas.

El trabajo emocional tiene consecuencias perjudiciales para la salud y el bienestar del trabajador. Las investigaciones encuentran, entre otras los síntomas de ansiedad, insatisfacción laboral y burnout. La frecuencia de la emoción es fundamental: a mayor frecuencia de emociones forzadas, no sentidas, más repercusiones negativas. Pero también influyen la duración, la intensidad y la variedad de las emociones: durante cuánto tiempo, cómo de fuerte o qué tipo de emoción ha de ser expresada. Hay puestos que requieren expresar una emoción en concreto, pero la mayoría demandan distintas emociones, de forma que a mayor variedad peores consecuencias para el trabajador.

2.2.3.6. La cultura de la empresa

Toda empresa es una cultura, es decir, un conjunto de normas, creencias y valores que caracterizan el comportamiento de sus miembros. A medida que se socializa a los nuevos empleados, adquieren la cultura de la organización.

La cultura cumple varias funciones: transmite un sentido de identidad a sus miembros, facilita la creación de un compromiso con la organización, incrementa la estabilidad del sistema social al proporcionar normas adecuadas sobre lo que deben decir y hacer los empleados y, por último, es un mecanismo que controla y da sentido a las actitudes y al comportamiento. La cultura permite interpretar el comportamiento, lo explica, y fundamenta el compromiso y la cohesión entre los trabajadores.

Unas determinadas características culturales, en principio, no tienen por qué ser mejores que otras. Una cultura fuerte se describe como aquella donde los valores

centrales de la empresa son aceptados y compartidos sus los miembros; consecuentemente, influirá más en el comportamiento de los empleados que una cultura débil.

En este punto conviene mencionar la cultura preventiva o el conjunto de valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individual y de grupo, que determinan el compromiso hacia la seguridad, así como el estilo y competitividad de los programas de seguridad y salud de una organización.

De los distintos modelos de cultura de prevención, uno de los más utilizados y a título de ejemplo, es el denominado escalera de Parker. Este modelo indica la situación de la empresa en cuanto a su cultura preventiva en cinco categorías ascendentes, de peor a mejor: patológica, la empresa no manifiesta ningún interés en la prevención; reactiva, se responde a sucesos negativos (accidentes, etc.) o ante la probabilidad de sanción; formal, la prevención es percibida como algo intrínseco a un departamento, pero no está integrada en todos los estamentos de la organización; proactiva: cuando la empresa se implica activamente; y generativa, la prevención forma parte de la filosofía y políticas de la empresa.

No se debe confundir la cultura con el clima organizacional. El clima puede ser definido como las percepciones compartidas por los miembros de una organización acerca del modo en que suceden las cosas. Clima y cultura se solapan en buena medida. Los miembros de una empresa pueden describir sus características (el clima) de forma parecida y, sin embargo, interpretarlas de forma diferente debido a la influencia de la cultura. Por ejemplo, un estilo de liderazgo autoritario se puede valorar como negativo y restrictivo desde una determinada perspectiva, y como positivo y legítimo desde otra.

Tanto el clima como la cultura organizacional inadecuada pueden afectar la salud y bienestar. Entre las consecuencias más destacadas se encuentran los síntomas de ansiedad, la insatisfacción laboral y el burnout.

2.2.3.7. El ambiente y los equipos de trabajo

Las condiciones físicas del entorno de trabajo (temperatura, ruido, iluminación, vibraciones, etc.), afectan en función de su intensidad, cantidad y duración. Por ejemplo, un trabajador que esté expuesto a un nivel de ruido elevado puede ver alterados sus patrones de sueño e incrementar los síntomas de ansiedad.

Además, en los lugares de trabajo se emplean equipos, maquinaria, herramientas y software para el desempeño de las tareas. Las interacciones de los trabajadores con estos elementos pueden generar problemas: la puesta a disposición de material inadecuado, nocivo, obsoleto, con ausencia de mantenimiento o de seguridad, así como las malas condiciones físicas son estresores relevantes.

2.2.3.8. Las relaciones interpersonales en el trabajo

La interacción entre las personas en el trabajo es necesaria y fundamental para la coordinación de las diferentes actividades. La comunicación es un proceso esencial para el funcionamiento eficaz de cualquier grupo u organización. Básicamente, es el proceso de transmisión de significados desde un emisor hasta un receptor en el que se requiere tanto la comprensión del mensaje por parte del receptor como la respuesta de éste. Problemas habituales de la comunicación como las distorsiones, los rumores, las ambigüedades o las incongruencias suelen ser un buen caldo de cultivo para los conflictos interpersonales que desembocan en malestar e insatisfacción laboral.

Es importante que las relaciones personales no sean conflictivas y que estén marcadas por la colaboración y una actitud positiva dentro y fuera del trabajo. Aquí cobra especial relevancia el concepto de apoyo social, ya descrito, en el sentido que puede actuar como protector de las respuestas de estrés no deseadas.

También el liderazgo es crucial en las relaciones interpersonales. Básicamente, se trata de una relación de influencia social asumida tanto por el líder (supervisor) como por los seguidores (subordinados), y tiene una función central, sobre todo a la hora de dirigir un grupo de personas. El ejercicio inapropiado de determinados estilos de dirección o de mando influye en numerosos problemas de relaciones interpersonales en el trabajo. En general, se considera que quienes ocupan puestos de supervisión y mando y ejercen un estilo que permite autonomía dan lugar a mayor bienestar y satisfacción laboral entre los trabajadores. Aunque no hay que olvidar que los diferentes estilos de liderazgos podrán ser o no eficaces de acuerdo a la situación y la tarea que se deba realizar.

2.2.3.9. El desarrollo de la carrera profesional

La carrera profesional, conceptualizada como una secuencia de situaciones relacionadas con el ciclo de vida laboral de una persona es otro conjunto de estresores. A lo largo de la carrera profesional, se producen diversas transiciones que pueden dar lugar a un cambio de puesto de trabajo, de profesión o de orientación dentro de una profesión. A lo anterior se añade la falta de estabilidad en el puesto de trabajo y la incertidumbre respecto al futuro del trabajador en la empresa, la infra promoción y la promoción excesiva.

En los últimos años ha cobrado importancia la denominada experiencia del empleado (employee experience), que describe la percepción que tienen los empleados de las experiencias en su trayectoria laboral, desde la primera toma de contacto pasando por selección, contratación y desarrollo hasta que dejan de trabajar; en definitiva, se compone de todas las situaciones de gestión de recursos

humanos que un empleado experimenta durante su relación con la organización. Estas alternativas pueden suponer importantes efectos psicológicos: inseguridad, síntomas de ansiedad y depresión, disfunción social, etc.

2.2.3.10. La interacción y equilibrio entre la vida personal y el trabajo

Además de los cambios económicos y tecnológicos, los sociales, entre los que destaca que el significado del trabajo se modifica de generación en generación (por ejemplo, existen diferencias intergeneracionales en las necesidades y prioridad de valores así como en la orientación hacia el trabajo de distintas generaciones: baby boomer, nacidos entre 1946 y 1964, X entre 1965 y 1980, millennials o generación X entre 1981 y 1996, y centennials o generación Z a partir de 1997), han dado lugar a un nuevo escenario donde la búsqueda de una relación adecuada entre la vida laboral y personal es una prioridad para los trabajadores, fundamentalmente entre aquellos que tienen responsabilidades familiares.

La expresión equilibrio entre trabajo y vida personal se refiere a una gestión satisfactoria entre las horas dedicadas al trabajo y a la vida privada. Cuando esto no sucede, además de afectar a la persona en su salud y bienestar, afecta a la familia (insatisfacción familiar, menor apoyo social) y a la organización (por ejemplo, aumento de absentismo, de la rotación externa y de las intenciones de abandonar el trabajo).

Los factores psicosociales de riesgo descritos se han identificado como prioritarios a la hora de intervenir, pues son determinantes del deterioro de la salud mental y el bienestar, y se han clasificado como Áreas Clave o Estándares de Gestión Psicosocial según Health and Safety Executive (HSE). Además, este mismo organismo señala la importancia de las seis áreas clave a la hora del adecuado diseño del puesto de trabajo que si no se gestionan adecuadamente, se relacionan con malestar y la pérdida de salud, una menor productividad y con mayores tasas de accidentes y ausencias por enfermedad: las demandas, el control, el apoyo social, las relaciones interpersonales, los roles y el cambio organizativo.

2.3. LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EMERGENTES

Como se ha comentado antes, no hay una clasificación perfecta de los factores psicosociales de riesgo. Abundando en lo anterior, a continuación, se exponen una serie de condiciones de trabajo psicosociales emergentes desencadenantes de estrés con la idea de resaltar tanto las dificultades de las taxonomías generales como la importancia de estar atentos al desarrollo y a los cambios que se producen en las condiciones del trabajo.

2.3.1. Las tecnologías de la información y comunicación

En la actualidad, el trabajo y los lugares de trabajo están sometidos a cambios tecnológicos que tienen un impacto relevante en la aparición de riesgos laborales específicos, hasta ahora desconocidos, que inciden en la salud mental y bienestar. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), se refieren al conjunto de recursos, herramientas, equipos, programas informáticos, aplicaciones, redes y medios que permiten la compilación, procesamiento, almacenamiento y transmisión de información (por ejemplo, voz, datos, texto, video e imágenes). Su introducción en el ámbito laboral tiene importantes implicaciones: se transforman las tareas, se crean nuevos puestos de trabajo, y se modifican las estructuras organizativas y procesos como, por ejemplo, el de comunicación.

La aplicación de las TIC ha dado lugar al concepto de nuevas formas de trabajo (NFT) o aquellas actividades laborales que para su ejecución no dependen de un lugar y un momento concreto y que realizan trabajadores que operan utilizando dispositivos electrónicos (smartphones, ordenador portátil, tablets, etc.). Así, ahora, en muchos puestos de trabajo ya no se requiere la presencia física del trabajador. Surge, entonces, el teletrabajo o una forma flexible de organización del trabajo consistente en desempeñar un puesto fuera del lugar laboral habitual y durante una parte importante del horario, y que requiere el uso de las TIC para las relaciones entre el trabajador y la empresa.

Desde el punto de vista legal se distingue entre trabajo a distancia, teletrabajo y trabajo presencial (Ley 10/2021 de 9 de julio):

Trabajo a distancia: forma de organización del trabajo o de realización de la actividad laboral conforme a la cual esta se presta en el domicilio de la persona trabajadora o en el lugar elegido por esta, durante toda su jornada o parte de ella, con carácter regular.

Teletrabajo: aquel trabajo a distancia que se lleva a cabo mediante el uso exclusivo o prevalente de medios y sistemas informáticos, telemáticos y de telecomunicación.

Trabajo presencial: aquel que se presta en el centro de trabajo o en el lugar determinado por la empresa.

Entonces, básicamente, el teletrabajo se diferencia del trabajo a distancia por el uso de los sistemas tecnológicos de información y comunicación para realizar las tareas y para estar conectado, de manera virtual con la empresa. El teletrabajo puede ser síncrono o asíncrono: en el síncrono todos los empleados trabajan al mismo tiempo, aunque se encuentren en diferentes lugares, y en el asíncrono se realizan las tareas y comunican los resultados sin tener que estar en el mismo lugar o momento.

Una alternativa cada vez más frecuente es el teletrabajo híbrido, un modelo que combina el teletrabajo y el trabajo presencial. Puede darse de diferentes formas: 50%-50%, 60%-40%, etc., dependiendo de las necesidades de los empleados y de la empresa (por ejemplo, teletrabajar tres días y acudir a la oficina durante dos días).

Los teletrabajadores necesitan que se cumplan ciertas condiciones para poder desempeñar adecuadamente sus tareas. Una buena conexión a Internet es imprescindible; también programas propios de la empresa, así como otros generales (por ejemplo, software de videoconferencia, de procesamiento de datos y de texto) y el correo electrónico son herramientas fundamentales. Pero, además, es necesario que el trabajador posea competencias como, por ejemplo, flexibilidad, capacidad para colaborar virtualmente, para gestionar el tiempo y adaptación a los cambios. La formación permanente es esencial, ya que determinados conocimientos pueden tener una corta vigencia en función del ritmo de los cambios tecnológicos y organizativos.

Un problema añadido es que los trabajadores no están con frecuencia en las instalaciones de la organización, y salta la duda sobre los derechos que les asisten en materia de salud laboral. En el caso de estos trabajadores llamados "nómadas", es el empleador quien debe proporcionar los adecuados medios técnicos para evitar los riesgos (por ejemplo, teclado de ordenador, silla, reposamuñecas, etc.), pero la dificultad se encuentra en las medidas respecto al entorno de trabajo, ya que escapan al control del empleador debido a su variedad (por ejemplo, una cafetería, una sala de espera, etc.). Una gestión adecuada y la negociación de estos aspectos por parte de representantes sindicales y empleadores es el reto que se presenta cada vez con mayor fuerza en el entorno de las relaciones laborales actuales.

Una aproximación superficial a las NFT puede hacer pensar que predomina la libertad y posibilita el aprovechamiento del tiempo, pues se puede trabajar en una casa situada en el campo, en los momentos de espera en un aeropuerto, en las plazas de muchas ciudades, en un hotel o en los desplazamientos en tren. Es cierto también que favorece la relación entre la vida laboral y familiar; sin embargo, no está exenta de problemas que afectan a la salud y el bienestar del trabajador, principalmente, ergonómicos y psicosociales.

Los ergonómicos vienen determinados por el uso de pantallas de visualización de datos (PVD), por las inadecuadas posturas y la realización de movimientos repetitivos. Y como consecuencia, aparece la fatiga visual y mental, los problemas musculoesqueléticos, los movimientos repetitivos pueden provocar disfunciones como la tendinitis. En cuanto a los psicosociales, la deficiente distribución y organización del tiempo de trabajo, la demanda de disponibilidad permanente para responder a las tareas, el retraso en la realización de las tareas ya sea por la lentitud de equipos, plataformas o programas informáticos, el aislamiento y falta de relaciones sociales, y la dificultad para intercambiar conocimientos e información entre los

compañeros de trabajo son los más destacados. En cuanto a la salud, son frecuentes los síntomas de ansiedad y los conflictos entre la vida familiar y laboral.

Las TIC y su aplicación al trabajo trae consigo nuevas demandas que son potencialmente estresantes. Así, encontramos el tecnoestrés laboral o desajuste causado por la falta de recursos de un trabajador para tratar con las nuevas tecnologías. Ante la demanda de su uso la persona experimenta síntomas de ansiedad, actitudes escépticas, pensamientos negativos, a la vez que duda sobre la propia competencia para el uso de estas tecnologías.

La tecnofatiga se refiere a las consecuencias de la utilización excesiva de las TIC que se manifiesta en fatiga mental y en una falta de energía y motivación. Muy relacionada aparece la fatiga informativa que se caracteriza por sentimientos de cansancio y agotamiento mental a causa del manejo de un exceso de información (sobreinformación) que desborda las capacidades de la persona. Sucede cuando se tiene que atender y procesar una gran cantidad de información (procedente de libros, revistas, correos electrónicos, móviles y redes sociales). Los síntomas más destacados son de ansiedad, incapacidad analítica, falta de atención, conflictos interpersonales y toma de decisiones erróneas.

Además, el empleo de las TIC conduce a distintos comportamientos que pueden resultar perjudiciales para la salud y el bienestar. Así, el multitasking (multitarea) consiste en la utilización prácticamente simultánea de varios dispositivos y programas informático, por ejemplo, se atiende al teléfono móvil (llamadas y WhatsApp), correo electrónico, programas en el ordenador a la vez que se está en una video reunión, etc.

Otro comportamiento nocivo es la tecno adicción o necesidad irracional de estar conectado a todas las horas, y la incontrolable compulsión de utilizar las TIC en cualquier momento y lugar; por ejemplo, cuando en una reunión se está más pendiente del dispositivo que del tema que se está tratando. La tecno adicción está relacionada con la neofilia o necesidad de estar al día y disponer de los últimos avances tecnológicos, y con la nomofobia o miedo irracional a quedarse sin conexión en los dispositivos móviles por no tener red o por el agotamiento de las baterías.

Un punto crucial en la problemática que se está revisando es la permanente conectividad de las personas con el trabajo a través de las TIC, lo que puede derivar en que invada la intimidad del trabajador. Esta invasión tecnológica aumenta el tiempo de trabajo y reduce el de ocio, imposibilita diferenciar entre las actividades laborales, privadas y domésticas y, en consecuencia, afecta al descanso y la recuperación del esfuerzo laboral realizado.

La tecno invasión influye en los patrones y calidad del sueño, debido en parte a las señales sonoras y luminosas emitidas por los dispositivos que indican la recepción de mensajes e información, y también al hecho de no tener tiempo suficiente de descanso entre el fin de la jornada laboral y la hora de ir a dormir. Incluso se da el caso de trabajadores que terminan sus tareas en el mismo dormitorio. Además de los problemas que esto conlleva en la calidad de vida, son frecuentes las distracciones que provocan aumento de errores y descenso del rendimiento, y también se incrementa el número de accidentes por fatiga y falta de atención.

La problemática relatada ha provocado la necesidad de la desconexión digital que se traduce en reconocer el derecho que tienen los empleados a que fuera del horario laboral o durante los períodos de descanso o vacaciones, no tengan la obligación de atender ningún dispositivo o software de la empresa, así como a no contestar o responder llamadas, mensajes de texto, correos electrónicos, videoconferencias o cualquier otra forma de comunicación digital y a la opción de desconectar dichos dispositivos. Además, es obligatorio que las empresas cuenten con un protocolo de desconexión digital en el que se reconozca la política interna y las medidas que la empresa adapta para garantizar el derecho a la desconexión digital.

2.3.2. El control y la supervisión de los trabajadores mediante las TIC

Las TIC aumentan las posibilidades de controlar al trabajador; es decir, de recopilar, almacenar y analizar por medios informáticos datos sobre las actividades de los trabajadores.

La tecnología de control de los trabajadores pueden estar basadas en audio (por ejemplo, el reconocimiento automático de voz); en bioseñales (como las pulsaciones); en tecnologías de visión artificial (por ejemplo, las de reconocimiento de expresiones faciales); a partir de texto escrito (como los tuits); basadas en la interacción (como el uso del ratón y el teclado del ordenador, sistemas globales de navegación); a partir de preguntas que se deben responder, y a través de entrevistas (utilizando, por ejemplo, un chat bot). Un añadido importante que aparece con la utilización de las TIC en el lugar de trabajo, y que tiene efecto en la salud y bienestar, es el uso de dispositivos que se llevan puestos o que se sitúan en una parte del cuerpo concreta (los denominados wearable; por ejemplo, los relojes inteligentes, auriculares, gafas inteligentes, un anillo o un collar) y que tienen una funcionalidad específica.

Una consecuencia de lo anterior la tenemos en la supervisión electrónica del rendimiento. Tradicionalmente, el rendimiento se ha evaluado mediante la observación directa, el examen de muestras de trabajo, opinión de clientes y usuarios, y el aná-

lisis de informes realizados por los superiores. La supervisión electrónica modifica el entorno psicosocial del trabajo, afectando a las exigencias del puesto, las retribuciones, la equidad y la intimidad.

El control electrónico del rendimiento tiene beneficios (por ejemplo, ayuda a detectar necesidades de formación o facilita el teletrabajo), pero también se relaciona con desventajas, como, por ejemplo, aumenta los síntomas de ansiedad y puede interferir las adecuadas relaciones interpersonales entre compañeros, y entre empleados y supervisores.

2.3.3. El aumento artificial del rendimiento mediante el consumo de sustancias

El consumo de fármacos sin motivos médicos y como potenciadores de las funciones cognitivas están comenzando a ser habituales entre los algunos trabajadores. Estos medicamentos supuestamente mejoran el rendimiento mental (por ejemplo, la concentración o la memoria). Además, también pueden reducir la ansiedad asociada con la ejecución de determinadas tareas.

Algunos grupos profesionales, por sus especiales condiciones laborales, pudieran ser propensos a consumir fármacos potenciadores del rendimiento o abusan de ellos, por ejemplo, los transportistas de larga distancia con estimulantes, principalmente anfetaminas; los trabajadores a turnos (por ejemplo, servicios de vigilancia, de emergencia y sanitarios) con fármacos que les permiten permanecer despiertos y compaginar mejor el trabajo con la vida personal; así como, otros colectivos en entornos laborales sometidos a presión o fuerte competencia (por ejemplo, los intermediarios financieros, personal docente y sanitario).

El consumo regular de diferentes sustancias hace que se afronten mejor las exigencias del trabajo, se superen los desfases horarios y aumente el rendimiento, pero también puede llevar a que se prolonguen las jornadas, se asuma más carga de trabajo y se lleve un ritmo más acelerado. Todo ello traerá consigo consecuencias para la salud y bienestar: adicciones, tensión y agotamiento, amén de comportamientos contra productivos y enfermedades derivadas.

Las actuales estrategias en materia de prevención de riesgos laborales suelen basarse en la presunción de que el consumo de sustancias (incluyendo el alcohol) constituye básicamente una actividad extralaboral que genera problemas de tipo laboral. El enfoque tradicional se centra en el trabajador como persona que consume y abusa de las sustancias, considerándolo un problema que debe tratarse de manera disciplinaria o a través de programas asistenciales. Se trata de un enfoque que hace abstracción del entorno laboral como tal y de la interrelación entre el trabajador y sus condiciones de trabajo. Otro de los problemas derivados es si la

empresa debe y puede averiguar si sus trabajadores consumen fármacos para afrontar el trabajo y la forma de hacerlo. En el marco de la vigilancia de la salud puede surgir la falta de información, pues los trabajadores suelen no desear que se les asocie con el consumo de estos fármacos o no considerarlas como drogas.

Un enfoque preventivo debería considerar identificar y adaptar las condiciones del trabajo como pueden ser los horarios demasiado largos, las fuertes exigencias y presiones del trabajo, que llevan a los trabajadores a recurrir a las distintas sustancias. Por tanto, las políticas y procedimientos de la empresa deben partir del supuesto de que es una práctica perjudicial, aunque el consumo de estas sustancias tenga el objetivo de aumentar el rendimiento.

2.3.4. La violencia psicológica: los distintos tipos de acoso en el lugar de trabajo

La violencia laboral es un riesgo psicosocial y se refiere a toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable y que da lugar a que una persona sea agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia de la misma (OIT, 2003). Comprende tanto la violencia física (por ejemplo, la agresión física de un trabajador sobre otro) como la violencia psicológica (intimidación, amenazas, insultos, gestuales u otros hostiles, ya sean ocasionales o de conductas continuadas, etc.).

En este punto se presenta información sobre el riesgo que supone para la salud de las personas la exposición a violencia psicológica en el trabajo en sus distintas manifestaciones: el acoso sexual, el acoso por razón de sexo, el acoso discriminatorio, y el acoso psicológico o moral.

2.3.4.1. El acoso sexual, el acoso por razón de sexo y el acoso discriminatorio

El artículo 7.1 de la Ley Orgánica 3/2007 de 23 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, considera 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.

Hay dos manifestaciones claras de acoso sexual: el chantaje sexual y el ambiental. El chantaje sexual (también conocido como acoso de intercambio) implica que la aceptación o negativa de la víctima a realizar un acto de contenido sexual pueda tener efectos sobre su empleo y condiciones de trabajo (por ejemplo, no ser despedido, la promoción profesional, el salario, condiciones laborales, etc.). En este tipo

de acoso participa una persona de superior jerarquía o que, sin serlo, puede influir en decisiones importantes que afectan a la carrera profesional de la víctima.

El acoso sexual ambiental tiene como característica principal que los sujetos activos mantienen una conducta de naturaleza sexual, de cualquier tipo, que tiene como consecuencia, buscada o no, generar un contexto intimidatorio, hostil, humillante u ofensivo. La condición afectada es el entorno y el ambiente de trabajo.

El acoso por razón de sexo, se refiere a cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo. Se entiende discriminación directa por razón de sexo todo trato desfavorable relacionado con el embarazo, la maternidad, paternidad o asunción de otros cuidados familiares. El acoso discriminatorio contempla toda conducta 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.

El condicionamiento de un derecho o de una expectativa de derecho a la aceptación de una situación constitutiva de acoso sexual o por razón de sexo se considerará también acto de discriminación por motivación sexual.

Finalmente, se considerará acoso discriminatorio por orientación sexual las conductas u otras acciones contra una persona por su orientación sexual que pueda considerarse ofensiva, humillante, violenta, intimidatoria, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y crear un entorno discriminatorio.

Para reconocer si se ha producido una situación de acoso sexual se debe atender al criterio establecido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su Convenio III y la Recomendación de las Comunidades Europeas 92/131, de 27 de noviembre de 1991, que establecen que se tienen que dar tres condiciones: que los comportamientos sean de carácter sexual; que sean indeseados, irrazonables y ofensivos para la persona objeto de ésta; y que creen un entorno laboral intimidatorio, hostil y humillante para la persona que es objeto de ella.

Tabla 2.3. Ejemplos de conductas que pueden constituir acoso sexual

- Contacto físico deliberado, no solicitado e innecesario tales como tocamientos, roces, palmadas o pellizcos.
- Comentarios y observaciones insinuantes y comprometedoras acerca de la apariencia u aspecto.

- Miradas o gestos de carácter sexual que incomoden.
- Chistes de carácter sexual dirigidos directamente a una persona.

Tabla 2.4. Ejemplos de conductas que pueden constituir acoso sexual por atención sexual indeseada:

- Invitaciones reiteradas a iniciar una relación sexual a pesar del rechazo manifiesto.
- Contacto físico deliberado, no solicitado e innecesario tales como tocamientos, roces, palmadas o pellizcos.
- Miradas o gestos lascivos que incomoden, especial atención o amabilidad hacia una persona que detecta, detrás de dicho trato especial, un interés sexual que no desea corresponder.

Tabla 2.5. Ejemplos de conductas que pueden constituir acoso sexual por chantaje sexual:

- Ofrecimiento o insinuación de recibir algún tipo de recompensa por someterse a ciertos requerimientos sexuales.
- Ofrecimiento o insinuación de recibir algún tipo de represalia si no se accede a cooperar a ciertos requerimientos sexuales.

Tabla 2.6. Ejemplos de conductas que pueden constituir acoso sexual por ambiente sexista:

- Chistes y bromas que resulten ofensivas.
- Mostrar material que resulte humillante u ofensivo por su carácter sexista.

Tabla 2.7. Ejemplos de conductas que pueden constituir acoso por razón de sexo:

- Asignar tareas sin sentido o imposibles de lograr (plazos irracionales) a una persona en función de su sexo.
- Asignar una persona a un lugar de trabajo de responsabilidad inferior a su capacidad o categoría profesional, únicamente por su sexo.
- Ignorar aportaciones, comentarios o acciones (excluir, no tomar en serio).
- Utilizar humor sexista.

- Ridiculizar, menospreciar las capacidades, habilidades y el potencial intelectual de las personas por razón de su sexo.
- Ridiculizar a las personas que asumen tareas laborales que tradicionalmente ha asumido el otro sexo.
- Denegar permisos a los cuales tiene derecho una persona, de forma arbitraria y por razón de su sexo.
- Despreciar el trabajo realizado por personas de un sexo determinado.
- Utilizar formas denigrantes de dirigirse a personas de un determinado sexo.
- Utilizar gestos que produzcan un ambiente intimidatorio.
- Sabotear el trabajo o impedir –deliberadamente– el acceso a los medios adecuados para realizarlo (información, documentos, equipamiento).
- Ejecutar conductas discriminatorias por el hecho de ser mujer u hombre.
- Provocar acercamientos.
- Arrinconar, buscar deliberadamente quedarse a solas con la persona de forma innecesaria para intimidar.
- Realizar un acercamiento físico excesivo.
- Llegar a la fuerza física para mostrar la superioridad de un sexo sobre otro.

Tabla 2.8. Ejemplos de conductas que pueden constituir acoso por orientación sexual:

- Acciones discriminatorias por razón de la orientación sexual de una persona.
- Dirigirse con maneras ofensivas a la persona.
- Ridiculizar a la persona en relación a su orientación sexual.
- Utilizar humor homófobo, lesbófobo o bífobo.
- Menospreciar el trabajo que se ha hecho con razón de la orientación sexual de una persona.
- Ignorar aportaciones, comentarios o acciones.

Tabla 2.9. Ejemplos de conductas que pueden constituir acoso por expresión o identidad de género:

- Negarse a nombrar a una persona trans como requiere o utilizar deliberadamente artículos o pronombres no correspondientes al género con el que se identifique.
- Menospreciar las capacidades, las habilidades y el potencial intelectual de la persona en relación a su identidad de género.
- Ignorar o excluir aportaciones, comentarios o acciones por razón de su expresión o identidad de género.

2.3.4.2. El acoso psicológico en el trabajo

El acoso psicológico (también denominado mobbing) es una situación desencadenante de estrés, un acontecimiento traumático que puede desembocar en un trastorno mental.

La Resolución de 5 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se aprueba y publica el Acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado (BOE, 11 de junio de 2011), que recoge en buena parte la definición que aparece en la NTP 854 del INSHT, y considera acoso psicológico o moral la exposición a conductas de violencia psicológica intensa, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo hacia una o más personas, por parte de otra/s que actúan frente a aquella desde una posición de poder –no necesariamente jerárquica sino en términos psicológicos–, con el propósito o el efecto de crear un entorno hostil o humillante que perturbe la vida laboral de la víctima. Dicha violencia debe darse en el marco de una relación de trabajo, pero no responde a las necesidades de organización del mismo, y supone tanto un atentado a la dignidad de la persona, como un riesgo para su salud.

Tabla 2.10. Ejemplos de conductas que podrían ser consideradas de acoso psicológico:

- Dejar al trabajador de forma continuada sin ocupación efectiva, o incomunicado, sin causa alguna que lo justifique.
- Dictar órdenes de imposible cumplimiento con los medios que al trabajador se le asignan.
- Ocupación en tareas inútiles o que no tienen valor productivo.

- Acciones de represalia frente a trabajadores que han planteado quejas, denuncias o demandas frente a la organización, o frente a los que han colaborado con los reclamantes.
- Insultar o menospreciar repetidamente a un trabajador/a.
- Reprender a un trabajador/a reiteradamente delante de otras personas.
- Difundir rumores falsos sobre su trabajo o vida privada.
- Asignar a una persona tareas muy por debajo de sus capacidades.
- Asignar tareas degradantes.
- Críticas permanentes a la vida privada de una persona.
- Gritarle, insultarle.
- Críticas permanentes del trabajo de la persona.
- Amenazas verbales.
- Difusión de rumores ofensivos sobre una persona.

Para que una conducta pueda ser calificada de acoso psicológico o moral, requerirá que cumpla todas las condiciones que se han subrayado en la definición. Es importante señalar que no tendrán, por tanto, dicha consideración:

- Aquellas conductas que se producen desde una relación simétrica y definen un conflicto entre las partes en el ámbito del trabajo, bien sea de carácter ocasional, en un momento concreto, o permanente.
- Las acciones de violencia realizadas desde una posición prevalente de poder respecto a la víctima, pero que no sean realizadas de forma reiterada y prolongada en el tiempo.
- Puede tratarse de auténticas situaciones de maltrato psicológico en el trabajo, pero sin el componente de repetición y duración que se requiere, ya sea porque son realmente esporádicas o porque sean denunciadas en una fase precoz. Como tales conductas violentas deben ser igualmente prevenidas y frenadas cuanto antes y, en su caso, sancionadas de acuerdo con la normativa, pero no como acoso psicológico por no reunir las características esenciales de éste.

- No se considerarán conductas de acoso aquellas que, aun pudiendo incluirse en la definición, se concluya que por sus características no constituyen comportamientos violentos (por ejemplo, las amonestaciones fundadas por no realizar bien el trabajo, cuando no contengan descalificaciones improcedentes) o bien, cuando las pruebas presentadas no sean consistentes, sin ser falsas.

De las características señaladas en la definición, las conductas de violencia intensa y el criterio temporal son aspectos que conviene precisar. En cuanto a la primera, los trabajadores víctimas están expuestos a una amplia variedad de posibles conductas hostiles (por ejemplo, críticas permanentes a su trabajo, comentarios injuriosos, amenazas, etc., véase la Tabla 2.10). Dos cuestiones son esenciales a la hora de calificar las conductas como acoso; la primera tiene que ver con la intencionalidad, y en este punto cabe resaltar que no es necesario acreditar la intencionalidad de hacer daño, sino que bastaría con documentar la presencia de un nexo de causalidad entre los comportamientos hostiles y el resultado perjudicial de los mismos sobre el trabajador. La segunda es que cualquier situación laboral conflictiva no debe calificarse como acoso psicológico y, finalmente, es básico no confundir los comportamientos descorteses, incívicos con el acoso psicológico.

Sobre la temporalidad, es importante tanto la duración como la frecuencia de las conductas hostiles. Para la duración, se considera un período mínimo a partir del cual pueden observarse efectos negativos en la salud de la persona, y aunque no existe una total unanimidad, el más utilizado es el de seis meses y, para la recurrencia, al menos semanal. Sin embargo, la naturaleza de las conductas hostiles y su intensidad, entendida ésta como la potencial capacidad de dañar, puede hacer variar estos períodos. Por ejemplo, divulgar un rumor contra alguien puede ser tan dañino que no sea necesario que su frecuencia sea semanal, mientras que dejar sin trabajo efectivo a un trabajador ha de tener una frecuencia diaria, puesto que el carácter semanal, podría ser considerado como una recompensa. Por lo tanto, el período de al menos seis meses podría variar en función de la intensidad de los comportamientos agresivos; es decir, de la posibilidad del daño psicosocial.

Como añadido a lo expuesto, es bastante clarificador el criterio técnico (CT) 69/2009 sobre Acoso y Violencia en el Trabajo de las actuaciones de la ITSS, así como la Guía explicativa y de buenas prácticas para la detección y valoración de comportamientos en materia de acoso y violencia en el trabajo, que sigue vigente de acuerdo con el CT 104/2021 sobre actuaciones de la ITSS en Riesgos Psicosociales, que indica que las conductas de acoso psicológico se pueden clasificar en tres modalidades: abuso de autoridad, el trato vejatorio y el acoso discriminatorio.

En el abuso del poder de dirección (o de autoridad) constitutivo de acoso el superior adopta decisiones no razonables desde el punto de vista organizativo y productivo, causando un perjuicio objetivo a la debida consideración a la dignidad e integridad de un trabajador que se encuentre bajo su dependencia. Ejemplos

típicos pueden ser la falta de ocupación efectiva sin ningún objetivo productivo u organizativo, el dictado de órdenes de imposible cumplimiento con los medios que al trabajador se le asignan, o la ocupación en tareas inútiles o que no tienen ningún sentido productivo. Ejemplos de conductas de ejercicio de autoridad que no suponen acoso serían las presiones que pueda recibir un trabajador para realizar horas extraordinarias, las reprimendas o amonestaciones que pueda recibir un trabajador de su mando por la incorrecta ejecución de sus tareas, o el reparto arbitrario de funciones y tareas que realice un mando entre los trabajadores que de él dependen cuando tal conducta tenga un carácter general y no vaya particularmente dirigida siempre a un mismo trabajador.

El trato vejatorio constitutivo de acoso contempla las conductas que por su reiteración o relevancia suponen una vulneración del derecho a la consideración debida a la dignidad. Puede tratarse de conductas como insultar o menospreciar repetidamente a una persona en público, reprender reiteradamente a una persona delante de sus compañeros o clientes de manera particularmente ofensiva, o difundir rumores falsos sobre su trabajo o vida privada.

Evidentemente, como ya se ha comentado, cabe la confusión entre estas conductas y aquellas que resultan de un conflicto ordinario entre dos o más individuos, y no es adecuado señalar que cualquier conflicto personal presuma una conducta de acoso. Además, siempre habrá que tener en cuenta que las conductas de acoso por trato vejatorio suponen una persecución y, por lo tanto, exigen una acción continuada y persistente. Son ejemplos de conductas que no pueden ser consideradas acoso los conflictos verbales, gestuales o escritos entre representantes de la empresa y de los trabajadores en el marco de huelgas, asambleas, o cualquier otra acción de protesta o de enfrentamiento dialéctico; los conflictos personales entre trabajadores de la empresa o incluso entre representantes o mandos de la empresa y los trabajadores a su servicio, especialmente en estos últimos cuando entre ellos preexistía una relación de amistad y la ruptura de dicha relación pueda haber supuesto la pérdida de un trato preferencial basado en una relación de especial confianza; y por último, tampoco sería trato vejatorio los conflictos esporádicos entre compañeros o entre mandos y trabajadores que no tengan suficiente relevancia como para ser considerados por sí mismos como ofensivos.

Finalmente, el acoso discriminatorio se refiere a las conductas de abuso de autoridad y trato vejatorio que tengan un móvil discriminatorio por cualquiera de las causas previstas en la ley. Algunos ejemplos significativos de estas conductas serían el acoso por razón de convicciones dirigida a un representante sindical o político en la empresa, la conducta de acoso por razón de sexo frente a mujeres embarazadas o en período posterior a su embarazo, o la conducta de acoso por razón de edad dirigida a trabajadores susceptibles de incorporarse a los planes de prejubilación en las empresas que tengan planes de este tipo.

La exposición a situaciones de acoso puede tener graves efectos psicológicos en los trabajadores: síntomas de ansiedad (irritabilidad, nerviosismo, inquietud, temor, etc.), depresivos (tristeza, desesperanza, problemas de concentración, pensamientos suicidas, reducción de la confianza en sí mismo, baja autoestima, etc.) y psicosomáticos (insomnio, problemas gastrointestinales, respiratorios y cardíacas, dolores de cabeza, etc.) que pueden desembocar en un trastorno mental. Además, las víctimas se suelen enfrentar a distintas situaciones traumáticas, derivadas de la situación de acoso original, en la propia organización (por ejemplo, la activación del protocolo de acoso), en el sistema sanitario (diagnóstico y asistencia por síntomas mentales) y, en su caso, el judicial (entrevistas con abogados, juicio, etc.).

Aquí conviene volver a recordar que el acoso psicológico no hace referencia en sí mismo a una patología, sino que se trata de una situación estresante, un acontecimiento traumático que puede desembocar en un trastorno mental.

En cuanto a las repercusiones para la organización, destacan el absentismo y la rotación del personal, la intención de abandonar la organización, y un descenso en el rendimiento laboral. Por último, también conviene recordar que el acoso tiene efectos sobre la sociedad que se manifiestan en los costes, principalmente económicos por gastos médicos y farmacéuticos, y pagos de prestaciones y subsidios.

2.4. EL CIBERACOSO

Finalmente, conviene precisar que se entiende por ciberacoso laboral la realización de cualquier comportamiento hostil contra una persona a través de las TIC. No es una nueva forma específica de acoso o discriminación, y para su clasificación requiere de los mismos criterios que el tipo de acoso o discriminación que se manifieste, pero que utiliza cualquiera de las nuevas tecnologías (correo electrónico, WhatsApp, etc.).

Tabla 2.11. Ejemplo de conductas que pueden considerarse ciberacoso.

- Envío de imágenes o de vídeos denigrantes, seguimiento mediante software espía, remisión de virus informáticos.
- Distribución de información sobre otra persona en un tono despectivo y falso mediante un anuncio en una web, envío de correos electrónicos, de mensajería instantánea o de fotografías de una persona alteradas digitalmente o cualquier otro medio.
- Suplantación de la personalidad: entrada en una cuenta de correo electrónico o en una red social de otra persona para enviar o publicar material comprometedor sobre ella, manipulando y usurpando su identidad.

- Violación de la intimidad, engañando para que la persona comparta y transmita secretos o información confidencial sobre otra a fin de promover rumores difamatorios.
- Envío de mensajes ofensivos, groseros e insultantes. Se incluyen las amenazas de daño o intimidación que provocan que la persona tema por su seguridad física.
- Colgar en Internet una imagen comprometida (real o efectuada mediante fotomontajes), datos delicados que pueden avergonzar a la víctima y darlo a conocer en su entorno de relaciones sociales.
- Grabar cualquier tipo o situaciones humillantes realizadas a través de móviles o cámaras de video y difundirlo por la red.
- Realizar llamadas a la víctima para causarle temor, miedo, inseguridad o para proferirle insultos o amenazas.
- Publicar en foros o chats, etc., comentarios ofensivos o agresivos usurpando la identidad de otra persona con la intención de orientar reacciones negativas contra ella.
- Hacer circular rumores en los cuales a la víctima se le suponga un comportamiento reprochable, ofensivo o desleal, de forma que sean otros quienes sin poner en duda lo que leen, ejerzan sus propias formas de represalia o acoso.
- Enviar mensajes amenazantes (por ejemplo, por e-mail o SMS), perseguir y acechar a la víctima en los lugares de Internet en los que se relaciona de manera habitual provocándole una sensación de agobio.

LA EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

3

3. LA EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

El artículo 5 de la LPRL hace referencia al procedimiento de evaluación de riesgos y señala que “a partir de la información obtenida sobre la organización, características y complejidad del trabajo, sobre las materias primas y los equipos de trabajo existentes en la empresa y sobre el estado de salud de los trabajadores, se procederá a la determinación de los elementos peligrosos y a la identificación de los trabajadores expuestos a los mismos, valorando a continuación el riesgo existente en función de criterios objetivos de valoración (...) de manera que se pueda llegar a una conclusión sobre la necesidad de evitar o de controlar y reducir el riesgo”.

La finalidad de la evaluación de los riesgos psicosociales es la misma que la de los riesgos de otras especialidades de la prevención, pero el proceso resulta más complejo por dos motivos principales: es difícil establecer una relación de causalidad directa con los daños y se evalúan a través de la percepción de los trabajadores.

Es importante establecer un cronograma de actuación, cuya primera fase será obtener el compromiso y participación de la empresa y la información, sensibilización, concienciación e implicación de los empleados. Además, se debe asegurar la confidencialidad durante todo el proceso que ayudará a conseguir una participación que garantice la representatividad de los datos.

El siguiente paso consiste en identificar los factores y riesgos psicosociales y elegir el método, instrumentos y acciones apropiadas para llevar a cabo la evaluación. También, es necesario, reunir información sobre aspectos tales como el organigrama, el número de trabajadores por unidades de análisis, sus horarios, su relación contractual, indicadores de absentismo y rotación externa o la presencia de trabajadores especialmente sensibles. Esta información puede recogerse de diversas fuentes y mediante diferentes técnicas e instrumentos (entrevistas, observación in situ, cuestionarios, documentos, estadísticas, etc.).

En cuanto a los datos que se pueden reunir, se distinguen dos tipos: los objetivos (por ejemplo, a través de observación directa y aporte documental de la empresa) que proporciona información concreta de difícil cuestionamiento (por ejemplo, datos sobre retrasos o absentismo); y los subjetivos que derivan de la percepción que los trabajadores tienen de los riesgos (por ejemplo, mediante entrevistas, grupos de discusión, etc.).

3.1. SOBRE LOS MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para la recogida de datos se cuenta con métodos cuantitativos y cualitativos, y es deseable la utilización de ambos, lo que se denomina triangulación. La razón principal estriba en que los primeros facilitan la aplicación simultánea a un gran número de personas, garantizan en buena medida el anonimato, y posibilita el análisis estadístico y comparar resultados entre distintas unidades, áreas o departamentos. La desventaja más notable es que aportan un dato numérico que en la mayoría de los casos no describen ni responden a preguntas como las siguientes: ¿por qué sucede algo?, ¿cómo afecta a las personas? Mediante las técnicas cualitativas (por ejemplo, entrevistas, grupos focales, etc.), se pueden interpretar adecuadamente los resultados obtenidos con las técnicas cuantitativas.

Las técnicas cualitativas son especialmente útiles para la recogida de información previa a la evaluación, y también al final, ya que complementan la interpretación y análisis de los resultados cuantitativos y permiten elaborar un informe más detallado.

En la actualidad, se cuenta con una amplia gama de métodos e instrumentos de evaluación general cuantitativa de los factores psicosociales de riesgo que se fundamentan en las características técnicas de las escalas psicosociales. Consisten, básicamente, en una serie de preguntas que se responden de diferentes formas, aunque predominan las de tipo Likert que permite que los encuestados se expresen indicando si están de acuerdo, en desacuerdo o si tienen una postura neutral respecto a ciertas preguntas, y se expresan mediante dígitos en una escala ordinal (por ejemplo, de 1 a 5, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo).

Otro aspecto relevante en cuanto a la aplicación es el que concierne al anonimato y confidencialidad de los trabajadores que participan en la evaluación. En este punto es necesario considerar que la evaluación puede ser anónima o no, pero siempre se debe garantizar la confidencialidad de los datos; por lo tanto, se puede evaluar puestos unipersonales o con baja ocupación y aquellos cuya agrupación pueda distorsionar el resultado de forma significativa, así como realizar entrevistas individualizadas o mediante grupos de discusión, salvo que haya manifestación expresamente en contra de los trabajadores en la identificación.

Tras lo anterior, es preciso constituir unidades de análisis según distintas variables sociodemográficas y sociolaborales (por ejemplo, género, edad, antigüedad en la empresa, tipo de contrato, horarios, origen cultural, teletrabajadores, etc.), aunque no conviene contar con un grupo exagerado de grupos, pues puede entorpecer el análisis estadístico de los datos.

La perspectiva de género y la edad deben considerarse especialmente, pues pueden explicar cómo los factores psicosociales influyen en la persona, tanto para bien como para mal, y en el éxito de las intervenciones preventivas.

Tras la cumplimentación por los empleados, se comparan los resultados obtenidos con el correspondiente baremo. Esta comparación permite evaluar el riesgo psicosocial con el fin de poder diseñar una estrategia de prevención adecuada. Las medidas propuestas se deben integrar en el Plan de Prevención, y realizar un seguimiento de las mismas para comprobar su implantación y su eficacia.

Todos los medios de evaluación deben contar con ciertas condiciones imprescindibles para que sean considerados adecuados, concretamente son las siguientes:

- Que hayan sido diseñadas específicamente para el fin de identificar y valorar los factores psicosociales de riesgo. Por lo tanto, no se deben utilizar otros instrumentos desarrollados para otros objetivos (por ejemplo, evaluación de clima organizativo o de la satisfacción laboral), aunque la información que ofrezcan pueda resultar útil y complementaria.
- Que haya demostrado unas propiedades psicométricas adecuadas en cuanto a su estructura factorial, validez y fiabilidad.
- Que haya sido desarrollado o adaptado para su uso con población trabajadora y en nuestro contexto socio cultural.
- No modificar o adaptarlos en su diseño y contenido.

Lo anterior se resume en la necesaria acreditación científico-técnica; es decir, que desprenda la confianza requerida, según se indica en el art. 5.2 del RSP, y estar avaladas por organismos nacionales o internacionales, o entidades de acreditado prestigio. Finalmente, considerando todo lo anterior, debe ser el técnico especialista en prevención de riesgos laborales quien debe tomar la decisión justificada de la elección del método de evaluación.

3.1.1. Métodos generales de evaluación

Entre los métodos generales destaca el CoPsoQ-istas21, la adaptación española CoPsoQ elaborado por el Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca. Tiene varias versiones en función del tipo de empresas donde se vaya a utilizar: versión corta para empresas de menos de 25 trabajadores, versión mediana para más de 25 trabajadores y una más extensa para su uso por personal investigador.

La versión media contempla 21 dimensiones agrupadas en cinco apartados: Exigencias psicológicas (exigencias cuantitativas, cognitivas, emocionales, exigencias de esconder emociones y exigencias sensoriales), Influencia y desarrollo de habilidades (influencia en el trabajo, posibilidades de desarrollo, control sobre el tiempo de trabajo, sentido del trabajo e integración en la empresa), Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo (previsibilidad, claridad de rol, conflicto de rol, calidad de liderazgo, refuerzo, apoyo social, posibilidad de relación social y sentimiento de grupo), Compensaciones (inseguridad y estima) y doble presencia (doble presencia).

Una novedad interesante, también gratuita, es la APP para móviles y tablets del CoPsoQ-istas21 (v3) que permite compartir los resultados vía WhatsApp, Gmail, BlueMail, Telegram, etc. La versión para Android está disponible en la tienda de Google (Play Store) bajo el nombre **CoPsoQ-istas21**, mientras que la aplicación para la plataforma IOS está disponible en la tienda de Apple (App Store).

Otro método muy utilizado es el FPSICO desarrollado por el INSST. Actualmente, está disponible la versión FPSICO 4.1 (actualizada en 2022).

Consta de 86 ítems agrupados en nueve factores psicosociales: Tiempo de trabajo, Autonomía, Carga de trabajo, Demandas psicológicas, variedad/contenido del trabajo, participación/supervisión, interés por el trabajador/compensación, desempeño de rol, y relaciones y apoyo social.

Los resultados se presentan en dos formatos: por un lado, las probabilidades de riesgo junto con las medias aritméticas del colectivo analizado para cada uno de los factores (perfil valorativo) y, por otro, el porcentaje de contestación de cada opción de respuesta por pregunta (informe) por parte del colectivo analizado.

3.2. EVALUACIÓN DE RIESGOS Y DEL BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES: INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS

La ciencia psicológica dispone de distintas escalas que no han sido diseñados expresamente para la evaluación de los riesgos psicosociales, ni son de uso común por parte de los técnicos de prevención de riesgos laborales sin la formación de grado específica en psicología, pero que son de gran ayuda como complemento de la información recabada por los métodos generales.

A continuación, se presentan, como ejemplo, una selección de instrumentos para evaluar aspectos concretos: el burnout o síndrome de desgaste ocupacional, situaciones de acoso laboral, el bienestar psicológico y la satisfacción laboral. Una observación importante es que ningún diagnóstico o evaluación se puede concluir únicamente sobre la base de una escala o cualquier otro cuestionario de au-

toinforme. Sin embargo, pueden ofrecer información muy valiosa en el proceso de evaluación de los riesgos psicosociales.

3.2.1. La evaluación del acoso psicológico

El cuestionario ha sido la técnica más utilizada para evaluar el acoso psicológico como indicador de riesgo psicosocial destacando el Negative Acts Questionnaire (NAQ) de Einarsen y Raknes, (1997). En España, diversos autores como Moreno-Jiménez et al., (2007) y Soler et al., (2010) han realizado adaptaciones de esta escala. Conviene volver a recordar que lo que se evalúa es una situación altamente estresante, no una patología.

Otras escalas que pueden utilizarse son el Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-6) adaptado por González de Rivera y Rodríguez-Abuín, (2005), el Cuestionario de Acoso Percibido (CAPP) de Morán et al., (2009), el Cuestionario de Acoso Psicológico en el Trabajo (CAPT) desarrollado por Moreno-Jiménez et al., (2008), la Escala de Abuso Psicológico Aplicado en el Lugar de Trabajo (APA-T) de Escartín et al., (2010), la mobbing-UNIPSIICO de Gil-Monte et al., (2006), y el Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-E-R) de Carrión et al., (2007).

3.2.2. La evaluación del desgaste ocupacional o burnout

El burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que comprende actitudes y sentimientos negativos hacia el trabajo, las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, y la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. La escala más utilizada es la Maslach Burnout Inventory (MBI), en sus diferentes versiones (MBI Human Services Survey, MBI Educator Survey y MBI General Survey) según vaya dirigido a empleados de servicios humanos, personal docente o a cualquier profesión, respectivamente.

El primero (MBI HS) contempla las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y baja realización en el trabajo; el segundo (MBI ES) contiene las mismas dimensiones, pero cambia el usuario o cliente por alumno. Y el tercero (MBI GS) está compuesto igualmente de tres dimensiones: agotamiento emocional (sentimiento de estar sobrecargado o agotado por el trabajo), cinismo (indiferencia o actitud distante hacia el trabajo) y eficacia profesional (eficacia en el trabajo).

Conviene remarcar que estos instrumentos buscan el perfil de la persona burnout que se manifiesta cuando se obtiene una puntuación alta en agotamiento emocional y cinismo (o despersonalización), y baja en eficacia profesional.

El uso práctico del MBI se ve obstaculizado por el hecho de que no ofrece una sola puntuación de burnout, sino tres puntuaciones distintas una para cada dimensión, y no deben combinarse.

Con el fin de vencer este obstáculo, se recomienda utilizar la llamada regla de uno más dos según la cual es probable que una persona sufra burnout cuando puntúe muy alto en agotamiento en combinación con una puntuación (muy) alta en despersonalización (o cinismo) o una puntuación (muy) baja en realización personal (o eficacia profesional).

La escala de Evaluación Psicológica de Burnout (EPB) (García-Izquierdo, 1995) está compuesta por 12 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 1 a 7 (1 nunca a 7 siempre). Muestra una consistencia interna y validez satisfactoria. Su estructura interna señala la presencia de un único factor de desgaste emocional del que se obtiene una única puntuación.

Otros instrumentos para la evaluación que cuentan con las debidas garantías son los siguientes: el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) elaborado por Moreno-Jiménez et al., (1997), el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) propuesto por Demerouti et al., (2001), y el Copenhagen Burnout Inventory desarrollado por Kristensen et al., (2005).

3.2.3. Evaluación de la salud psicológica

El General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg y Williams (1988), en sus distintas versiones, por ejemplo, GHQ-28 y GHQ-12, según el número de ítems sea 28 o 12, es un instrumento que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica. Como ventaja tienen que ambos son de fácil comprensión y de pocos ítems, lo que facilita su utilización. Es uno de los instrumentos de cribado validado de la salud psicológica más utilizado. Puntuaciones en la escala superiores a las indicadas en el baremo sugieren la posibilidad de que la persona esté sufriendo un trastorno emocional.

El GHQ-12 según la adaptación española de López y Dresch (2008), pregunta sobre problemas de salud y bienestar padecidos en las últimas semanas (por ejemplo, el ítem 5: ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?, ítem 5). Existen varias maneras de evaluar las respuestas: a) Escala Likert: los ítems son valorados según una escala de puntuación ordinal tipo Likert de 4 puntos desde 0 (no, en absoluto) hasta 3 (mucho más de lo habitual) (0-1-2-3); b) Los ítems se valoran a partir de una puntuación dicotómica (0-0-1-1); y c) los 6 ítems negativos se puntúan como (0-1-1-1) y los positivos como (0-0-1-1). Hay que tener en cuenta que altas puntuaciones indican peor nivel de salud y detecta la incapacidad de la persona para el desempeño normal de las actividades habituales y la aparición reciente de fenómenos de malestar psicológico.

El GHQ-28, según la adaptación de Lobo, et al., (1986), está compuesto por cuatro subescalas de siete ítems cada una: síntomas somáticos de origen psicológico, angustia/ ansiedad, disfunción social y depresión. Cada uno de los 28 ítems trata

de averiguar si la persona ha experimentado recientemente síntomas de las distintas cuatro dimensiones. Las respuestas pueden ser puntuadas de las mismas formas que la GHQ-12. La puntuación total se interpreta como el nivel de malestar psíquico y también pueden obtenerse las puntuaciones de las cuatro distintas dimensiones.

3.2.4. Evaluación de la satisfacción laboral

La satisfacción laboral se define como una respuesta afectiva del trabajador hacia diferentes aspectos de su trabajo. Es estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del trabajador.

La Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction) desarrollada por Warr, et al., (1979) es una de las más utilizadas y ha sido adaptada y validada a nuestro contexto por Pérez-Bilbao y Fidalgo (1995).

Está formada por 15 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert de siete puntos (1= muy insatisfecho, 2= bastante insatisfecho, 3= algo insatisfecho, 4= ni satisfecho ni insatisfecho, 5= un poco satisfecho, 6= bastante satisfecho y 7= muy satisfecho). Aborda tanto los aspectos intrínsecos como los extrínsecos de las condiciones de trabajo.

La subescala de factores intrínsecos la componen siete ítems que hacen referencia al contenido del trabajo (reconocimiento obtenido, responsabilidad asignada, promoción profesional, contenidos de la tarea, etc.); y la subescala de factores extrínsecos por ocho ítems relacionados con el contexto donde se desarrolla la actividad laboral (satisfacción del trabajador con la organización del trabajo, horario, remuneración, condiciones físicas del trabajo, relación entre jefe y trabajadores, estabilidad laboral, etc.). Se obtienen puntuaciones globales y de cada una de las dos dimensiones.

**TRASTORNOS MENTALES Y
DISFUNCIONES RELACIONADOS
CON LAS CONDICIONES
PSICOSOCIALES DEL TRABAJO**



4. TRASTORNOS MENTALES Y DISFUNCIONES RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES PSICOSOCIALES DEL TRABAJO

Consideraciones generales sobre los trastornos mentales relacionados con las condiciones de trabajo psicosociales

La salud mental, como ya se ha comentado, influye en todos los ámbitos de la vida, incluido el laboral. Hay dos efectos básicos en las relaciones entre las condiciones de trabajo y salud mental: los efectos de las condiciones de trabajo (y también el desempleo) sobre la salud mental, y los efectos de la salud mental sobre el rendimiento profesional. En general, el hecho de tener un empleo protege la salud de los trabajadores; sin embargo, distintas condiciones inadecuadas del trabajo también intervienen como causa o agravante de los problemas de salud mental.

Las patologías de salud mental derivadas de la actividad laboral se pueden agrupar en dos categorías: las desencadenadas por un accidente del trabajo y las relacionadas con la exposición a las condiciones laborales, independiente de variables como la biografía, rasgos de personalidad o situación social, económica y familiar del trabajador.

Una cuestión interesante es conocer si un determinado trastorno mental influye en la capacidad laboral de quien lo sufre; en otras palabras, si la persona es competente para realizar las tareas de su puesto de trabajo, de adaptarse a las exigencias del mismo y desempeñarlo de forma adecuada en el entorno material y humano concreto (por ejemplo, horario y ritmo que implica su jornada laboral), y de soportar la carga física, mental y emocional que conlleva (toma de decisiones relevantes, supervisiones, relaciones interpersonales, cumplimentación de tareas, etc.).

En este sentido, los trastornos mentales relacionados con las condiciones psicosociales del trabajo pueden clasificarse en dos grandes grupos. El primero, está compuesto por los trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, depresión, distimia, trastorno de ansiedad, etc.) donde las facultades superiores están plenas (por ejemplo, el discernimiento, el raciocinio, etc.), pero limitadas por la tristeza y la falta de ilusión y motivación. En la mayoría de los casos estos trastornos no son incapacitantes, y aunque la persona carezca de fuerza de voluntad y actitud favorable, puede desempeñar una actividad laboral acorde a la problemática manifestada. El segundo, comprende los trastornos graves y habitualmente crónicos (por ejem-

plo, esquizofrenia) que alteran el juicio sobre la realidad y que, en general, afectan considerablemente la capacidad del trabajador (de hecho, puede llevar a una incapacidad permanente), pues no pueden realizar las tareas básicas del puesto de trabajo por faltarles la aptitud exigida.

Por lo tanto, los trastornos mentales pueden llevar a la incapacidad laboral y debemos diferenciar entre los que afectan a las facultades superiores de forma progresiva, y que dependiendo de su evolución y gravedad pueden ser compatibles o no con la práctica laboral, incluyendo la esquizofrenia, trastornos bipolares, trastorno depresivo crónico o demencia, de aquellos trastornos en los que las facultades superiores siguen intactas, generando limitaciones en la motivación, la emotividad o la sociabilidad, de la que son ejemplos los síndromes depresivos, la distimia, las fobias o los trastornos adaptativos.

Una cuestión que hay que matizar es que la incapacidad laboral no está determinada por el trastorno mental, sino por la dificultad que presenta el trabajador para desempeñar la actividad laboral o las repercusiones negativas que pueda tener ésta sobre la patología que padece.

Es importante señalar que la incapacidad puede suponer un grave perjuicio para la persona, pues la ausencia de actividad laboral no siempre supone que mejorará el trastorno; más bien al contrario, las actividades sociales cotidianas, entre las que se incluye el trabajo, suelen influir en la recuperación de la salud. Por otro lado, la manera de afrontar, con ajustes y adaptaciones, el retorno o reincorporación al trabajo (RAT) de los empleados después de la incapacidad temporal derivada de un trastorno de salud mental es crucial para la adecuada evolución favorable de la enfermedad.

Seguiremos la propuesta de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) para describir los trastornos prevalentes relacionados con los riesgos psicosociales (ver Tabla 4.1, y en el anexo 1 se especifican las patologías de los distintos grupos diagnósticos).

Tabla 4.1. Las patologías que se han considerado más prevalentes como consecuencia del riesgo psicosocial según el CIE-11

- 5 - Trastornos Mentales y del Comportamiento
- 7 - Enfermedades del Sistema Circulatorio
- 9 - Enfermedades del Aparato Digestivo
- 12- Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo
- 13- Enfermedades del Sistema Osteoarticular y Tejido Conjuntivo

A continuación, se revisará el grupo 5 Trastornos mentales y del comportamiento, que incluye la ansiedad, los trastornos por estrés, la depresión, el abuso de sustan-

cias y la psicosis. A estos se añadirá el síndrome de desgaste ocupacional o burnout que se incluye en el capítulo 24 del CIE-11 denominado Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud dentro de la subcategoría de problemas asociados con el empleo y el desempleo.

Además, siguiendo con esta motivación se añadirán también otras alteraciones mentales y disfunciones laborales frecuentes que pueden ayudar a entender el complejo escenario de la salud mental y el bienestar en el trabajo. El propósito no es exponer detalladamente todos los trastornos mentales y sus características y síntomas clínicos que llevan al diagnóstico, sino clasificar los más prevalentes y sintetizarlos.

4.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Cuestiones básicas sobre la ansiedad y los trastornos de ansiedad.

La ansiedad es un mecanismo de defensa, una respuesta, del organismo frente a situaciones percibidas amenazantes o peligrosas. Es una reacción normal de estrés que se concreta en un sentimiento de miedo, temor, inquietud y nerviosismo que tiene un potencial valor adaptativo. Sin embargo, si la ansiedad provoca malestar excesivo, se considera patológica y, por lo tanto, un trastorno mental.

Se distinguen cuatro niveles de ansiedad según los efectos que produzcan: ansiedad leve, asociada a tensiones de la vida diaria, sin significación importante y que puede propiciar el aprendizaje, la creatividad y el rendimiento; ansiedad moderada, cuando la persona se centra sólo en las preocupaciones inmediatas, pero puede resolverlas; ansiedad grave, que supone que ponga el foco en aliviarla; y angustia, cuando el temor y el miedo se apodera de la persona siendo incapaz de realizar ninguna actividad. La angustia se manifiesta por un aumento de la actividad motora, disminución de la capacidad para relacionarse, percepción distorsionada y pérdida del pensamiento racional.

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes que cualquier otra clase de trastorno mental, tanto en la población general como laboral, y se caracterizan por que los síntomas ansiosos no desaparecen, y los cambios de comportamiento son disfuncionales e interfieren en las actividades cotidianas.

Los trastornos de ansiedad se diferencian por las situaciones u objetos específicos que la originan y suelen tener una combinación de síntomas como los siguientes: temor, miedo, nerviosismo, síntomas psicósomáticos (náuseas, mareos, dolores, opresión torácica, sudoración, palpitaciones, taquicardias, ahogos, etc.) y cambios conductuales (por ejemplo, evitación de tareas).

Tabla 4.2. Los signos y síntomas de la ansiedad más comunes

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe
- Aumento del ritmo cardíaco
- Respiración acelerada (hiperventilación)
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de debilidad o cansancio
- Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
- Problemas para conciliar el sueño
- Problemas gastrointestinales
- Dificultad para controlar las preocupaciones
- Necesidad de evitar las situaciones generadoras de ansiedad

A continuación, se describen los principales trastornos por ansiedad.

4.1.1. Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva y desproporcionada que escapa del control de la persona. Los síntomas son comunes a cualquier trastorno por ansiedad, (por ejemplo, inquietud, nerviosismo, dificultad para la concentración, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, alteraciones del sueño, etc.), pero no se relaciona con ningún suceso o acontecimiento determinado. Y son persistentes durante la mayor parte del día y durante varias semanas seguidas (al menos seis meses).

4.1.2. Crisis de ansiedad

Se trata de un suceso que aparece de manera repentina, imprevista, de corta duración (generalmente, menos de diez minutos), donde se manifiestan los síntomas principales de la ansiedad sin que exista un peligro real. Otros síntomas relacionados son los siguientes: miedo a morir, parestesias (sensación de hormigueo o adormecimiento), mareos, disfagia (dificultad para tragar), escalofríos y temblores, molestias digestivas, opresión en el pecho, dificultad respiratoria y sensación de falta de aire.

4.1.3. Trastorno de pánico

Son episodios de ansiedad repetidos imprevisibles que suelen durar sólo unos minutos. Como en otros trastornos de ansiedad, aunque los síntomas predominantes pueden variar, es frecuente la aparición súbita de palpitaciones, sensación de as-

fixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). También suele aparecer temor a morir, a perder el control o a enloquecer. A un ataque de pánico con frecuencia le sigue un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

4.1.4. Fobias

Se caracterizan por ansiedad y miedo intenso irracional y desproporcionado, no delirante, ante situaciones que pueden identificarse claramente. Las fobias aparecen ante cualquier objeto, acción o situación concreta y son reconocidas por la persona que realiza comportamientos de evitación. Puede llegar a ser incapacitante, por ejemplo, en el ámbito laboral la fobia social, que se produce ante actividades que precisan una exposición pública y la interacción con personas; la agorafobia, ansiedad intensa en lugares con aglomeraciones donde es difícil escapar (por ejemplo, transporte público, multitudes, etc.). Algunos otros tipos de fobias específicas son la acrofobia o miedo a las alturas; claustrofobia o miedo a los lugares cerrados; amaxofobia o miedo a conducir y la hematofobia o miedo a la sangre.

4.1.5. Trastornos de ansiedad social

La ansiedad excesiva aparece en una o varias situaciones sociales como las interacciones sociales (por ejemplo, tener una entrevista) o hacer algo ante otros (por ejemplo, hablar en público o dar un discurso). Las situaciones sociales son evitadas sistemáticamente o soportadas con temor. Los síntomas son persistentes y de la intensidad suficiente para ocasionar un malestar en cualquier área vital de la persona, por ejemplo, la laboral.

4.1.6. Trastorno obsesivo-compulsivo

El factor común es la presencia de pensamientos y comportamientos repetitivos. Se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones o ambos que producen malestar muy significativo en la persona. Las obsesiones son pensamientos, ideas, impulsos o temores reiterados y persistentes, que aparecen de manera intrusa e inapropiada. Las más frecuentes tienen que ver con el miedo a los gérmenes, la suciedad o a la contaminación, a perder o extraviar algo, pensamientos prohibidos no deseados sobre sexo o religión, pensamientos agresivos hacia sí mismo o hacia otros, inseguridad sobre haber realizado alguna acción determinada, y necesitar que algunos objetos estén ordenados, alineados o dispuestos de manera particular y exacta.

Las compulsiones son comportamientos repetitivos, muchas veces rituales, irrefrenables. Son compulsiones comunes las conductas de limpieza exagerada (por ejemplo, el lavado de manos excesivo), necesidad de comprobación repetida, por

ejemplo, que puerta está cerrada, o el gas o el agua cortada, etc., contar, ordenar y organizar los objetos de forma particular y precisa. Las obsesiones y compulsiones van más allá de lo razonable llegando a influir considerablemente en la vida de las personas.

4.1.7. Trastornos afectivos (ansiosos) debidos a enfermedad médica o al uso de sustancias

Los síntomas ansiosos aparecen en la persona como consecuencia de una enfermedad o del consumo de una sustancia determinada.

4.2. TRASTORNOS POR ESTRÉS

Generalidades de los trastornos por estrés

Los trastornos incluidos en este apartado aparecen y se desarrollan después de la exposición del trabajador a un evento traumático o identificable. Esta es la condición fundamental: son reactivos a un acontecimiento biográfico excepcionalmente estresante (por ejemplo, un accidente grave, una agresión física, una violación sexual, etc.) o un cambio vital significativo (por ejemplo, la pérdida de un ser querido). Los síntomas se agrupan en cinco categorías: intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y excitación, que se describen seguidamente.

Los síntomas de intrusión son recuerdos no deseados y pensamientos involuntarios recurrentes del evento sufrido. También se vivencia reiteradamente el trauma (que pueden ser desencadenados por imágenes, sonidos, olores u otros estímulos) en forma de reviviscencias o en sueños.

El estado de ánimo negativo es la incapacidad persistente de sentir emociones positivas (por ejemplo, felicidad, satisfacción, amor, alegría, etc.). Los síntomas disociativos se refieren a un sentido de la realidad distorsionado (por ejemplo, tiempo enlentecido) y a la incapacidad para recordar partes importantes del evento traumático que se vivenció.

Los síntomas de evitación son aquellos esfuerzos que se realizan para escapar de recuerdos, pensamientos o sentimientos asociados a la situación traumática (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, etc.).

Finalmente, los síntomas de excitación se manifiestan en problemas del sueño, irritabilidad, hipervigilancia, dificultades para concentrarse y respuestas de sobresalto exageradas.

En este apartado se incluyen los siguientes trastornos: de adaptación, por estrés agudo, por estrés postraumático y otros trastornos específicos relacionados con traumas y estrés.

4.2.1. Trastorno de adaptación

Se trata de la reacción a una o varias situaciones estresantes claramente identificable (por ejemplo, una promoción o un cambio de puesto de trabajo, incorporación a una empresa), un hecho vital trascendente (por ejemplo, ser padre o madre, contraer matrimonio) o un conjunto continuo de problemas (por ejemplo, laborales, económicos, familiares, etc.).

Los síntomas suelen comenzar en el mes posterior a la exposición del trauma, rara vez excede los seis meses y son variados, por ejemplo: ansiedad, preocupación excesiva, estado de ánimo deprimido, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente, etc. Se distinguen distintas formas del trastorno de adaptación según los síntomas predominantes sean depresivos, ansiosos o un conjunto de ambos (mixto).

4.2.2. El trastorno por estrés agudo

Es un trastorno transitorio que aparece como respuesta clara a una situación extraordinariamente estresante (por ejemplo, un accidente muy grave). Es una reacción disfuncional, desagradable e intensa que comienza poco después de un acontecimiento y que se prolonga durante menos de un mes. Si los síntomas persisten durante más tiempo, se considera un **trastorno de estrés postraumático**.

Los síntomas que aparecen exceden de los propios de un **trastorno de adaptación**, e incluyen los intrusivos, de evitación, estado de ánimo negativo, síntomas disociativos (incluyendo desrealización y amnesia) y de excitación. Se presentan mezclados y cambiantes y tienen una resolución rápida, pocas horas en los casos que es posible apartar a la persona del estímulo estresante. Suelen provocar fuerte malestar o deteriorar de manera significativa el funcionamiento social y laboral.

4.2.3. Trastorno por estrés postraumático

Los síntomas del trastorno por estrés postraumático surgen como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento excepcionalmente amenazante o catastrófico que causarían por sí mismos malestar generalizado en todas las personas (por ejemplo, un desastre natural, un accidente laboral muy grave).

Los síntomas aparecen dentro de los primeros tres meses posteriores o, incluso, más tiempo después de experimentar la situación traumática. Con frecuencia los síntomas duran más de un mes, aunque es extraño que supere los seis meses.

A los síntomas característicos (intrusivos, de evitación, estados de ánimo negativos, disociativos y de excitación), se añade los de ansiedad y depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol es un factor agravante. Puede ser agudo (duración menor de tres meses), crónico (mayor de tres meses) y de inicio demorado (no comienza hasta seis meses después).

Las diferencias más determinantes entre los trastornos por estrés agudo y post-traumático son el inicio de los síntomas y el tiempo de duración de los mismos en la persona.

4.3. DEPRESIÓN

Consideraciones generales sobre los trastornos depresivos

La tristeza y la alegría son emociones humanas. La tristeza se caracteriza por sentimientos de desánimo, desaliento y desesperanza en respuesta a situaciones de decepción, pérdida o frustración. La alegría es una sensación agradable que nos hace estar contentos, con ganas de sonreír, con buen humor, y una respuesta positiva al hecho de lograr retos y tener éxito.

La tristeza cuando es intensa se denomina depresión y la alegría, manía. Los trastornos depresivos se caracterizan por depresión y los trastornos bipolares por combinaciones de manía y depresión. Se diagnostican cuando la tristeza o la alegría es demasiado intensa y persistente, y altera de manera significativa la capacidad de la persona para realizar las actividades de los distintos ámbitos de la vida. Los trastornos por ansiedad a menudo preceden o coexisten con ellos.

Los síntomas depresivos pueden incluir: tristeza, pérdida de interés por las actividades favoritas, aumento o pérdida del apetito, no poder dormir o dormir demasiado, sentirse muy cansado, sin esperanzas, irritable, ansioso o culpable, dolores de cabeza, problemas digestivos, ideas de muerte o de suicidio. Los síntomas maniacos incluyen sucesos anormales de optimismo, nerviosismo o tensión, aumento de actividad, energía o agitación, sensación exagerada de bienestar y confianza en sí mismo, menor necesidad de dormir y locuacidad inusual.

4.3.1. Depresión mayor

Una persona con depresión mayor presenta un aspecto triste, con ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca hacia abajo, postura decaída, escaso contacto visual, ausencia de expresión facial, pocos movimientos corporales y cambios en el habla (por ejemplo, voz baja, falta de prosodia, uso de monosílabos). Suelen referir que son incapaces de sufrir las emociones habituales y sienten que el mun-

do se ha vuelto anodino y apagado. Los síntomas característicos pueden observarse en la Tabla 4.3.

Tabla 4.3. Síntomas característicos de la depresión mayor

- Estado de ánimo depresivo (tristeza) durante la mayor parte del día.
- Falta de interés o capacidad para el placer (anhedonia).
- Aumento o pérdida de peso significativa.
- Aumento o disminución del apetito.
- Inquietud o enlentecimiento objetivables.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados
- Disminución de la capacidad de concentración y de tomar decisiones
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Un trastorno depresivo mayor puede ser de episodio único; recurrente, cuando la intensidad de los síntomas oscilan existiendo períodos asintomáticos entre las agravaciones; remitente, si los síntomas varían en intensidad sin llegar a normalizarse completamente; y crónico, cuando los síntomas depresivos significativos perduran durante, al menos, dos años de forma continuada y sin remisiones.

4.3.2. Trastorno depresivo persistente

Cuando los síntomas depresivos no remiten y duran más de dos años, se clasifican como trastorno depresivo persistente, también denominado distimia. Los síntomas más característicos son los siguientes: falta o exceso de apetito, insomnio o hipersomnia, baja energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, concentrarse y pensar, y sentimientos de tristeza y desesperanza. Suele ser más leve que la depresión mayor, pero más duradera.

4.3.3. Trastorno depresivo debido a enfermedad médica

En este caso los síntomas depresivos se deben a los efectos fisiológicos relacionados con una enfermedad médica (neurológica, neoplásica, infecciosa, etc.).

4.3.4. Trastornos bipolares

Un trastorno bipolar se caracteriza porque la persona sufre cambios intensos en el estado de ánimo, de la euforia a la depresión, teniendo descansos entre estos que suelen ser duraderos y estables.

4.3.4.1. Episodio maníaco (Trastorno bipolar I)

Durante un tiempo mínimo de una semana la persona tiene uno o varios episodios maníacos. Los síntomas característicos son los siguientes: euforia, irritabilidad, labilidad emocional, exceso de autoestima, insomnio, locuacidad excesiva, verborrea, fuga de ideas, sensación de pensamiento acelerado, incapacidad de mantener la atención, hiperactividad, agitación psicomotora, y realización de actividades que conllevan riesgo.

4.3.4.2. Episodio hipomaníaco

Se diferencia del episodio maníaco en que dura al menos cuatro días y se desarrolla sin ideas delirantes ni alucinaciones.

4.3.4.3. Episodio mixto (Trastorno bipolar II)

En los episodios mixtos se produce una sucesión rápida de síntomas hipomaníacos y depresivos, y tiene una duración de al menos una semana.

4.3.4.4. Trastorno ciclotímico

Se caracteriza por numerosos períodos hipomaníacos (por ejemplo, euforia, irritabilidad, o expansividad, activación psicomotora) y síntomas depresivos (por ejemplo, sentirse decaído, disminución de interés en actividades, fatiga) que están presentes durante al menos dos años, pero que no son suficientemente graves. Los síntomas ocasionan malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

4.4. ABUSO DE SUSTANCIAS (CONSUMO Y COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS)

Una adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. La persona adicta pierde el control sobre ciertos comportamientos o actividades y continúan con ellos a pesar de las consecuencias adversas.

Además de la adicción al consumo de sustancias, generalmente psicoactivas (drogas como, por ejemplo, cannabis, cocaína, sedantes, ansiolíticos, etc.), existen adicciones a distintos comportamientos como el juego (ludopatía), a las nuevas tecnologías (tecnofilia), al teléfono móvil (nomofobia), el abuso de internet y las redes sociales, la adicción a las compras (cleptomanía), al juego de apuestas, al uso de videojuegos o al sexo.

Por drogas se entiende a toda sustancia que consumida modifica diferentes funciones del organismo, tanto mentales (por ejemplo, humor) como físicas (disfunción respiratoria o gastrointestinal). Estos efectos suelen ser percibidos como placenteros en los primeros consumos; como resultado de ello, muchas personas siguen tomando la sustancia, aunque son conscientes de sus consecuencias negativas a medio y largo plazo.

Las adicciones se caracterizan por síntomas físicos y psicológicos. Entre los primeros, se encuentran los inducidos por la sustancia específica, por ejemplo: somnolencia, excitación, pérdida de apetito, taquicardia, náuseas, aumento de la sudoración, y los derivados como la adicción, la abstinencia y la sensación temporal de bienestar. Entre los síntomas psicológicos encontramos: el deseo incontrolable de consumir la sustancia, mal humor, sentimientos de culpa, ansiedad, pensamientos obsesivos, conductas compulsivas, negación y vergüenza, baja autoestima, síntomas de depresión y ataques de ira, deterioro de las relaciones sociales y la incapacidad para considerar el posible riesgo del consumo de las sustancias (ver Tabla 4.4).

La tolerancia a una sustancia significa que cada vez son necesarias dosis más elevadas para lograr el efecto deseado (por ejemplo, cada vez hay que beber más cantidad de alcohol). El síndrome de abstinencia es el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que sufre una persona adicta cuando deja de consumir la sustancia o consume menos dosis de la habitual. En el curso evolutivo de una adicción, se alternan periodos de abstinencia a la sustancia con otros de elevado consumo o recaídas.

Las adicciones a menudo coinciden con otros trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Una adicción puede tener consecuencias irreversibles, pero con frecuencia se puede detener el proceso antes de que esto suceda. En general, el tratamiento de las adicciones suele tener por objetivo lograr la abstinencia y mantenerla a lo largo del tiempo.

Tabla 4.4. Algunas de las características más comunes del comportamiento adicto son las siguientes:

- Deseo intenso o urgente por consumir (craving).
- Dedicar una buena parte del tiempo a obtener la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de esta.
- Priorizar el consumo por encima de las actividades laborales, sociales o de ocio.
- Dificultad creciente en cumplir con las principales responsabilidades y obligaciones.

- Seguir consumiendo a pesar de tener problemas sociales, económicos o interpersonales causados o agravados por el consumo.
- Continuar con el consumo a pesar de ser consciente de los problemas que conlleva.
- Consumir en situaciones en las que se corre peligro físico.

4.5. PSICOSIS

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que se caracterizan básicamente por la pérdida de contacto con la realidad y por alteraciones del comportamiento con delirios y alucinaciones. Los delirios, se caracteriza por la reiteración de pensamientos absurdos e incoherentes. Las alucinaciones son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que en la realidad no existe. Estos síntomas no están relacionados con otro trastorno mental y del comportamiento (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, delirium o trastorno por consumo de sustancias).

4.5.1. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psicótico que se caracteriza por ideas delirantes y alucinaciones persistentes, alteraciones en el lenguaje (por ejemplo, incoherencia), comportamiento desorganizado o catatónico, síntomas negativos (abulia, apatía, anhedonia, asociabilidad, afectividad inadecuada, pobreza del lenguaje). Suele existir ausencia completa de conciencia de enfermedad.

4.6. OTROS TRASTORNOS MENTALES

4.6.1. Trastornos somatomorfos

Son un conjunto de trastornos caracterizados por síntomas que, aunque sugieren una enfermedad médica, no pueden explicarse por la presencia de la misma, por una enfermedad mental o por el consumo de alguna sustancia.

La clave es la existencia de síntomas físicos múltiples y recurrentes sin una causa que los explique. Además, la persona demanda continuamente exploraciones clínicas, aunque los resultados anteriores sean negativos y los médicos garanticen que los síntomas no tienen una justificación somática.

El trastorno más conocido es la hipocondría que se caracteriza por una preocupación excesiva, ansiedad y miedo a tener una enfermedad grave, a pesar de la falta de evidencia médica. Puede aparecer como reacción ante la enfermedad grave de un conocido, en las depresiones y en trastornos de ansiedad.

4.6.2. Trastornos no orgánicos del sueño

Aunque las necesidades de sueño pueden variar significativamente, se considera que una persona adulta debe dormir como mínimo entre 7 y 9 horas al día. Los trastornos no orgánicos del sueño son un problema muy frecuente en la población trabajadora, y se describe como una experiencia subjetiva desagradable ya sea por la dificultad para conciliar el sueño, por la frecuente aparición de vigiliadas durante el mismo o por la fatiga diurna debida a la falta de descanso correcto. Estos trastornos se pueden clasificar en dos grupos: las disomnias y las parasomnias.

En las disomnias la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño debida a causas emocionales, por ejemplo: el insomnio, la hipersomnias y los trastornos del ritmo de sueño-vigilia.

El insomnio es un trastorno común cuya característica es la dificultad para quedarse o mantenerse dormido. El insomnio hace que la persona se sienta cansada y afecta a su estado de ánimo, al rendimiento en el trabajo y la calidad de vida general.

La hipersomnias consiste en una somnolencia diurna excesiva, reiterada y aparentemente sin motivo. Tiene un amplio espectro de presentación que va desde somnolencia leve hasta fuertes impulsos por dormir.

El trastorno no orgánico del ritmo ciclo sueño-vigilia se caracteriza por la falta de la deseable sincronización entre el sueño y estar despierto (vigilia). Suele ocasionar quejas de insomnio nocturno o de sueño durante el día. Puede ocurrir en empleados que tienen que cambiar de turno de trabajo o viajar con frecuencia con cambios de horario considerables, aunque también puede existir un fuerte componente emocional añadido (por ejemplo, derivado situaciones de estrés laboral).

Las parasomnias principales son el sonambulismo, un trastorno en el que las personas se levantan y caminan mientras están dormidas; los terrores nocturnos, experiencias perturbadoras o extrañas durante el sueño con gritos, miedo profundo y agitación de brazos y piernas; y las pesadillas o sueño perturbador con ansiedad y miedo que hace que la persona se despierte bruscamente.

Las parasomnias son poco frecuentes en adultos. En muchos casos una alteración del sueño tiene una base emocional que contribuye a su aparición. También puede ser síntoma de un trastorno mental.

4.6.3. Trastornos de la personalidad

Los rasgos de personalidad son el conjunto de características persistentes de formas de pensar y relacionarse socialmente que configura el comportamiento de una persona. Se diferencian hasta diez tipos de trastornos de personalidad y se caracterizan porque, en general, comprenden sentimientos, pensamientos y comportamientos inadaptados que se manifiestan en un amplio rango de situaciones personales y sociales.

Tabla 4.6. Clasificación resumida de los diferentes trastornos de personalidad

1	2	3
PARANOIDE	ANTISOCIAL	DEPENDIENTE
ESQUIZOIDE	LÍMITE	EVITATIVO
ESQUIZOTÍPICO	HISTRIÓNICO	OBSESIVO-COMPULSIVO
	NARCISISTA	

En la Tabla 4.6 se pueden observar los diez trastornos de personalidad identificados que se han clasificados en tres grupos por sus características comunes.

Así, las personas con trastornos de la personalidad del grupo 1 tienen un patrón disfuncional que se caracteriza por las sospechas o la falta de interés por los demás. Las del grupo 2 tienen pensamientos dramáticos, de gran intensa emocionalidad y conductas impredecibles. Y los del grupo 3 manifiestan un patrón disfuncional constante de pensamientos o comportamientos ansiosos. Por sí solos no suelen causar invalidez para trabajar aunque sí pueden ser responsables de un mayor número y duración de períodos de incapacidad temporal (IT).

4.7. SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL O BURNOUT

El burnout es el resultado del estrés laboral crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Como síndrome, se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; es decir, sensación de no poder dar más de sí emocionalmente; 2) sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo, y actitud distante y crítica ante el trabajo; y 3) sensación de ineficacia y falta de realización, sensación de no realizar adecuadamente las tareas y ser incompetente en el trabajo. Es necesario remarcar que el burnout está vinculado a las condiciones del trabajo y que puede aparecer en cualquier tipo de profesión.

Este síndrome tiene un componente aptitudinal y motivacional que se refleja en no poder trabajar y no querer esforzarse en el trabajo. Dicha disminución de la motivación es un indicador de cansancio y de que el trabajador debe dejar de trabajar para recuperarse. Esta disminución de la motivación suele manifestarse en distanciamiento mental y actúa como un mecanismo de protección para evitar que el individuo consuma energía y, por lo tanto, agote por completo sus recursos emocionales.

El burnout tiene consecuencias individuales en la salud y bienestar del trabajador, por ejemplo, agotamiento emocional, síntomas ansiosos y depresivos, insatisfacción laboral, bajo compromiso laboral, conflictos y deterioro de las relaciones interpersonales; pero también puede sufrir problemas familiares derivados de la actitud negativa que desarrollan quienes padecen el síndrome (no verbalizar, cinismo, agresividad, aislamiento, etc.).

4.8. LAS DISFUNCIONES LABORALES

En el apartado anterior se revisaron los trastornos mentales que con frecuencia se asocian a las condiciones de trabajo psicosociales. A continuación, se expondrán las principales disfunciones que no pueden considerarse trastornos, pero que tienen una importante influencia en el bienestar y salud de los trabajadores.

Se utiliza el término disfunción laboral cuando el objeto de atención es un problema ocupacional que no es debido a un trastorno mental, y que no es lo suficientemente importante para tener significación clínica (por ejemplo, la insatisfacción laboral). Las disfunciones laborales pueden ser observadas como signo de advertencia o alarma de otros posibles problemas y tienen las siguientes características:

- No son trastornos mentales.
- Son de origen claramente psicosocial.
- Tienen consecuencias en el rendimiento laboral.
- Afectan al rol laboral.
- Afectan a la salud y bienestar de la persona.

El fundamento que se seguirá para su clasificación es la falta o exceso de compromiso laboral. Se entiende aquí el compromiso como el grado de identificación del empleado con las tareas que realiza en su puesto y con la organización para la que trabaja.

4.8.1. Disfunciones derivadas de la falta de compromiso.

En este apartado se incluyen una serie de comportamientos desajustados con el denominador común de ausencia significativa de compromiso con el rol laboral y la organización. Las principales disfunciones por falta de compromiso son las siguientes:

4.8.1.1. Bajo rendimiento laboral.

Se produce cuando existe diferencia sustancial entre el rendimiento actual y el que cabría esperar de la adecuada organización del trabajo aun cuando el trabajador posee las competencias necesarias y exigidas por el puesto.

4.8.1.2. Reducciones temporales del rendimiento laboral.

Caracterizadas por reducciones de pocos días de duración de la capacidad de trabajar que hace que el rendimiento baje significativamente.

4.8.1.3. Absentismo.

Se puede definir como la ausencia de una persona de su puesto de trabajo en las horas que le correspondería trabajar. Se consideraría una disfunción cuando sin padecer ningún problema físico ni mental o situación que lo impida, el trabajador no asiste al trabajo por voluntad propia. Aquí también se incluye cuando el trabajador acude y está presente, pero no realiza las actividades propias del puesto de trabajo.

4.8.1.4. Conductas contra productivas.

Son aquellos comportamientos que se realizan intencionadamente y que van en contra de los intereses legítimos de la empresa. Son voluntarios y violan las normas organizativas. Las más habituales son la pérdida deliberada de tiempo, hurtos, robos, el trato impropio a los compañeros. Son acciones que no están necesariamente consideradas como ilegales, pero que perjudican la buena marcha de la organización.

Tabla 4.8. Conductas contra productivas más frecuentes

- Hurtos y robos.
- Destrucción de propiedades de la organización
- Mal uso de la información (falsificar, negociar, esconder, borrar o no guardar adecuadamente información)
- Mal uso del tiempo y de los recursos de la empresa
- Tomarse un tiempo excesivo de descanso, en las pausas para tomar café o las comidas
- Comportamientos imprudentes (por ejemplo, no seguir directivas de seguridad)
- Consumo de alcohol y de drogas
- Abusos verbales (insultos)
- Uso de correo electrónico para fines personales
- Usar Internet para fines no relacionados con el trabajo
- Hacer fotocopias para uso propio
- Llevarse material de la empresa (por ejemplo, bolígrafos o papel)
- Hacer negocios personales durante el tiempo de trabajo

4.8.1.5. Procrastinación o dilación de tareas.

Se trata de un conjunto de comportamientos que posponen o retrasan la realización de tareas y responsabilidades laborales de manera voluntaria, mientras que se priorizan actividades menos importantes.

4.8.1.6. Miedo al éxito.

Es una tendencia de la persona a ponerse obstáculos en su carrera profesional por el temor al propio triunfo. Así, eligen dejar pasar cualquier oportunidad de lograr éxito. Este comportamiento suele estar asociado a la timidez, la baja autoestima y sentimiento de culpa.

4.8.1.7. Miedo al fracaso (atiquifobia).

Es la evitación de actividades relacionadas con el desempeño de la tarea que puedan dar lugar a aumentar las posibilidades de fracaso. Es un temor frente a la posibilidad de no satisfacer las expectativas propias y de los demás, a equivocarse y cometer errores.

4.8.1.8 Insatisfacción laboral.

La satisfacción laboral se ha entendido como una respuesta afectiva positiva hacia el trabajo y sus diferentes aspectos. Por lo tanto, la insatisfacción sería lo opuesto, es decir, una respuesta emocional negativa, y entre sus consecuencias destacan el malestar, el burnout, el absentismo, la intención de dejar el trabajo y la rotación externa.

4.8.2. Disfunciones derivadas del compromiso excesivo

Estas disfunciones suceden cuando una persona invierte esfuerzos excesivos en el trabajo que resultan perjudiciales tanto para sí mismo como para su entorno familiar y social, sin afectar necesariamente el rendimiento laboral.

4.8.2.1. Adicción obsesivo-compulsiva al rol laboral.

La adicción al trabajo (*workaholic*, en inglés), se define como un conjunto de demandas autoimpuestas, trabajar de manera exagerada y excediéndose de lo normal o indicado por la empresa, incapacidad para regular los hábitos de trabajo, y por la exclusión de otras actividades de ocio y sociales. Las personas adictas al trabajo otorgan alta importancia y significado al trabajo, manifiestan una elevada energía y competitividad, sienten la necesidad de controlar todo lo relacionado con la actividad laboral, se centran en las tareas del puesto de trabajo y desprecian las relaciones interpersonales.

La adicción al trabajo se relaciona con la falta de autoestima, la obsesiva compulsión (obsesión con el trabajo y no poder controlarlo), la orientación al logro y el perfeccionismo. Los efectos perjudiciales derivan en cansancio y fatiga dado el número elevado de horas que se dedican al trabajo, y conflictos interpersonales por descuido de las obligaciones y responsabilidades sociales y familiares.

4.8.2.2. Patrón de comportamiento tipo A.

Se define como un comportamiento persistente en el trabajo que se caracteriza por la impaciencia, hiperactividad, competitividad, agresividad, hostilidad, ambición, y dar la máxima importancia al trabajo y al éxito laboral. Las características distintivas causan una cierta autoselección de los trabajos que implican un mayor grado de exposición a situaciones estresantes.

4.8.2.3. Síndrome del impostor.

Sucede cuando la persona desconfía de sí misma, piensa que sus logros son un fraude y que tarde o temprano será descubierto. A pesar de que haya pruebas de su competencia, están convencidos de que no merecen el éxito conseguido. Esta disfunción puede ser vista como complementario al efecto **Dunning-Kruger**, un sesgo cognitivo que lleva a las personas con bajas habilidades en un área específica a sobrestimar su habilidad; o a su opuesto: las personas con alto rendimiento tienen tendencia a subestimar sus habilidades en comparación con las de los demás.

**LA INTERVENCIÓN:
EL CAMINO HACIA EMPLEADOS
Y ORGANIZACIONES
SALUDABLES**



5. LA INTERVENCIÓN: EL CAMINO HACIA EMPLEADOS Y ORGANIZACIONES SALUDABLES

Por organización saludable se entiende a la forma de gestión empresarial que intenta promover la salud y el bienestar de sus trabajadores, mejorando tanto las condiciones de trabajo como los hábitos de salud de sus empleados. Va más allá del cumplimiento estricto de la norma en materia de salud y se apoya en una cultura, clima y prácticas que promueve tanto la salud de los empleados como la eficacia y eficiencia organizativa. Estas organizaciones, se caracterizan por tener bajas tasas de accidentes, enfermedades, incapacidad laboral y absentismo, a la vez que más satisfacción y compromiso, y por ser competitivas en el mercado.

Entonces, las empresas saludables son aquellas que cuentan y quieren contar con empleados “saludables” y que pretenden y alcanzan resultados “saludables” siempre bajo la perspectiva de la mejora continua. La idea es que promover empleados con buena salud mental, al igual contar con puestos de trabajo saludables, esto es, bien diseñados, contribuirán al objetivo de optimizarlas.

En este sentido, destaca el modelo HERO (Healthy and Resilient Organizations) (Salanova et al., 2012) que describe estas organizaciones como aquellas que cuentan con recursos y prácticas organizacionales saludables, empleados saludables y resultados organizacionales saludables. La primera, incluye las intervenciones y procesos que la organización realiza para reconocer y desarrollar las fortalezas y el talento de sus empleados. La segunda, busca cuidar de la salud y bienestar: reconoce la importancia de las emociones positivas y el valor que aportan las fortalezas de los miembros de la organización. Por último, también se consideran importantes los resultados económicos, que la empresa está dentro de una comunidad, que sea consciente del impacto que tiene en ella y que realice acciones en su beneficio (la denominada responsabilidad social corporativa, RSC).

El conocimiento cada vez mayor de la salud y bienestar de los trabajadores, de los factores psicosociales de riesgo, de los trastornos mentales y las disfunciones laborales, han contribuido al desarrollo de estrategias de intervención con el fin de la prevención, promoción y protección de la salud mental. Estas intervenciones se clasifican en tres tipos por orden de prioridad: primaria, secundaria o terciaria.

La primaria se refiere a las acciones dirigidas a reducir o eliminar los estresores y promover un medio ambiente de trabajo saludable. La secundaria, se centra en la persona y sus capacidades y consiste en la detección y tratamiento de las emociones negativas provocadas por el estrés y la promoción de estrategias de control. La terciaria trata de la rehabilitación y recuperación de las personas que han sufrido o sufren daño psicosocial.

Todo lo expuesto hasta aquí es fundamental a la hora de considerar los lugares de trabajo como escenarios básicos de promoción de la salud mental. Y esto es así por cuatro razones principales. Primero, las estructuras para promover la salud y la seguridad ya existen, y pueden utilizarse para aplicar las actividades dirigidas a este fin. Segundo, se puede llegar a un gran número de personas y dar información y asistencia para mejorar su salud y bienestar. Tercero, la promoción de la salud mental en el trabajo es un interés común de todos los integrantes de la empresa. Finalmente, el reconocimiento consensuado de la importancia del capital humano y de su gestión hace que la salud mental de los trabajadores y su aptitud para el trabajo estén estrechamente vinculadas, y son factores clave de la competitividad empresarial.

Las intervenciones en salud mental en el trabajo reducen los costes directos asociados a la asistencia sanitaria, pero también, por ejemplo, el absentismo, la rotación y la siniestralidad laboral. Una empresa saludable es aquella donde los empleados y supervisores colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores. Conseguir trabajadores y empresas saludables es un objetivo que se puede alcanzar de forma paulatina buscando que las intervenciones cuenten con un alto compromiso de la empresa y de acuerdo con los recursos disponibles.

La prevención, detección y tratamiento de los problemas de salud mental, y de las disfunciones laborales no es tarea sencilla, pues intervienen factores personales, psicosociales, organizativos y socioculturales. Su abordaje requiere, por lo tanto, una perspectiva multidisciplinar, con aportaciones de la medicina, la psiquiatría, la psicología, la sociología, la enfermería, etc. Además, requiere de una estrecha colaboración entre los diferentes servicios asistenciales implicados (atención primaria, atención especializada, empresa), de forma que se permita optimizar los recursos sanitarios disponibles y dar una respuesta eficaz a la demanda asistencial.

Por lo tanto, una aproximación comprensiva e integrada a la promoción de la salud mental en el trabajo debe considerar fundamentales las condiciones psicosociales, así como la participación y el compromiso de la empresa y de todos los empleados en las distintas fases de intervención.

En esta primera parte se ha realizado un análisis didáctico de los principales aspectos que tienen que ver con la salud mental y el trabajo de cara a la intervención para alcanzar una empresa y unos trabajadores saludables. Ahora es conveniente volver a considerar el conjunto.

En toda empresa coexisten dos dimensiones básicas: la económica y la psicosocial. La económica, trata de los recursos humanos disponibles y una óptima disposición de los recursos materiales y financieros, para buscar la eficacia y la eficiencia. La psicosocial tiende a la salud y el bienestar de las personas y a la adecuación de

sus comportamientos. Las dos dimensiones definen los principios que deben asumirse en la actividad directiva de las empresas: lograr que los empleados, mediante su comportamiento y competencias, generen beneficios tanto en sus propias utilidades como por sus repercusiones sobre los demás recursos y lograr, a la vez, que se consiga con la mayor de calidad de vida posible.

La dimensión psicosocial, debe contemplarse en sentido amplio y enfocada en el trabajador como persona y en su salud y bienestar. Pero lo psicosocial está estrechamente vinculado a lo económico: se precisa generar valor añadido y dotar a la sociedad de la capacidad económica suficiente que facilite entornos laborables a sus integrantes, y esto sólo se logra con la excelencia organizacional. La empresa, como la sociedad, debe combinar ambas dimensiones y tender hacia la calidad de vida, la salud mental y el bienestar de sus miembros.

Todo lo señalado en el este primer Manual intenta contribuir a la dimensión psicosocial y al principal objetivo que es promover la salud mental y el bienestar, así como optimizar el rendimiento de los empleados sin que el decremento en uno afecte al otro. Por lo tanto, uno de los mayores retos es convertir esta tendencia en un círculo virtuoso, en el que promover salud mental y bienestar en el trabajo suponga una mejora del rendimiento y viceversa.

**PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES
QUE PUEDEN ESTAR
RELACIONADAS CON LA
EXPOSICIÓN A RIESGOS
PSICOSOCIALES SEGÚN
GRUPOS DIAGNÓSTICOS DE
ACUERDO CON EL CIE-11**

ANEXO 1

ANEXO I. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES QUE PUEDEN ESTAR RELACIONADAS CON LA EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES SEGÚN GRUPOS DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON EL CIE-II.

DENOMINACIÓN GRUPO 5 - Trastornos Mentales	CÓDIGOS CIE-II INCLUIDOS
Ansiedad	MB 24.3
Estrés	QE 01
Depresión	6A7Z
Abuso de sustancias	6C4Z
Psicosis	6A2Z

DENOMINACIÓN GRUPO 7 - Enfermedades del Sistema Circulatorio	CÓDIGOS CIE-II INCLUIDOS
Hipertensión esencial	BA00Z
Disritmias cardíacas	BC9Z
Taquicardia supraventricular paroxística	BC81Z
Taquicardia sin especificar	MC 81.0
Palpitaciones	MC81.2
Infarto agudo de miocardio	BA 41.Z
Angina de pecho	BA40.Z
Hemorroides	DB 60.Z

DENOMINACIÓN GRUPO 9 - Enfermedades del Aparato Digestivo	CÓDIGOS CIE-11 INCLUIDOS
Aftas orales	DA01.10
Úlcera Péptica	DA 61
Gastritis y duodenitis	DA42 Z
Dispepsia	MD 92
Enteritis regional	555
Colon irritable	DD91
Nauseas o vómitos	MD90
Meteorismo	ME 01

DENOMINACIÓN GRUPO 12 - Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	CÓDIGOS CIE-11 INCLUIDOS
Dermatitis eritematoescamosa	690
Dermatitis seborreica	EA 81.Z
Dermatitis Atópica y estados relacionados	EA 80
Eccema	EA 8Z
Urticaria idiopática aguda	EB 00.0
Urticaria idiopática crónica	EB 00.1
Alopecia	ED 70.Z

DENOMINACIÓN GRUPO 13 - Enfermedades del Sistema Osteoarticular y Tejido Conjuntivo	CÓDIGOS CIE-11 INCLUIDOS
Cervicalgia	ME 84.0
Tortícolis no especificada	FA 71
Dolor de espalda no especificado	ME 86 2.Z
Mialgia y miositis no especificadas	729.1
Dolor musculoesquelético crónico primario	MG 30.02

DENOMINACIÓN CAPÍTULO 24 - (...) Problemas asociados con el empleo y desempleo	CÓDIGOS CIE-11 INCLUIDOS
Síndrome de desgaste ocupacional (burnout)	QD 85

**RECURSOS DISPONIBLES
SOBRE SALUD MENTAL
Y TRABAJO**

ANEXO 2

ANEXO 2. RECURSOS DISPONIBLES SOBRE SALUD MENTAL Y TRABAJO

BIENESTAR

La escala GHQ-28 se puede descargar en el siguiente enlace:

https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=CUESTIONARIO_GHQ-28.pdf

El PROTOCOLO PSICOV23 se puede descargar en el enlace siguiente:

<https://www.uam.es/uam/media/doc/1606943547882/protocolo-psicovs2023-2.pdf>

SATISFACCIÓN LABORAL

Se puede conseguir el cuestionario Overall Job Satisfaction Scale de Warr, et al., en el siguiente enlace:

<https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/05/NTP-394-Satisfacci%C3%B3n-laboral-escala-general-de-satisfacci%C3%B3n.pdf>

TRASTORNOS DE SALUD MENTAL Y TRABAJO

<https://www.rtve.es/play/videos/aqui-hay-trabajo/salud-mental-trabajo/16281923/>

Cómo cuidar la salud mental en el trabajo

https://www.youtube.com/watch?v=Sf-ldRHIk_0

ANSIEDAD

¿Qué es la ansiedad?

https://www.youtube.com/watch?v=dQUvd_zCKqI

Crisis de ansiedad (pánico)

<https://www.youtube.com/watch?v=liHm7Ogm7QU>

Técnicas a utilizar para combatir la ansiedad:

<https://www.youtube.com/watch?v=LV75x-lLuxw>

Estrategias de ayuda contra un ataque de ansiedad:

<https://www.youtube.com/watch?v=34ZVrmJxEUo>

¿A qué se le llama ansiedad?:

<https://www.youtube.com/watch?v=itpY33E8JHk>

Aprendiendo a medir mi ansiedad:

https://www.youtube.com/watch?v=ga7ztVxEI_o

Seis pasos para controlar la ansiedad:
<https://www.youtube.com/watch?v=zaeitZTkWwA>

TRASTORNO BIPOLAR

<https://www.youtube.com/watch?v=In1JTOJ4dyU>

ESTRÉS

Estrés laboral (Cruz Roja)

<https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=LXnVHjys8cE>

Estrés laboral

<https://www.youtube.com/watch?v=PPB6NiyXCSM>

Estrés post traumático

<https://www.youtube.com/watch?v=rOOr6i6AJvk>

DEPRESIÓN

¿Qué es la depresión?:

<https://www.youtube.com/watch?v=d3eQZDICeI0>

¿Cómo ayudar a un ser querido que cursa con depresión?:

<https://www.youtube.com/watch?v=s3CiRAmS9CQ>

Datos importantes a conocer con respecto a la depresión:

<https://www.youtube.com/watch?v=xH8rEPKuZKU>

Conociendo algunos signos y síntomas de la depresión:

<https://www.youtube.com/watch?v=cxG50TuyM4E>

¿Qué pasa en nuestro cerebro cuando estamos deprimidos?

https://www.youtube.com/watch?v=ga_8yvxCnk8

SUEÑO

¿Cómo cambiar mi estilo de vida para un buen dormir?:

<https://www.youtube.com/watch?v=BVj4O0vTk78>

Importancia del buen dormir en mis actividades diarias:

https://www.youtube.com/watch?v=W_9pDaE4TN4

Cinco actividades fáciles para mejorar tu sueño:

<https://www.youtube.com/watch?v=T-Vxag0C7NM>

ADICCIONES EN EL TRABAJO

<https://www.youtube.com/watch?v=4dEfj93c6wc>

https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=_F-vQ0LcKgE

Consecuencias del consumo de alcohol en el trabajo

<https://www.youtube.com/watch?v=qUbQMogwE6c>

<https://www.youtube.com/watch?v=mjlicenp30P4>

<https://www.youtube.com/watch?v=y3XUqasKqAc>

SÍNDROME DE DESGASTE OCUPACIONAL O BURNOUT

<https://www.insst.es/noticias-insst/sindrome-de-desgaste-profesional-burnout>

Se puede descargar la escala EPB en el enlace siguiente:

<https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/1995/anyes1995a17.pdf>

En el siguiente enlace se puede acceder al MBI-GS

https://www.insst.es/documents/94886/7850762/ntp_732.pdf

ENGAGEMENT

Se puede descargar el manual UWES en el siguiente enlace:

https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Espanol.pdf

CAPITAL PSICOLÓGICO

Se puede descargar la escala OREA en el siguiente enlace:

https://www.redalyc.org/pdf/167/16752019030_1.pdf

ACOSO PSICOLÓGICO

A continuación, aparecen los enlaces para la descargar distintos cuestionarios indicadores de acoso psicológico:

https://zagan.unizar.es/record/109320/files/TAZ-TFG-2021-1008_ANE.pdf

EVALUACIÓN DE RIESGOS

El CoPsoQ-istas21 es un método gratuito que se puede descargar en el enlace siguiente:

https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_703.pdf/2c8e594e-6330-429e-ae3d-f03d590ae087

Para descargar la aplicación informática:

https://copsoq.istas21.net/index.asp?ra_id=51

Se puede acceder mediante el siguiente enlace:

<https://old.istas.net/20190417-istas21app-web/index.html#/toolbar>

El método FPSICO 4.1 se puede descargar en el enlace siguiente:

<https://www.insst.es/documentacion/herramientas-de-prl/aip/fpsico-factores-psicosociales-metodo-evaluacion-version-4-1-2022>

ABREVIATURAS PRINCIPALES

AIP: Aplicación Informática de Prevención.

AT: Accidente de trabajo.

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, decimoprimer edición.

DRAE: Diccionario de la Real Academia Española.

EPI: Equipo de Protección Individual.

EU-OSHA: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

EWCS: European Working Conditions Survey.

HERO: Healthy and Resilient Organizations.

HSE: Health and Safety Executive (UK. Gob.)

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

INSST: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

IP: Incapacidad Permanente.

IT: Incapacidad Temporal.

ITSS: Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

LPRL: Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health.

NTP: Nota Técnica de Prevención.

OIT: Organización Internacional del Trabajo. OMS: Organización Mundial de la Salud.

PRIMA-EF: Psychosocial Risk Management Excellence Framework

PST: Promoción de la Salud en el Trabajo

PVD: Pantallas de Visualización de Datos

RAT: Retorno al Trabajo

SM: Salud Mental

TM: Trastorno Mental

TMC: Trastorno Mental Común

ESENER: Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes

UWES: Utrecht Work Engagement Scale

OREA: Escala de evaluación del capital psicológico (Optimismo, Resiliencia, Esperanza y Autoeficacia).

REFERENCIAS

92/131/CEE: Recomendación de la Comisión, de 27 de noviembre de 1991, relativa a la protección de la dignidad de la mujer y del hombre en el trabajo (OJ L 49 24.02.1992, p. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reco/1992/131/oj>)

Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(3), 107-115.

Carrión, M. A., López, F. y Pando, M. (2007). Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo "IVAPT-E-R". Colección Evaluación Psicosocial I. Asociación de Expertos en Psicología Aplicada "AEPA". Mollet del Vallès. Barcelona. https://www.academia.edu/117355862/Inventario_de_Violencia_y_Acoso_Psicologico_en_el_Trabajo_IVAPT_E_R

Criterio Técnico (DG ITSS) 104/2021 (2021). Sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en Riesgos Psicosociales. https://www.mites.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Atencion_ciudadano/Criterios_tecnicos/CT_104_21.pdf

Criterio Técnico (DG ITSS) 69/2009 (2009). Sobre las actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en materia de Acoso y Violencia en el Trabajo. https://www.mites.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Atencion_ciudadano/Criterios_tecnicos/CT_69_2009.pdf

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *The Journal of applied psychology*, 86(3), 499-512. PMID: 11419809

Department of Health and human Services, Centers for Disease Control and Prevention, & National Institute for Occupational Safety and Health. (2008). Exposure to stress: Occupational hazards in hospitals. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>

Diener, E. (Ed.). (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6>

Einarsen, S., & Raknes, B.I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims*, 12, 247- 263

Escartín, J., Rodríguez-Carballeira, Á., Gómez-Benito, J., & Zapf, D. (2010). Development and validation of the workplace bullying scale EAPA-T. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 519–539. <https://doaj.org/article/3d-ca2365e9d84ea2af553b1f80cea1a6>

EU-OSHA (Agencia Europea Pár.a la Salud y seguridad en el Trabajo) (2014). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

EU-OSHA (Agencia Europea Pár.a la Salud y seguridad en el Trabajo) (2022). *OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces*. https://osha.europa.eu/sites/default/files/Eurobarometer-OSH-in-post-pandemic-workplaces_en.pdf

EU-OSHA (Agencia Europea para la Salud y Seguridad en el Trabajo) (2020). *Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes*. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). <https://insst.es/documents/94886/710902/ESENER+%28Encuesta+europea+de+empresas+sobre+riesgos+nuevos+y+emergentes%29+2019.+Datos+de+España.pdf/0699090d-0ae1-405a-ac28-035f0a3d2bde?t=1604502188969>

García-Izquierdo, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 219–229.

Gil-Monte, P., Carretero Domínguez, N., Vicente Luciano, J., (2006). Prevalencia del mobbing en trabajadores de centros de asistencia a personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 275–292.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>

Goldberg, D. y Williams, P. (1988): *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor. The NFER-NELSON publishing Company.

González de Rivera, J. L., y Rodríguez-Abuín, M. (2003) Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. *Psiquis*, 24 (2): 59–69).

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, INSST (2022). *Directrices básicas Para la gestión de los riesgos psicosociales*.

ITSS (2009). *Criterio Técnico 69/2009 sobre las sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en materia de Acoso y Violencia en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

ITSS (2021). Criterio Técnico 104/2021 sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en Riesgos Psicosociales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Economía Social.

Karasek, R. (1998). El modelo demandas control: enfoque psicosocial, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, (vol. II, pp. 34.6-34.16). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Kelloway, E. K., Dimoff, J. K., & Gilbert, S. (2023). Mental Health in the Workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10 (Volume 10, 2023), 363-387.

Kristensen T. S., Borritz, M., Villadsen, E, y Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*, 19 (3), 192-207.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company (traducción española: *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca).

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, (269), 32590-32611.

Leymann, H. (1996). The content and development of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 165-184.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y trabajo*, 11 (32), 37-43.

Meseguer, M., Soler, M. I., Fernández-Valera, M., y García-Izquierdo, M. (2017). Evaluación del Capital Psicológico en trabajadores españoles: diseño y estructura empírica del cuestionario OREA. *Anales de Psicología*, 33 (3), 714-723.

Morán, C., González, T., y Landero, R. (2009). Valoración psicométrica del Cuestionario de Acoso Psicológico Percibido. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 25 (1), 7-16. <https://doi.org/10.4321/s1576-59622009000100002>

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Morante, M. E; Garrosa, E.; Rodríguez-Carvajal R., y Díaz-Gracia, L. (2008). Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: desarrollo y estudio exploratorio de una escala de medida. *Universitas Psychologica*, 7 (2), 335-345. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000200003&lng=en&lng=es

Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A., y Miralles, T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12(2), 185-207.

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Martínez, M., y Gálvez, M. (2007). Assessing workplace bullying: Spanish validation of a reduced version of the negative act questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 449-457.

Nota Técnica de Prevención (NTP) 854. (2009). Acoso psicológico en el trabajo: definición. INSHT

OIT. (2003). La prevención del estrés en el trabajo. Lista de puntos de comprobación. <https://www.sesst.org/wp-content/uploads/2020/01/manual-estr-s-oit.pdf>

OIT. (2020). Actualización de las necesidades del sistema: Mejora de la protección frente al ciberacoso y a la violencia y el acoso en el mundo del trabajo posibilitados por las TIC. <https://webapps.ilo.org/static/spanish/intserv/working-papers/wp001/index.html>

OMS (2015). Informe mundial de la salud 2015. El envejecimiento y la salud. <https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=4165>

OMS (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). <https://icd.who.int/es>

OMS (2022). Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo. <http://apps.who.int/bookorders>

Pérez-Bilbao, J., & Fidalgo, M. (1995). Job satisfaction: Overall job satisfaction scale. Barcelona: Centro Nacional de Condiciones de Trabajo.

Pfeffer, J. (2019). El trabajo nos está matando. Editorial Almuzara.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I. M. (2012). We Need a Hero! Toward a Validation of the Healthy and Resilient Organization (HERO) Model. *Group & Organization Management*, 37(6), 785-822.

Sánchez-López, M. P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity, and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.

Schaufeli, W., y Bakker, A. (2003). UWES Utrecht Work Engagement Scale. Utrecht: Utrecht University.

Schulte, P. A., Sauter, S. L., Pandalai, S. P., Tiesman, H. M., Chosewood, L. C., Cunningham, T. R., Wurzelbacher, S. J., Pana-Cryan, R., Swanson, N. G., Chang, C. C., Nigam, J. A. S., Reissman, D. B., Ray, T. K., y Howard, J. (2024). An urgent call to address work-related psychosocial hazards and improve worker well-being. *American Journal of Industrial Medicine*, 67(6), 499-514. <https://doi.org/10.1002/AJIM.23583>

Soler, M. I., Meseguer de Pedro, M., y García-Izquierdo, M. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 artículos de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48 (3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/zj.rlp.2015.09.002>

Soler, M. I., Meseguer, M., García-Izquierdo, M., e Hidalgo, M. D. (2010). Validez del cuestionario de conductas de hostigamiento (mobbing) de Einarsen y Raknes en una muestra del sector hortofrutícola. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 151-162.

Warr, P., Cook, J., y Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 79(52), 129-48.

A photograph of a woman and a man sitting at a table in what appears to be a cafe or office environment. The woman is in the foreground, looking down at a laptop. The man is in the background, also looking at a laptop. The image has a blue tint and a semi-transparent white text overlay.

**HERRAMIENTAS PRÁCTICAS:
HERRAMIENTAS PARA
MEJORAR LA SALUD MENTAL Y
EL BIENESTAR EN EL TRABAJO**

HERRAMIENTAS PRÁCTICAS

Herramientas para mejorar la Salud Mental y el Bienestar en el Trabajo

INTRODUCCIÓN

- Propósito del documento (p.102)
- Contexto de la situación (p.103)
- A quién se dirige este documento (p.105)

1. ETAPA I

1.1. ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN LA EMPRESA (p.108)

2. ETAPA II

2.1. EL COMPROMISO CON LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO (p.114)

3. ETAPA III

3.1. JERARQUIA DE LAS INTERVENCIONES. FASES DE ACTUACIÓN (p.117)

- 3.1.1. Sobre las fases de intervención (p.117)
- 3.1.2. Niveles de intervención (p.118)

3.2. FASE DE INTERVENCIÓN PRIMARIA (p.119)

- 3.2.1. Entorno psicosocial del trabajo (p.119)
- 3.2.2. Cumplimiento de la normativa de riesgos psicosociales (p.121)
- 3.2.3. Identificación de factores y riesgos psicosociales (p.122)
 - 3.2.3.1. Riesgos Psicosociales Emergentes (p.123)

3.2.4. La evaluación de los riesgos psicosociales (p.125)

- 3.2.4.1. Proceso de evaluación de riesgos psicosociales (p.126)
- 3.2.4.2. Métodos generales de evaluación psicosocial (p.127)
 - 3.2.4.2.1. Métodos de evaluación psicosocial cuantitativos (p.127)

3.2.5. Prevención de riesgos psicosociales específicos (p.128)

- 3.2.5.1. Prevención del estrés en el lugar de trabajo (p.128)
 - 3.2.5.1.1. Prevención de estrés en el trabajo. Lista de puntos de comprobación (OIT, 2013) (p.128)
 - 3.2.5.1.2. Guía electrónica de gestión del estrés en el lugar de trabajo (EU-OSHA, 2015) (p.129)
 - 3.2.5.1.3. Kit de herramientas de conversación para reducción de estrés (HSE-UK)(p.129)
 - 3.2.5.1.4. Prevención del Tecnoestrés. La Desconexión Digital (p.130)

3.2.5.2. Prevención de la violencia y el acoso en el lugar de trabajo (p.131)

3.2.5.2.1 Ciberacoso Laboral (p.131)

3.2.6. Medición del efecto en la salud (p.131)

3.2.6.1. Evaluación del impacto del trabajo en la salud psicosocial. Vigilancia de la salud. (p.132)

3.2.6.1.1. El protocolo PSICOVS2023 (p.132)

3.2.6.1.2. Otras escalas específicas de evaluación del impacto en la salud (p.132)

3.3. FASE DE INTERVENCIÓN SECUNDARIA (p.133)

3.3.1 Promoción de la salud en el trabajo (pst)(p.136)

3.3.1.1. Recursos para la PST por áreas de actuación (p.139)

3.3.1.2. Promoción de estilos de vida saludable (p.139)

3.3.1.2.1 Inactividad Física, sedentarismo y posturas inadecuadas (p.141)

3.3.1.2.2. Alimentación saludable (p.142)

3.3.1.2.3. Higiene del sueño (p.143)

3.3.1.2.4. Adicciones: Tabaquismo, alcohol y consumo de sustancias tóxicas (p.144)

3.3.1.3. El envejecimiento saludable. Gestión de la edad en la empresa (p.145)

3.3.1.4. El equilibrio entre vida laboral y personal (p.147)

3.3.1.5. Evaluación de la PST: indicadores y criterios de calidad (p.148)

3.3.2. Entrenamiento en el autocuidado personal (p.149)

3.3.3. Entrenamiento en autogestión y afrontamiento de estrés (p.152)

3.3.3.1. Entrenamiento en técnicas de afrontamiento a estrés (p.153)

3.3.3.2. Otros recursos para la autogestión de estrés (p.155)

3.3.4. Alfabetización en salud mental y bienestar (p.155)

3.3.4.1. Formación de directivos y línea de mando en salud mental y bienestar (p.156)

3.3.4.1.1. Contenidos de los Programas de Formación en SM para directivos y mandos (p.156)

3.3.4.1.2. Recursos para la formación de directivos en Salud Mental (p.158)

3.3.4.1.3 La formación sobre concienciación en SM para mandos y jefes de equipo (p.158)

3.3.4.1.4. La actuación ante las señales de advertencia del deterioro de la Salud Mental y Programas de Asistencia al Empleado (PAE) (p.159)

3.3.4.2. Formación de los empleados. reconocimiento de síntomas de salud mental (p.160)

3.3.5. Sensibilización en salud mental (p.162)

3.3.5.1 Normalizar y facilitar la comunicación y conversaciones sobre salud mental en el trabajo (p.162)

3.3.5.2. Reducir el estigma. Habilidades psicosociales y empatía (p.164)

- 3.3.5.2.1. Consecuencias del estigma y el rechazo (p.165)
- 3.3.5.3. Diversidad, Equidad e Inclusión (DEI) en el Lugar de Trabajo (p.167)

3.3.6. Promoción de estados y resultados positivos (p.168)

- 3.3.6.1 Promoción del Bienestar Emocional (p.168)
 - 3.3.6.1.1 Otros recursos para la promoción del bienestar psicológico (p.169)
- 3.3.6.2. Promoción de la Salud Mental en la empresa (p.170)
 - 3.3.6.2.1. Indicadores y evaluación de la salud mental en la empresa (p.171)
- 3.3.6.3. Engagement y Capital Psicológico (PsyCap) (p.172)

3.4. FASE DE INTERVENCIÓN TERCIARIA (p.174)

3.4.1. Retorno y permanencia en el trabajo (p.174)

- 3.4.1.1. Permanencia en el empleo para las personas con enfermedad crónica por TMC (p.175)

3.4.2. Adaptación y ajustes del trabajo para personas con tmc (p.178)

3.4.3. Apoyo y ayuda para las personas con tmc (p.180)

- 3.4.3.1 Plataformas, teléfonos y dispositivos de atención, ayuda y auxilio a las personas en el lugar de trabajo (p.180)
- 3.4.3.2. Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y Grupos de Ayuda coordinados por profesionales (p.182)

4. REFERENCIAS (p.185)

INTRODUCCIÓN

PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

Este documento se ha diseñado como una Caja de Herramientas con una serie de recomendaciones prácticas que facilitan el entrenamiento para la adquisición de determinados conocimientos y habilidades que favorecen el desarrollo de conductas y comportamientos saludables a nivel integral.

Este manual incorpora recomendaciones y prácticas que ayudan y guían a las empresas en el cumplimiento de su obligación legal para prevenir los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo (por ejemplo, estrés, violencia/acoso y agotamiento, entre otros), para proteger a todas las personas, incluidas aquellas que presentan con un problema de salud mental y facilitar, en su caso, el retorno y la continuidad de su trabajo. Y, más allá de este cumplimiento, para emprender prácticas basadas en la evidencia con el objetivo de proteger y promover la Salud Mental en el lugar de trabajo y dar apoyo a las personas con un trastorno mental.

Sigue un esquema paso a paso que permite ordenar en fases (primaria, secundaria y terciaria) las intervenciones con recomendaciones para la prevención, protección, promoción y el cuidado de la Salud Mental de las personas trabajadoras. El orden que se presenta es progresivo, destacando la necesidad de ir completando pasos previos para avanzar.

Como refuerzo se ofrecen enlaces a documentos, programas y prácticas que han servido de soporte para elaborar la guía, así como, a las páginas webs de las instituciones y organismos especializados en salud ocupacional cuyos procedimientos han mostrado su utilidad en la gestión integral de la Salud Mental.

Para el desarrollo de este manual se han considerado especialmente las Directrices sobre Salud Mental en el trabajo marcadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) reforzadas por las estrategias del Informe Conjunto de Políticas sobre la Salud Mental en el Trabajo elaborado por OMS-OIT (2022); y el enfoque de intervención integrada para la salud mental en el lugar de trabajo de LaMontagne et al. (2014), así como, el marco teórico desarrollado por Stevenson y Farmer (2017) quienes proponen unos estándares básicos independientes para apoyar la Salud Mental de los empleados y “permanecer y prosperar en el trabajo”.

Las recomendaciones que se presentan en este documento se han elaborado a partir de las conclusiones de los trabajos previos que evalúan la eficacia de lo realizado hasta hoy, proporcionando una base sólida de evidencia a partir de la cual se diseñan y establecen las actuaciones para desarrollar una Buena Salud Mental (SM) en la empresa.

Este Manual se estructura en tres bloques de intervención que parten de:

1. El establecimiento una **Política y el desarrollo del Plan de SM** de la empresa;
2. El establecimiento y **firma del Compromiso con la SM** en la empresa; y
3. La **implementación de los estándares de SM en las tres Fases de Intervención**, es decir, del posterior desarrollo de las actuaciones previstas, en sus distintos niveles, con la implicación de las personas en un proceso de mejora continua.

CONTEXTO DE LA SITUACIÓN

La Salud Mental, es una prioridad para la Comisión Europea, el 7 de junio de 2023 la Comisión adoptó la Comunicación sobre un Enfoque Integral de la Salud Mental con el objetivo de ayudar a los Estados miembros y a las partes interesadas a tomar medidas rápidas para hacer frente a los desafíos de la salud mental. Con esta nueva Comunicación, la Comisión Europea pone la salud mental a la par de la salud física. Las recomendaciones presentadas, resumen los conocimientos de las diferentes consultas y reuniones realizadas y describe los pilares que sustenta el nuevo Enfoque de Salud Mental. Entre las recomendaciones se subrayan las siguientes:

1. Desarrollar acciones para abordar más los riesgos psicosociales en el trabajo, incorporándolas entre los cinco pilares de las áreas de acción específicas.
2. Mejorar la alfabetización y la concientización sobre la salud mental, tanto a través de campañas nacionales como de acciones específicas en la fuerza laboral, de modo que, “aprendan las personas a reconocer síntomas y signos, cómo afrontar los problemas de salud mental o dónde pueden encontrar ayuda cuando sea necesario”.

La Cumbre de Balance de Seguridad y Salud en el Trabajo, celebrada en Estocolmo en mayo del 2023, ratificó que la Directiva marco 89/391/CEE era “un estándar de oro” para la protección de los trabajadores sobre los riesgos para su seguridad y salud, incluidos los riesgos psicosociales, pero señaló la necesidad de identificar e implementar intervenciones específicas dirigidas a:

1. LOS TRABAJADORES EN RIESGO 2. VENCER EL ESTIGMA

- Hacer que las conversaciones sobre salud mental sean algo natural;
- Reducir los conceptos erróneos sobre las personas y aumentar la aceptación.

3. REDUCIR LOS FACTORES ESTRESANTES PSICOSOCIALES Y MEJORAR LAS CONDICIONES LABORALES, DESARROLLANDO:

- Procedimientos de gestión de riesgos psicosociales, sobre el espacio/tiempo de trabajo
- Enfoques estratégicos de promoción de la salud mental y el bienestar laboral
- Directrices para facilitar programas de regreso al trabajo que permitan a las personas volver y permanecer en el empleo después de una ausencia por enfermedad mental.

4. MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN Y EL EMPODERAMIENTO EN SALUD MENTAL

- Organizar programas de prevención y actividades para promover la SM en el trabajo.
- Proporcionar a los trabajadores acceso a recursos y capacitación en salud mental.
- Mejorar la alfabetización y concienciación entre empleadores y empleados y capacitar a los mandos para identificar y reconocer señales tempranas de alerta de mala salud mental, así como, situaciones estresantes y de angustia en las personas trabajadoras.

5. MONITOREO Y EVALUACIÓN.

La obligación legal de **Prevenir los Riesgos Laborales**¹ relacionados con el deterioro de la Salud Mental y el Bienestar de las personas en el lugar de trabajo en España está regulado por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y los Reales Decretos posteriores. Una Norma que surge tras la trasposición de la Directiva Marco 89/391/CEE de la Unión Europea (UE) y que establece la obligación de las empresas de “garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo” incluidos los riesgos psicosociales. Sin embargo, no establece ninguna medida específica para su gestión.

Posteriormente, en el Acuerdo Marco Europeo del 8 de octubre de 2004 se determina que es responsabilidad del empresario emprender las actuaciones para identificar y prevenir problemas derivados de los riesgos psicosociales, como el estrés.

¹En la parte I. Conceptos Teóricos fundamentales se abordan los “Aspectos normativos fundamentales sobre prl y factores psicosociales” en el apartado 2.2.1.

A QUIÉN SE DIRIGE ESTE DOCUMENTO

Este manual es eminentemente práctico y está especialmente dirigido a los empleadores, responsables y técnicos de PRL y empleados de las pequeñas empresas para las que han resultado menos eficaces las fórmulas diseñadas hasta hoy para abordar la prevención de riesgos psicosociales, procurando que contribuya a reducir el estigma y sirva de impulso para abordar la salud mental desde y en el lugar de trabajo.

Presenta actuaciones específicamente dirigidas a las personas trabajadoras con enfermedades crónicas y a aquellos que se reincorporan a su puesto de trabajo después de un proceso de incapacidad, y aquellos especialmente sensibles a la exposición a estas condiciones, incluyendo particularmente a quienes han tenido una ausencia prolongada por alteraciones en su salud mental u otras patologías que puedan estar relacionadas con la exposición a las condiciones psicosociales o que puedan verse agravadas por las mismas.

Tal como se ha expuesto en la primera parte “Conceptos teóricos fundamentales”, su aplicación es posible en todos los sectores y actividades industriales, pero especialmente donde puedan existir grupos de trabajadores expuestos al riesgo de condiciones psicosociales laborales.

Esquema del desarrollo de etapas para la Prevención, Protección y Promoción de la SMT.

Figura 1: Etapas para el desarrollo de un Plan de Prevención, Protección y Promoción de la SM en la empresa

DESARROLLO DE UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN LA EMPRESA

Debe transmitir la Vision de la organización y los objetivos para cumplir con los estándares marcados.

Dirigido a:

- **Prevenir** un impacto negativo del trabajo en la Salud Mental.
- **Proteger y promover** la salud mental y el bienestar psicológico en el trabajo
- **Apoyar** a las personas trabajadoras con un problema de Salud Mental

FIRMA DE UN COMPROMISO CON LA SALUD MENTAL EN LA EMPRESA

Compromete a la empresa a apoyar la salud mental de las personas trabajadoras, influyendo en un cambio de cultura en el lugar de trabajo.

Prioriza la Salud Mental en el lugar de trabajo y establece un programa de actividades sistemático a partir de una línea base de Madurez de la organización en Salud Mental. Se mide el punto de inicio y se marcan los objetivos a alcanzar.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS FASES DE INTERVENCIÓN

Orienta las actuaciones a emprender por la empresa para conseguir prosperar en la Salud Mental en el trabajo.

Las fases ordenan y guían las intervenciones de la empresa estableciendo una jerarquía de prioridades.

Fase de intervención Primaria:

- Prevención Factores y Riesgos Psicosociales
- Vigilancia de la Salud

Fase de Intervención Secundaria:

Protección y Promoción de recursos personales y organizacionales.

Fase de Intervención terciaria:

Apoyo y recuperación

- Retorno al trabajo
- Adaptación y ajuste
- Apoyo a las personas

**ETAPA I:
ESTABLECIMIENTO DE LA
POLÍTICA DE SALUD MENTAL
EN LA EMPRESA**



ETAPA I

1.1. ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN LA EMPRESA

El trabajo ejerce un impacto sobre la salud mental de los empleados. De hecho, los trastornos de salud mental (por ejemplo, depresivos y ansiosos), los problemas y las disfunciones laborales (por ejemplo, la insatisfacción) son muy comunes entre la población trabajadora. Las políticas diseñadas por la empresa para su gestión influyen de manera positiva o negativa en la misma.

Un factor inicial y clave para una gestión eficaz de la Salud Mental en el lugar de trabajo es su consideración como un activo que hay que fortalecer y proteger. Además, como detalla la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA, 2024), una Política de Salud Mental en el Trabajo debe permitir a la empresa abordar los problemas de salud mental estableciendo una visión integral de los procedimientos y prácticas que se llevarán a cabo. Su objetivo principal ha de ser la promoción de la salud mental partiendo de las medidas preventivas de los riesgos psicosociales, de dotar de recursos y capacitar a las personas para afrontar el estrés laboral y ofrecer pautas de intervención temprana y apoyo para las personas con una condición de la salud mental, incluyendo la rehabilitación y el fomento del retorno al trabajo de las que precisaron una incapacidad por enfermedad, así como la realización de los ajustes razonables necesarios para ello.

Otros objetivos que deben contemplarse son: la alfabetización en Salud Mental, mejorar la capacitación de todos los trabajadores, reducir el estigma, y el desarrollo de una cultura organizativa orientada hacia la salud mental y los trabajadores saludables.

El Plan de Salud Mental resultante debe transmitir debe reflejar la Visión organizacional y responder a:

- Los **Estándares**² o las normas, requisitos y procedimientos imprescindibles que se deben cumplir para garantizar la Prevención, Protección y Promoción de la Salud Mental en el lugar de trabajo.
- Las exigencias legales sobre la materia, especialmente, el cumplimiento de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, abordando la

² Los estándares establecen las normas, requisitos y procedimientos que se deben cumplir para garantizar la salud y el bienestar mental en el lugar de trabajo. Consisten en la implementación de los procesos que permiten establecer (1) la Política, (2) el Compromiso con la Salud Mental y (3) la planificación y el desarrollo de las intervenciones recogidas en cada una de las fases para prevenir, proteger y promocionar la salud mental y apoyar a las personas con Trastorno Mental Común en el trabajo.

planificación del resto de actuaciones a partir de la evaluación de los riesgos psicosociales; y de la Ley 15/2022, de 12 de julio, Integral para la Igualdad de Trato y la no Discriminación.

El Plan de Salud Mental debe contemplar un marco teórico de referencia. En este caso se recomienda y se seguirá el propuesto por LaMontagne, et. al., (2014), que señalan tres líneas de intervención:

- Proteger la salud mental reduciendo los riesgos relacionados con el trabajo
- Promover la salud mental desarrollando los aspectos positivos del trabajo, así como, las fortalezas y capacidades positivas de los trabajadores
- Abordar cualquier problema de salud mental de los trabajadores sin importar la causa.

Del mismo modo, se siguen las directrices sobre salud mental en el trabajo marcadas por el Informe Conjunto de Políticas sobre la Salud Mental en el Trabajo de la OMS-OIT (2022), en el que se señalan las medidas para que los responsables e implicados puedan:

- Prevenir las afecciones de salud mental relacionadas con el trabajo
- Proteger y Promover la salud mental en el trabajo y
- Apoyar a los trabajadores con afecciones de salud mental.

Con este planteamiento, el Plan de Salud Mental de la empresa debe especificar las fases siguientes:

Fase de Intervención Primaria: Gestión eficaz de las condiciones de trabajo relacionadas con la salud mental.

El objetivo es reducir los riesgos psicosociales del trabajo. La realización de una Evaluación de Riesgos, como obliga la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), permite conocer el punto de partida y la situación de las condiciones psicosociales de la empresa. A partir de su resultado, se debe indicar cómo se implementarán las medidas correctoras para reducir los riesgos que deterioran la Salud Mental.

El Plan debe recoger el procedimiento para la evaluación y seguimiento del estado de Salud Mental y Bienestar de todos los trabajadores en cualquier nivel organizativo e incluir las herramientas de diagnóstico y detección, así como el registro, seguimiento y visualización de los datos de salud mental en la empresa. También

se debe establecer un Protocolo de Vigilancia de la Salud Psicosocial y, en su caso, facilitar el desarrollo de un Historial de Salud Individual por empleado.

Fase de Intervención Secundaria: Gestión eficaz de las personas

El objetivo es mejorar la respuesta ante los riesgos de la salud mental, capacitar y dotar de recursos a las personas para hacer frente a las demandas laborales para que el riesgo tenga un impacto menor. Para ello, resulta imprescindible concienciar y sensibilizar sobre salud mental a todos los empleados, otorgándoles responsabilidad como protagonistas del proceso de mejora de su salud mental y capacitándoles para enfrentarse a los riesgos adecuadamente.

En esta fase, es importante desarrollar un protocolo para la gestión del conflicto y el buen trato, que contribuya a la eliminación del estigma y la discriminación y capacite a las personas para identificar tales situaciones y, en su caso, denunciarlas. Igualmente, es primordial establecer un programa de comunicación sobre la salud mental para que las personas sepan con quién se puede hablar en estos casos y a quién recurrir, tanto internamente en la empresa, como fuera de ella.

Fase de Intervención Terciaria

Las actuaciones de esta fase se fundamentan en el apoyo y gestión del retorno y la continuidad en el empleo. El Plan de Salud Mental debe recoger explícitamente los recursos disponibles y los apoyos con los que cuentan las personas con un trastorno mental, dentro y fuera de la empresa, para retornar y permanecer en el trabajo.

El Plan de Salud Mental debe hacer partícipe, desde la fase inicial, a todo el personal de la empresa, para que pueda opinar y sentirse involucrado. Por lo tanto, un requisito básico es implicar a la cadena de mando y al resto del personal y sus representantes desde inicio. Es importante establecer un protocolo para el Retorno al Trabajo (RAT, a partir de ahora) que explicita los **Ajustes y la Adaptación del Puesto de trabajo**³ necesaria tras una ausencia prolongada por Incapacidad Laboral derivada de un trastorno de salud mental.

Además, los mandos y jefes de equipo deben conocer cuáles son las herramientas disponibles para adaptar el trabajo y prestar apoyo a estas personas.

³ Tras la modificación del artículo 49 del Estatuto de los Trabajadores (ET) es necesario establecer protocolos para la realización de Ajustes Razonables y la capacitación de las personas que deben regresar el trabajo tras una Incapacidad Permanente (IP) por motivo de SM. La reforma del artículo 49.1.e del ET permite eliminar como causa de extinción automática de la relación laboral la Incapacidad Permanente reconocida a una persona trabajadora, precisando realizar los ajustes razonables que posibiliten a las personas con discapacidad ejercer su derecho al trabajo.

En esta fase, resulta primordial consolidar el procedimiento de comunicación ya establecido, dado que, frente a una recaída o la aparición de signos o síntomas de advertencia, cualquier persona implicada (por ejemplo, compañeros y mandos) debe saber cómo actuar, de que medios dispone y a quién dirigirse para pedir ayuda.

Finalmente, resultará fundamental transmitir y comunicar la aprobación de Plan de Salud Mental de la empresa y su puesta en marcha. El Plan debe incorporarse en los Manuales de Acogida y de Retorno al Trabajo.

Para concluir este aparatado, se proporciona un esquema de referencia (Ver Tabla 1) para el Diseño de la Política y la elaboración del Plan de Salud Mental en la empresa.

Tabla 1: Esquema para la elaboración de un Plan de Salud Mental

FASES PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN SIGUEN ESTE ESQUEMA:

- Diseño del Plan de Salud
- Establecer un compromiso con la Salud Mental en el lugar de trabajo
- Determinar contenidos y actuaciones en las fases de Intervención: Primaria, secundaria y terciaria
- Implicar a la Cadena de Mando y resto de empleados en la Política y el Plan de Salud Mental
- Comunicar la Política de Salud Mental a todo el personal
- Implementación del Plan
- Seguimiento y Evaluación

CONTENIDO DE UN PLAN DE SALUD MENTAL:

- Marco Teórico y conceptual
- Descripción de los conceptos clave sobre Salud Mental
- Estándares y Marco Legal en materia de SMT
- Cómo puede afectar a las personas un Plan de SM. Cómo puede afectar a cualquier persona en cualquier momento y cómo puede afectar a cada persona de manera diferente

- Objetivo y finalidad
- Por qué se está desarrollando un plan de salud Mental
- Qué se quiere conseguir, cuáles son los Objetivos
- Metodología
- Cómo se ha desarrollado
- Procedimiento: cómo se va a implementar
- Responsables, personal asignado y referentes

RECURSOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN:

- Medios y soporte para su difusión
- Herramientas y soporte (interno-externo) para el personal (mandos y usuarios).
- Evaluación y Seguimiento
- Procedimiento y calendario para la evaluación de resultados
- Proceso de revisión, adecuación o actualización: Recursos y personal asignado.

**ETAPA II:
EL COMPROMISO CON LA
SALUD MENTAL EN
EL TRABAJO**

2

ETAPA II

2.1. EL COMPROMISO CON LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Que la empresa contraiga un Compromiso con la Salud Mental implica la adopción de un marco de actuación que abarque los estándares establecidos para mejorar y apoyar la salud mental de sus empleados. Su objetivo es “implicar a la empresa en el apoyo a la salud mental de los empleados e influir en un cambio de cultura en el lugar de trabajo” (APA, 2024).

El Compromiso con la Salud Mental comprende, por tanto, el conjunto de actuaciones que la empresa puede y debe desarrollar para promocionar la salud mental y el bienestar de las personas trabajadoras; y garantiza que se llevarán a cabo las actuaciones previstas para alcanzar los objetivos recogidos en el Plan de Salud Mental de la empresa.

Un recurso que permite establecer un Compromiso con la Salud Mental y adherirse a una comunidad internacional de responsables de empresas comprometidas que colaboran para acelerar el progreso en la salud mental en el lugar de trabajo es el Global Business Collaboration for Better Workplace Mental Health, una iniciativa internacional empresarial que tiene como objetivo promover y facilitar acciones para impulsar un cambio positivo en la salud mental en el trabajo.

MindForward
Alliance: Leadership Pledge

En su espacio web facilita, sin costo, información, recursos y el acceso para que las empresas puedan adherirse y firmar el Compromiso de Liderazgo de MindForward Alliance. Con la

firma de este compromiso las empresas se integran en una comunidad que establece la salud mental en el lugar de trabajo como una prioridad.

Con el fin de hacer visible el compromiso de la empresa con la salud mental resulta necesario partir de un estado inicial que permita:

- Establecer indicadores cuantitativos y cualitativos (por ejemplo, de absentismo)
- Determinar los parámetros a medir
- Evaluar y establecer la línea base de la madurez de la organización en salud mental
- Fijar las metas y objetivos.



Para conocer el estado inicial se puede emplear la plataforma H-WORK.

La aplicación da acceso a herramientas de evaluación que permitirán conocer cuál es el nivel de atención que presta la empresa a la salud mental y realizar una comparación con otras organizaciones, seleccionar el tipo de intervenciones eficaces en función de sus necesidades y estimar el coste que ahorraría con la puesta en marcha de intervenciones.

**ETAPA III:
FASES Y JERARQUÍA
DE LAS INTERVENCIONES**

3

ETAPA III

3.1. JERARQUÍA DE LAS INTERVENCIONES. FASES DE ACTUACIÓN.

3.1.1. Sobre las fases de intervención

Las fases que se proponen y recogen en este manual dirigen las intervenciones de las empresas estableciendo una jerarquía, su desarrollo está basado en la evidencia y en los marcos científicos de referencia que se han expuesto con anterioridad. La jerarquía indica, en primer lugar, las actuaciones preventivas dirigidas al origen del riesgo para intervenir sobre las condiciones y el entorno de trabajo psicosocial; en segundo lugar, las actuaciones que conducen a reforzar los recursos que capacitan a las personas en el proceso de mejora de su salud mental; y, en tercer lugar, las acciones de apoyo emprendidas por la empresa para la recuperación y para la adaptación de puestos que posibiliten a las personas con un **trastorno de salud mental**⁴ volver a su trabajo y permanecer en el mismo.

Por lo tanto, es crucial el hecho de diferenciar entre las medidas de Prevención y las de Protección y Promoción de la Salud Mental en el lugar de trabajo. Siguiendo a Kelloway (2023) las actuaciones se pueden clasificar en:

- 1. PREVENCIÓN.** Implica mejorar el equilibrio entre los factores estresantes del trabajo y los recursos para proteger la salud mental de los empleados.
- 2. PROMOCIÓN.** Está dirigida a capacitar a las personas en el lugar de trabajo, a mejorar la alfabetización en salud mental, reduciendo el estigma y mejorando el apoyo social. Las intervenciones a este nivel se dirigen a empoderar a los empleados dotándoles y facilitando el acceso a los recursos para mejorar su salud mental.
- 3. ADAPTACIÓN.** Desarrolla actuaciones dirigidas a facilitar el RAT y la permanencia en el trabajo de las personas con un trastorno de salud mental, mediante el desarrollo de políticas y programas que facilitan apoyo a estos empleados.

⁴ Los trastornos de salud mental incluyen trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados con una angustia significativa, deterioro del funcionamiento o riesgo de autolesión. Las personas con trastornos de salud mental tienen más probabilidades de experimentar niveles más bajos de bienestar mental, pero este no es siempre ni necesariamente el caso. Tal como propone OMS y se recoge en el Informe de Políticas de Salud Mental de OMS (2023). *Mental health at work: Policy brief (WHO)*.

El concepto de Trastorno de Salud Mental empleado en esta Guía incluye tanto los trastornos de salud mental (por ejemplo, depresivos y ansiosos) como los subclínicos (por ejemplo, trastornos psicológicos, angustia) y las disfunciones laborales, tal como se describen en el I Manual. Una persona tiene una condición de salud mental en el trabajo cuando sufre, en orden de menor a mayor gravedad, una disfunción laboral, un problema mental o un trastorno mental.

Tal como se recoge en las Directrices Básicas para la Gestión de los Riesgos Psicosociales (INSST, 2022), se clasifican en tres fases de intervención: Primaria, Secundaria y Terciaria.

La Fase de Intervención Primaria comprende las medidas de Prevención Psicosocial aplicadas que deben ser emprendidas de manera preferente al resto de las medidas que se incorporan en fases secundaria y terciaria. La Protección y Promoción alude al “proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (Valenzuela, 2006),

En los siguientes apartados, se resumen los recursos que, para cada una de estas fases de intervención: primaria, secundaria y terciaria, están disponibles con el objetivo de prevenir el deterioro, proteger y promover la Salud Mental y el Bienestar en el Lugar de Trabajo.

3.1.2. Niveles de Intervención

Como se ha detallado, las tres fases (primaria, secundaria y terciaria) dan prioridad y regulan de manera ordenada las intervenciones. A su vez, dentro de cada fase, las actuaciones, prácticas y herramientas disponibles, se pueden aplicar a diferentes niveles de actuación. De acuerdo con el modelo IGLOO desarrollado por Nielsen et al., (2018) se puede actuar en cinco niveles: Individuo, Grupo, Líder, Organización y Entorno (IGLOO por sus siglas en inglés):

- 1. INDIVIDUAL.** Medidas para mantener su propia salud y solicitar el apoyo que necesita
- 2. GRUPO.** Apoyo de los compañeros.
- 3. LÍDER.** Apoyo de los gerentes de línea y preparación para gestionar los riesgos.
- 4. ORGANIZACIÓN.** Desarrollo de políticas y prácticas de apoyo para mejorar la salud y el bienestar en el trabajo.
- 5. ENTORNO.** Servicios y apoyo externo de la comunidad.

3.2. FASE DE INTERVENCIÓN PRIMARIA: Prevención

El objetivo principal es suprimir o disminuir la exposición a los factores de riesgo. Las intervenciones, pueden ir dirigidas a la reducción de la duración de la exposición o la magnitud del riesgo (disminuyendo su probabilidad). Sin embargo, no siempre es posible intervenir directamente sobre la fuente o situación de riesgo. Existen riesgos inherentes a determinadas actividades que no pueden ser eliminados en origen como el trabajo por turnos en ciertos sectores. En estos casos, se implementarán intervenciones desde la fase secundaria, dirigidas a mejorar la protección, así como, dotar de recursos a las personas para mitigar o compensar los efectos negativos de dicha exposición.

En este apartado se incorporan herramientas que permiten al empleador dar respuesta al primer estándar establecido, es decir, a prevenir los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo, estrechamente vinculados a la Salud Mental y el Bienestar de las personas trabajadoras.

3.2.1. Entorno psicosocial del trabajo

Las condiciones psicosociales de trabajo son uno de los predictores considerados claves de la salud mental en el lugar de trabajo. Las condiciones psicosociales de trabajo se refieren a cómo se diseña, organiza y gestiona el trabajo (Leka & Cox, 2009) y se explican con mayor detalle en el I Manual de esta guía, en el que se presentan diversas tablas que recogen las clasificaciones de los factores y riesgos psicosociales más reconocidas, entre las que destaca la clasificación propuesta por Schulte et al. (2024b) y la recogida en las Directrices Básicas para la Gestión de los Riesgos Psicosociales (INSST, 2022).

La inadecuación de estos factores determinará la existencia de riesgos psicosociales precursores del deterioro de la salud mental y del malestar. Determinados factores han sido agrupados en seis Áreas Clave o Estándares de Gestión Psicosocial por el HSE (**Health and Safety Executive**)⁵ en el diseño del trabajo. La idea es que, si no se gestionan adecuadamente, se relacionan con peor salud mental y con malestar, un menor rendimiento y con mayores tasas de accidentes y ausencias por enfermedad. La Tabla 2 recoge la clasificación propuesta por el HSE que determina las seis áreas clave de gestión de riesgo psicosocial.

Tabla 2: clasificación de las áreas clave -Estándares- de gestión de riesgo psicosocial en el lugar de trabajo (HSE).

⁵ Health and Safety Executive (HSE) es el organismo regulador nacional británico en materia de salud y seguridad en el trabajo. Su objetivo es proteger a las personas y los lugares de trabajo y ayudar a que todos lleven una vida más segura y saludable. <https://www.hse.gov.uk/stress/standards/index.htm>

Demandas	La carga de trabajo, los patrones de trabajo y el entorno laboral.
Control	La cantidad de poder de decisión que tiene la persona sobre la forma en que hace su trabajo.
Apoyo	El estímulo, la ayuda y recursos proporcionados por la organización, los mandos o gerentes de línea y los colegas.
Relaciones	Promoción un trabajo positivo para evitar conflictos y abordar comportamientos inaceptables.
Rol	Comprensión de las personas de su rol dentro de la organización y si la organización se asegura de que no tengan roles conflictivos.
Cambio	Cómo se gestiona y comunica el cambio organizacional (sea grande o pequeño) en la organización

Fuente: Adaptado de What are the Management Standards? Stress and mental health at work. Topics (HSE).

Los métodos de evaluación de riesgos psicosociales permiten cuantificar y valorar el nivel de riesgo, siendo este el punto de inicio y la acción prioritaria de cara a la mejora de la salud mental en el trabajo. Para ampliar información y mejorar el conocimiento sobre los factores y riesgos psicosociales, y su evaluación se recomienda revisar el apartado 2.2.3 del I Manual.

Después de lo señalado con anterioridad, a continuación, se facilitan las herramientas y recursos para la Fase de Intervención Primaria ordenadas en los siguientes cinco apartados:

1. Cumplimiento de la Normativa de riesgos psicosociales (Actuación Inspectora sobre Riesgos Psicosociales).
2. Identificación de los factores y riesgos psicosociales.
3. Evaluación de los Riesgos Psicosociales: Metodología.
4. Gestión de riesgos psicosociales específicos.
5. Análisis del efecto en la salud.

3.2.2. Cumplimiento de la normativa de riesgos psicosociales.

Los aspectos normativos fundamentales de prevención de riesgos laborales en relación con los factores psicosociales de riesgo son analizados en el apartado 2.2.1. del I Manual.

En este punto se presenta como recurso, además de las Directrices publicadas por el INSST en respuesta al Plan de Acción de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, diferentes Criterios Técnicos y Guías desarrolladas por la ITSS, que serán de utilidad para las empresas.

La necesidad de invertir en prevenir los riesgos psicosociales en origen de manera efectiva y diseñar planes de actuaciones sobre los sectores y actividades más afectados se recoge en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027, entre las líneas de actuación incluidas en el II objetivo (n. 2.2.2).

El documento Directrices Básicas para la Gestión de los Riesgos Psicosociales, publicado por el INSST (2022), engloba las acciones clave a llevar a cabo, proponiendo diferentes ejemplos que ayudan a que se comprendan y se apliquen con mayor facilidad y destaca los beneficios de realizar una gestión psicosocial efectiva.



Esta publicación se desarrolló en respuesta a la solicitud recogida en la línea de actuación LA 3A.5a del Plan de Acción de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, que requería la elaboración de unas directrices básicas para la gestión de riesgos psicosociales en España acordes con las orientaciones de la UE.

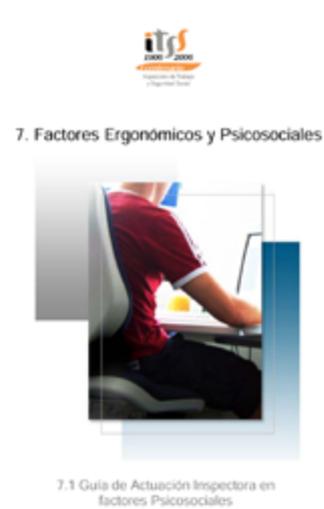
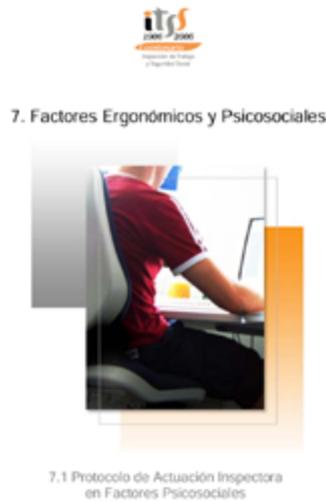
ACTUACIÓN INSPECTORA SOBRE RIESGOS PSICOSOCIALES

Los documentos elaborados por la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS, a partir de ahora) con la colaboración del INSST incorporan tanto los conceptos básicos como los criterios jurídicos de las actuaciones -proactivas y reactivas- que debe desarrollar el ITSS, además de incorporar anexos de carácter técnico. Por ello, son una herramienta útil para mejorar el conocimiento tanto de los factores y riesgos, como de la metodología de evaluación psicosocial validada para su uso en España. A continuación, se proporcionan los principales documentos que pueden servir de referencia, con mención especial al Criterio Técnico 104/2021 por ser el más actualizado.



CRITERIO TÉCNICO 384/2021, SOBRE ACTUACIONES DE LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL EN RIESGOS PSICOSOCIALES

CRITERIO TÉCNICO 69/2009 SOBRE LAS ACTUACIONES DE LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL EN MATERIA DE ACOSO Y VIOLENCIA EN EL TRABAJO



3.2.3. Identificación de factores y riesgos psicosociales

La distinción entre factor, factor de riesgo y riesgos psicosocial se aborda con detalle en el apartado 2.2.2. del I Manual, para saber más sobre su definición y clasificación conviene revisarlo.

Los recursos que se presentan en este apartado han sido publicados por el Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales (IAPRL). En el espacio web del IAPRL están disponibles una serie de píldoras formativas específicas, o vídeos de corta duración, donde se explica un concepto o tema concreto sobre los factores y riesgos psicosociales. Clicando sobre las imágenes se facilita el acceso a los contenidos sobre factores y riesgos psicosociales.





La Guía de Actuación ante Situaciones de Violencia Interna en el Trabajo (IAPRL, 2023) aborda de manera sencilla y con detalle (1) Estrés, (2) Violencia y (3) Fatiga (derivada de la ordenación del tiempo de trabajo), dado el consenso existente en la comunidad científica para clasificar los riesgos psicosociales en estos tres grandes bloques. Además, el IAPRL incorpora un Espacio Psico con las píldoras formativas sobre:

Estrés, violencia física, acoso sexual y por razón de sexo y acoso laboral, que son de gran utilidad para difundir conocimiento sobre riesgos psicosociales específicos.



Para saber más sobre los distintos tipos de violencia psicológica, en el I Manual se han desarrollado apartados que abordan “El acoso sexual, el acoso por razón de sexo y el acoso discriminatorio” y “El acoso psicológico en el trabajo” o mobbing, en los que se clasifican algunos tipos de conducta que pueden suponer acoso en el lugar de trabajo, incluido el Ciberacoso, como se expone en el siguiente apartado.

3.2.3.1. Riesgos Psicosociales Emergentes

Por otra parte, entre los riesgos actuales derivados del uso de las TIC (tecnologías de la información y comunicación) y reconocidos como Riesgos Psicosociales Emergentes, cabe señalar aquellos que provienen de las nuevas formas de organización del trabajo (NFT), como el Trabajo de Plataformas Digitales que expone a las personas a una mayor inseguridad laboral, inestabilidad de ingresos y precariedad; aislamiento y falta de apoyo social; desequilibrio entre vida laboral y personal y a una permanente supervisión electrónica del rendimiento, que deteriora la salud mental de las personas trabajadoras. En referencia al trabajo de plataforma, cabe recordar que, el 12 de agosto de 2021 entró en vigor el **Real Decreto-Ley 9/2021**, de 11 de mayo, que modifica el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, la conocida como “Ley Rider”.

Para ayudar a sensibilizar sobre estos riesgos, EU-OSHA dirige en 2024, la Campaña por un trabajo digital más seguro y saludable **2023-25: Trabajos seguros y saludables en la era digital** que aporta periódicamente recursos -informes, infografías, estudio de casos- sobre temas específicos relacionados con el impacto de las

nuevas tecnologías digitales en el trabajo y los lugares de trabajo. Entre las que se consideran áreas prioritarias se han desarrollado espacios concretos para abordar:

1. El trabajo en plataforma digital

2. El trabajo remoto e híbrido

Recientemente se ha publicado un documento elaborado por el Laboratorio-Observatorio de Riesgos Psicosociales de Andalucía (LARPSICO) de la Universidad de Jaén (2024), que aborda los **Impactos de la Directiva del trabajo** en plataformas en materia de seguridad, salud y riesgos psicosociales.

La Directiva sobre Trabajo en Plataformas Digitales ayuda a determinar correctamente la situación laboral de las personas que trabajan para plataformas digitales.

Otro documento interesante es el publicado por el INSST (2023) **Desafíos de la digitalización para la seguridad y salud en el trabajo**. La emergencia de riesgos psicosociales y el trabajo de plataformas digitales.

Para ampliar información sobre los riesgos vinculados a las TIC, se puede consultar, las notas técnicas de prevención siguientes: **NTP I122** y **NTP I123**. Esta última, recoge un listado de los riesgos psicosociales derivados de un uso inadecuado de las TIC e incorpora una serie de medidas preventivas para su reducción y control.

Sobre los Riesgos Emergentes derivados del uso de las tecnologías digitales conviene revisar la Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia.

Para saber más sobre estos se debe revisar el apartado 2.3. Factores Psicosociales de Riesgo Emergentes del I Manual, en el que se analiza y describe las Nuevas Formas de Trabajo (NFT), considerando el trabajo a distancia y el teletrabajo; y el impacto de las TIC en los riesgos psicosociales emergentes.

Sobre riesgos psicosociales emergentes, sin duda hay que destacar el impacto del Tecnoestrés, como una forma particular de estrés relacionado con la utilización de las TIC; la Tecnofatiga derivada de la exposición y la utilización exagerada y continua de la tecnología; y la Tecnoadicción como una incontrolable compulsión de utilizar las TIC en cualquier momento y lugar.

Por otra parte, en este II Manual se exponen, en un apartado posterior (4. Prevención de riesgos psicosociales específicos), se facilitan recursos para la evaluación del tecnoestrés y documentación para abordar la desconexión digital en las empresas.



En cuanto al trabajo remoto, el Consejo General de la Psicología de España ha publicado en INFOCOP (2024) el informe sobre las **Recomendaciones prácticas para mejorar la eficacia del trabajo a distancia** que recoge las conclusiones del Libro Blanco “Remote Work: Post-COVID-19 State of the Knowledge and Best Practice Recommendations” de la Sociedad para la Psicología Industrial y Organizacional (SIOP-Society for Industrial and Organizational Psychology).

3.2.4. La evaluación de los riesgos psicosociales

La definición de la evaluación de los riesgos está recogida en el artículo 3.1 del Reglamento de los Servicios de Prevención en el que se describe 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”.



El principal objetivo de la evaluación psicosocial es la de aportar información que permita determinar las consecuentes actuaciones dirigidas a los riesgos presentes y al entorno en el que se desarrollen. Evaluar implica tasar el grado o establecer

el nivel en el que se alcanza determinado valor de riesgo con potencialidad de influir negativamente en la seguridad y la salud de los empleados de cara a la planificación de las medidas de actuación para eliminarlos, reducirlos o contrararlos. La descripción del proceso de evaluación de riesgos psicosociales se puede consultar en el documento titulado “Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales” (INSST, 2022, p. 29).

3.2.4.1. Proceso de evaluación de riesgos psicosociales



Para conocer más sobre el diseño y el desarrollo del Proceso de Evaluación de Riesgos Psicosociales, se recomienda la lectura de la **Nota Técnica de Prevención 702**⁶ (NTP 702) que presenta un proceso de gestión de los factores psicosociales con los cuatro primeros apartados referidos a la evaluación de riesgos:

1. Identificación de los factores de riesgo.
2. Elección de la metodología, técnicas e instru-

mentos que se han de aplicar.

3. Planificación y realización del trabajo de campo.

4. Análisis de los resultados y elaboración de un informe.

5. Elaboración y puesta en marcha de un programa de intervención.

6. Seguimiento y control de las medidas adoptadas.

Por otra parte, también puede servir de ayuda, fundamentalmente para sensibilización, formación e información de las personas en el lugar de trabajo, otras herramientas editadas por el INSST como la serie de videos divulgativos que exponen casos de diferentes empresas sobre la evaluación de riesgos psicosociales.

⁶ La colección de *Notas Técnicas de Prevención (NTP)* fue iniciada en 1982 con el objetivo de que se convirtiera en un manual de consulta indispensable para todo prevencionista. La finalidad de su diseño fue la de proporcionar a los agentes sociales y a los profesionales de la PRL herramientas técnicas de consulta.



Evaluación de riesgos en una gran empresa. “Gestión riesgo psicosocial: Aguas de Barcelona” describe el procedimiento utilizado y destaca la importancia de que en todo momento sea un proceso transparente y participativo.



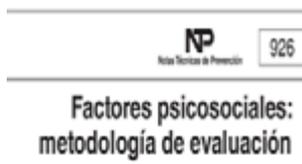
Integración de la prevención de riesgos laborales en una microempresa. “Gestión del riesgo psicosocial”. Presenta la gestión preventiva del riesgo psicosocial en una microempresa de comercio textil.

3.2.4.2. Métodos generales de evaluación psicosocial

Los métodos empleados para la evaluación han sido diseñados como aplicaciones informáticas, son de acceso y uso gratuito, y permiten evaluar el nivel de riesgo psicosocial a partir de las respuestas de los empleados a los cuestionarios autoadministrados que se completan de manera online. De este modo, se obtiene un valor del riesgo por puesto de manera anónima, del que se extraen los resultados para cada una de las unidades de análisis codificadas con antelación por parte de la empresa. Además, proporciona recomendaciones para reducir los riesgos evaluados. Algunas de estas aplicaciones disponen de versiones para pequeña y mediana empresa, o empresas de menos de 20 trabajadores.

3.2.4.2.1. Métodos de evaluación psicosocial cuantitativos

Hay varios métodos de evaluación disponibles y validados para su uso en nuestro país, ampliamente conocidos por los especialistas, técnicos superiores en PRL y miembros de los Servicios de Prevención, dada la exigencia legal de su cumplimiento, en este II Manual no se realiza una exposición extensa de los mismos, tan solo se resumen a continuación, como ejemplo, el publicado por el INSST y el IS-TAS21, dado que han sido abordados en el I Manual con mayor detalle.



Sobre el método de evaluación de factores psicosociales del INSST, la NTP 926 es la actualización de la anterior NTP 443, señalada en la FD-52, en la que se describe sus principales características para facilitar la identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial.

AIP.29.1.22 - FPSICO. Factores psicosociales. Método de evaluación. Versión 4.1 - Año 2022. La reciente y última actualización del programa de evaluación de factores psicosociales es la aplicación FPSICO 4.1 realizada por INSST. La herramienta FPSICO incorpora vídeos que son de gran utilidad para realizar formación y de sensibilización sobre los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo.

Además de la aplicación y la segunda versión del Manual del método CoPsoQ-istas21 publicados por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), el INSST publicó la NTP 703: El método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales en la que se resume sus bases conceptuales, características y estructura, forma de

uso de la herramienta y la presentación de los resultados que proporciona. Sobre este método se amplía información en el I Manual.

3.2.5. Prevención de riesgos psicosociales específicos

3.2.5.1. Prevención del estrés en el lugar de trabajo

El Estrés Laboral es descrito como un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y comportamentales a determinados aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización y las condiciones del trabajo, según se recoge en el apartado 2.1 del I Manual en el que se aborda y explica en detalle el Estrés como riesgo psicosocial y sus componentes básicos.

3.2.5.1.1. Prevención de estrés en el trabajo. Lista de puntos de comprobación (OIT, 2013)



Este documento publicado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2013) se considera una referencia de obligada lectura para todos los implicados en la prevención y gestión del estrés en el lugar de trabajo. Incorpora cincuenta puntos de comprobación, con acciones de mejora sencillas, que han demostrado ser viables y aplicables y de coste reducido.

3.2.5.1.2. Guía electrónica de gestión del estrés en el lugar de trabajo (EU-OSHA, 2015)



Desarrollado por EU-OSHA como parte de la Campaña para la gestión de los Riesgos Psicosociales y del Estrés en el lugar de trabajo, su contenido proporciona a las empresas, principalmente aquellas que tienen menos de 50 empleados, información sobre las siguientes áreas:

- Qué es y qué provoca el estrés laboral
- Cómo gestionar el estrés laboral

- La situación legal
- Los efectos en las empresas y los trabajadores

Este recurso facilita orientación para actuar en las tres fases propuestas como estándares de intervención, por tanto, se podrá recurrir al mismo cuando corresponda en cada una de ellas. En concreto para esta fase, se presenta como herramienta de intervención primaria en cuanto que ofrece a la empresa actuaciones iniciadas a partir de la Gestión de Riesgos (Evaluación de Riesgo Psicosocial y Acciones).

3.2.5.1.3. Kit de herramientas de conversación para reducción de estrés (HSE-UK)



El kit de "Herramientas de Conversación" para la Prevención del Estrés en el lugar de trabajo del HSE (UK), puede orientar en el diseño de estrategias de intervención que potencien la participación de los trabajadores en el proceso de reducción del riesgo psicosocial (prevención primaria). Dirigido a Mandos, este conjunto de herramientas está diseñado para ayudar a que

mantengan conversaciones iniciales con los empleados. Estas acciones permiten la participación de los empleados en el proceso de mejora y contribuyen a enriquecer la cultura preventiva. El kit contiene seis plantillas sobre diversos temas para iniciar conversaciones sobre las causas del estrés y las propuestas de mejora.

3.2.5.1.4. Prevención del Tecnoestrés. La Desconexión Digital

En referencia a los Riesgos Emergentes, en concreto sobre el Tecnoestrés y a las formas específicas del mismo (tecnoansiedad y tecnofatiga) un recurso disponible es la NTP 730 que describe y amplía información sobre el concepto y los tipos de tecnoestrés y de las estrategias de intervención psicosocial. El documento contiene el Cuestionario de Tecnoestrés (RED-TIC), con los datos normativos para la corrección de las puntuaciones de las escalas de tecnoansiedad y de tecnofatiga.

Es importante señalar que, todas las empresas tienen la obligación de garantizar el derecho a la desconexión digital de los empleados tras la aprobación de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y Ley 10/2021 de Trabajo a Distancia.



Un recurso que puede ayudar, en este cometido, es el espacio monotemático sobre desconexión digital editado por el INSST. Incluido en una campaña dirigida a responsables

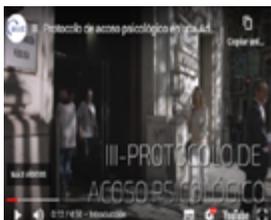
de empresas y aquellos que pueden contribuir a potenciar una cultura de salud y el bienestar digital, contiene material para facilitar acciones de sensibilización y formación sobre los riesgos de la hiperconectividad y las medidas preventivas que resultan esenciales para promover la desconexión digital. En este espacio se proporciona el material en formato de video, díptico, cartel y banner y se facilita acceso a la normativa y el resto de información de interés dirigida a los empleados y a los empleadores.



El Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales (Osalan) ha editado una calculadora para medir la salud digital en el trabajo de los empleados, una herramienta incluida en la campaña (2024) Desconectar para conectar, tiene como objetivo sensibilizar sobre el derecho a la desconexión digital y la importancia de establecer límites saludables entre la vida profesional y la familiar.

Se trata de dar a conocer la existencia de este derecho para garantizar que las personas trabajadoras puedan desconectar de las herramientas tecnológicas y comunicaciones laborales.

3.2.5.2. Prevención de la violencia y el acoso en el lugar de trabajo



En el apartado 2.3.4. del I Manual se aborda con detalle la violencia y los distintos tipos de acoso en el lugar de trabajo.

En este II Manual, se aportó el acceso a los materiales y a las píldoras diseñadas por el IAPRL frente a los riesgos psicosociales, así como, el enlace a los vídeos editados en 2018 por INSST. Por esta razón, en este apartado solo se facilita el acceso al tercer video de la serie sobre el acoso psicológico que recoge el Protocolo de acoso psicológico y explica su funcionamiento en una Administración Pública.

Se puede ampliar información en el espacio web del INSST sobre [Violencia en el trabajo](#), que proporciona acceso a las NTP, vídeos y resto de enlaces específicos sobre el tema.

Para conocer más, desde un punto de vista normativo, se puede consultar la Guía para la [Prevención y actuación frente a la violencia y acoso en el trabajo](#) editada por CAEB con la financiación del Instituto Balear de Seguridad y Salud Laboral (IBASSAL) en la que se aborda la normativa aplicable, las obligaciones empresariales, buenas prácticas y la doctrina judicial.

Para conocer más, desde un punto de vista normativo, se puede consultar la Guía para la [Prevención y actuación frente a la violencia y acoso en el trabajo](#) editada por CAEB con la financiación del Instituto Balear de Seguridad y Salud Laboral (IBASSAL) en la que se aborda la normativa aplicable, las obligaciones empresariales, buenas prácticas y la doctrina judicial.

3.2.5.2.1. Ciberacoso Laboral

Tal como se describe en el I Manual (apartado 2.5), se entiende por Ciberacoso Laboral la realización de cualquier comportamiento hostil contra una persona a través de las TIC.

Para mejorar la protección frente al ciberacoso y la violencia y el acoso en el mundo del trabajo posibilitados por las TIC la (OIT, 2020) elaboró un documento de trabajo en el que se abordan las definiciones jurídicas y los aspectos normativos, sus consecuencias y se proponen algunas medidas de actuación.

3.2.6. Medición del efecto en la salud

En el I Manual se dedica un amplio apartado a la descripción y análisis de los trastornos derivados de la exposición a riesgos psicosociales en el trabajo. En concreto, sobre los trastornos mentales en el capítulo IV "Trastornos Mentales y Disfunciones Relacionadas con las Condiciones Psicosociales del Trabajo", se explican los trastornos de adaptación y las reacciones a estrés, la ansiedad y la depresión, entre otros.

EL EFECTO SOBRE LA SALUD DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO: UNA VISIÓN GENERAL (2018)



Este documento se propone como referencia para mejorar el conocimiento del impacto en la salud de los riesgos psicosociales. Fue traducido del publicado por la OMS en 2010: Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview y por el INSST (2018).

SALUD MENTAL Y TRABAJO. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN (INSST, 2023)



Este recurso ofrece información que permite mejorar el conocimiento sobre la prevalencia de la exposición a factores psicosociales con efectos negativos sobre la salud mental y realiza un análisis diferencial de cada uno de ellos por género para las diferentes actividades.

También, permite mejorar el conocimiento sobre el Trastorno Mental Común y los factores laborales asociados a la presencia de daño mental como la ansiedad, depresión y burnout. Además, proporciona información sobre las características de los casos con trastorno mental y del comportamiento en las actividades con mayor incidencia.

3.2.6.1. Evaluación del impacto del trabajo en la salud psicosocial. Vigilancia de la salud.

3.2.6.1.1. El protocolo PSICOVS2023

Es un protocolo dirigido a los profesionales sanitarios de los servicios de prevención, a las Unidades Básicas de Salud, que proporciona una compilación actualizada de los métodos (4.2. Metodologías específicas) para valorar la afectación de las personas trabajadoras tras la exposición a los riesgos psicosociales. Consta de diferentes escalas que permiten al especialista finalmente determinar la aptitud de la persona para un determinado puesto y la gestión del Retorno al Trabajo.

3.2.6.1.2 Otras escalas específicas de evaluación del impacto en la salud

Uno de los instrumentos incluidos en el Protocolo PSICOV23 para la evaluación de Salud Psicológica es cuestionario General Health Questionnaire (GHQ-12) de Goldberg y Williams (1988). Este cuestionario validado para su uso en España es un instrumento válido para detectar problemas psicosomáticos, disfunción social, ansiedad y depresión.

Disponible en dos versiones, los cuestionarios están disponibles en los siguientes enlaces:

[- El cuestionario G.H.Q.-28](#)

[- El cuestionario G.H.Q.-12](#)

Una explicación detallada de las escalas del GHQ y de otras “escalas específicas para valorar riesgos y la afectación de las personas trabajadoras” se presentan en el apartado 3.2.1. del I Manual en el que se aborda:

1. La evaluación del desgaste ocupacional o burnout.
2. La evaluación del acoso psicológico.
3. La evaluación de la salud psicológica.
4. La evaluación de la satisfacción laboral.

3.3. FASE DE INTERVENCIÓN SECUNDARIA:

Protección

Las medidas desarrolladas en esta fase se centran principalmente en la persona y, a diferencia de las actuaciones de prevención primaria descritas en el punto anterior, no van dirigidas a eliminar el riesgo en origen modificando las condiciones de trabajo, sino que, son Medidas de Protección Psicosocial dirigidas a capacitar a las personas a enfrentarse a los riesgos laborales para minimizar su impacto negativo en la salud y el bienestar.

Las intervenciones se basan en potenciar los recursos para lograr resultados positivos como el engagement y el bienestar. Por tanto, las actuaciones y procedimientos propuestos aquí tienen como objetivo incrementar los recursos personales y organizativos para mejorar la capacidad de respuesta y de afrontamiento de las personas a los riesgos psicosociales, y se recogen dos grupos de acciones. En primer lugar, se encuentran intervenciones diseñadas para fortalecer las habilidades y recursos de las personas y las organizaciones, mejorando la capacidad de respuesta antes las demandas de determinados contextos de trabajo. Concretamente:

1. Se dirigen a potenciar los recursos personales, para ayudar a los empleados a mejorar sus conocimientos y habilidades de autocuidado, gestionar mejor su entorno laboral, y amortiguar los efectos de las malas condiciones laborales.

2. A la vez, se deben desarrollar recursos a nivel organizativo. Estas actuaciones incluyen, entre otras, el desarrollo de protocolos para mejorar la comunicación sobre salud mental, con quien se puede hablar asegurando la confidencialidad; los protocolos para la gestión del conflicto y buen trato, que contribuya a la eliminación del estigma y la discriminación; y los programas de capacitación de las personas para identificar tales situaciones y procedimientos de comunicación y denuncia ante las mismas.

En segundo lugar, se proponen programas de entrenamiento que permitan mejorar los resultados positivos, centrados en abordar las fortalezas y potenciar directamente: el Engagement, el Capital Psicológico y el Bienestar Psicológico.

A modo de resumen y bajo la premisa de que el lugar de trabajo es un entorno óptimo para crear una cultura de salud que puede incentivar la adopción de estilos de comportamiento saludables en el trabajo, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de EEUU [**Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**]⁷ en su portal de "Promoción de la Salud" y en el apartado dedicado a la Salud Mental en el Trabajo, propone las siguientes acciones para mejorar la Salud Mental de los empleados:

1. Poner a disposición de todos los empleados herramientas de autoevaluación de salud mental.
2. Ofrecer evaluaciones clínicas gratuitas o subvencionadas para la depresión por parte de un especialista, con seguimiento y derivación clínica cuando sea necesario.
3. Ofrecer seguro médico gratuito o subvencionado para tratamientos contra la depresión y asesoramiento sobre salud mental.
4. Subvencionar programas de coaching, asesoramiento o autogestión de estilo de vida.
5. Distribuir materiales, como folletos y videos, a todos los empleados sobre los signos y síntomas de mala salud mental y las oportunidades de tratamiento.

⁷ Uno de los CDC es el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), la agencia federal encargada de hacer investigaciones y recomendaciones para la prevención de enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo.

6. Organizar seminarios o talleres que aborden técnicas de manejo del estrés y la depresión, como: atención plena, ejercicios de respiración y meditación, para ayudar a los empleados a reducir la ansiedad y el estrés y mejorar la concentración y la motivación.

7. Crear y mantener espacios tranquilos dedicados a las actividades de relajación.

8. Facilitar formación a los gerentes para ayudarles a reconocer los signos y síntomas de estrés y depresión del personal y animarlos a buscar ayuda profesional.

9. Ofrecer a los empleados oportunidades de participar en decisiones sobre estrés laboral.

A continuación, se describen los distintos recursos clasificados en seis apartados como puede observarse en la Tabla 3.

INTERVENCION	OBJETIVOS	RECURSOS Áreas y contenido de las intervenciones
I. Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo	Promocionar hábitos de vida saludable en el lugar de trabajo, debe ser complementario al diseño de entornos de trabajo seguros y saludables (prevención primaria).	Estilos de vida saludable Inactividad física, sedentarismo, higiene postural Nutrición y salud. Alimentación Saludable Higiene del Sueño Tabaquismo y Alcohol Prevención del uso-abuso de Sustancias El envejecimiento
II. Entrenamiento en Autocuidado	Mejorar los niveles de participación consciente en conductas que mantienen y promueven el bienestar permitirá mitigar los efectos negativos del impacto de los riesgos.	Autogestión de las actividades que optimizan la salud física y mental. Generar hábitos salutogénicos, incrementando el propio control sobre la salud.
III. Entrenamiento en técnicas de afrontamiento a estrés	Mejorar las habilidades de las personas en el manejo del estrés les permita adaptarse para mantener su salud y bienestar.	Entrenamiento en técnicas de: Control emocional Atención plena Meditación, Respiración y Relajación
IV. Alfabetización en Salud Mental.	Mejorar el conocimiento sobre la salud mental y el reconocimiento de síntomas del personal y específicamente para mandos y directores de equipos de personas.	Formación en Salud Mental para todos los empleados Capacitación de directivos, mandos, responsables de equipos de personas, etc. Capacitación empleados.
V. Sensibilización sobre Salud Mental	Integrar la diversidad en la empresa. Reducir la estigmatización y el rechazo. Normalizar y facilitar la comunicación y conversaciones.	Programas de comunicación (Conversaciones SM) Protocolos para la gestión del Conflicto y de Buen Trato. Eliminar Discriminación e Integrar diversidad.
VI. Promoción de los Estados Resultados- Positivos	Promover, a todos los niveles (persona, grupo, organización y entorno) los aspectos positivos de la Salud y el Bienestar Mental.	Bienestar Psicológico Salud Mental Engagement Capital Psicológico

Tabla 3: Clasificación de los recursos disponibles para que la empresa pueda contribuir a mejorar la Salud Mental en el lugar de trabajo.

3.3.1 . Promoción de la salud en el trabajo (pst)

La Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP, 2018) define la **Promoción de la Salud en el Trabajo (PST)**⁸ como “el esfuerzo combinado de empresarios, trabajadores y sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el entorno laboral”.

En este apartado se presentan algunas de las actuaciones desarrolladas y propuestas por los diferentes Organismos e Instituciones dedicadas a la PST y las recomendaciones y prácticas resultado de estudios e investigaciones precedentes.



El espacio web del INSST dirigido a la PST tiene como objetivo favorecer el intercambio de información y conocimiento en España y el resto de Europa, desarrollar una comunidad virtual para conseguir el mejor nivel de salud en la población trabajadora y, de manera extensiva, en el resto de población general, respetando la visión de la ENWHP sobre: “Trabajadores sanos en empresas saludables”.



El anterior recurso enlaza con el espacio de la Red Española de **Empresas Saludables (REES)**⁹ donde se explica a las empresas cómo se puede pertenecer a la REES y como obtener el **Reconocimiento de Empresa Saludable**¹⁰, **Reconocimiento de Buenas Prácticas empresariales en Promoción de la Salud.**

⁸ Esta definición se basa en la Declaración de Luxemburgo (1997) elaborada por los miembros de la ENWHP. Describe la PST de trabajo como “una estrategia empresarial moderna que aspira a la prevención de los riesgos profesionales (incluyendo enfermedades relacionadas con el trabajo, accidentes, lesiones, enfermedades profesionales y estrés) y a aumentar la capacidad individual de la población trabajadora para mantener su salud y calidad de vida” (ISSA, 2019).

⁹ En 2013, el INSST pone en marcha el proyecto de la Red Española de Empresas Saludables (REES), elaborado a partir del modelo de la ENWHP, con el objetivo de “reconocer el trabajo de las empresas en el ámbito de la mejora de la salud y bienestar de sus trabajadores y trabajadoras, así como, promover la cultura de la salud y el intercambio de experiencias empresariales”.

¹⁰ En el último apartado del I Manual se aborda el Modelo HERO (Healthy and Resilient Organizations) de Organizaciones Saludables y Resilientes.

En la Tabla siguiente se recogen los premios otorgados a la mejor acción en promoción de la salud mental de 2023 y 2024.

AÑO	Primer Premio	Primer Accésit	Segundo Accésit
2024	Agencia Tributaria de Madrid Gestión de las emociones y la comunicación para prevenir la enfermedad mental	Ayuntamiento de Alcobendas Mindhunters	Ibermutua, Matepss.nº274 Escape room virtual
2023	Codisoil, S.A. Grupo de WhatsApp con recomendaciones de profesionales	Henkel Ibérica, S.A. Mental-Scouts para preservar-potenciar la SM en el final del COVID-19	Acciona, S.A. Emociones 360: formación para mejorar la salud emocional

También se incluyen enlaces a los casos de buenas prácticas de PST presentados por la [ENWHP](#) de empresas de distintos sectores, tamaños y países. Como ejemplo, la 2ª Iniciativa, en la que participaron 16 países europeos, con el título de “Pequeños, Saludables y Competitivos” muestra cómo se establecen y promueven buenas prácticas para la PST en PYME y microempresas y ofrece recomendaciones sobre su implementación.



Otro recurso disponible es el espacio monotemático desarrollado por el INSST (2024) #MiTrabajoTambiénEsSalud que incluye en la Campaña el Procedimiento para implementar un Programa para la PST, en el que se establecen las fases y requisitos necesarios para su desarrollo e implementación.



Coincidiendo con las actividades propuestas por la ENWHP, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) ofrece, en la hoja informativa 94, la visión global de la PST animando a los empleados

a que asuman un papel activo en la búsqueda de la salud.

Entre las actividades de PST que las empresas pueden desarrollar señalan las siguientes:

- Mejorar el equilibrio vida laboral y personal. Por ejemplo, facilitar apoyo (posibilitar servicio de guardería).
- Mejorar y mantener la salud mental. Por ejemplo, mejorar la participación de las personas y facilitar conversaciones para conocer sus opiniones; formación para reducir el estrés, relajación y asesoramiento psicológico.

- Cuidar la salud. Por ejemplo, reconocimientos médicos periódicos sobre la presión arterial, el colesterol y la glucemia.
- Promocionar la actividad física: ofrecer actividades físicas fuera del trabajo; organizar actividades deportivas; proponer alternativas al uso del ascensor.
- Promocionar estilos de vida saludable: información y apoyo sobre alcohol y las drogas; alimentación saludable y promocionando su consumo en jornada laboral (menús adaptados, etc.).



Otro documento que se puede emplear como recurso y define las actuaciones para promover el cuidado de la salud mental de las personas mediante la promoción de hábitos saludables es el propuesto por la Confede-

ración de Salud Mental de Galicia (FEAFES), que señala las siguientes como áreas de actuación:

- Los hábitos de alimentación: para prevenir problemas de salud física y mental, lo ideal es tener una dieta equilibrada.
- El autocuidado personal: es decir, prestar atención a la higiene personal, la vestimenta, etc.
- El estilo de vida: potenciar los ritmos tranquilos, disfrutar de las cosas importantes de la vida y del tiempo de ocio, evitar el estrés y los excesos, huir del sedentarismo, etc.
- El consumo de sustancias: reducir o evitar el consumo de sustancias tóxicas, tanto legales como ilegales.



Finalmente, la guía práctica publicada por CROEM, especialmente dirigida a pymes, micropymes y trabajadores autónomos, cuyo objetivo es guiar la implementación de un programa de bienestar organizacional. Este documento aporta conocimientos y herramientas prácticas y muestra los elementos que integran un programa de bienestar siguiendo el modelo de la OMS que ordena en cuatro áreas de actuación las medidas a adoptar, con intervenciones que van más allá del cumplimiento de la norma.

3.3.1.1. Recursos para la PST por áreas de actuación

Con el fin de resumir las aportaciones a la PST, a continuación, se presentan distintos recursos clasificados en tres áreas fundamentales:

1. LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- Inactividad física, sedentarismo, higiene postural
- Nutrición y salud. Alimentación Saludable
- Higiene del Sueño
- Tabaquismo, alcohol y consumo de sustancias tóxicas

2. EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

3. EL EQUILIBRIO ENTRE VIDA LABORAL Y PERSONAL

3.3.1.2. Promoción de estilos de vida saludable

Kit de herramientas CHRODIS PLUS para los lugares de trabajo

Un toolkit para la promoción de la salud, el bienestar y la participación en los lugares de trabajo



En 2019, la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía elaboró un conjunto de herramientas que puede servir de modelo para la implementación de un programa de PST en cualquier empresa. La Herramienta de capacitación chrodis plus para la gerencia está dirigida a la promoción de la inclusión de personas con enfermedades crónicas; y las Herramientas para los lugares de trabajo, a la promoción de la salud, el bienestar y la participación en los lugares de trabajo.



La OMS diseñó la aplicación Shara mediante Inteligencia Artificial (IA) para ayudar a las personas a llevar una vida más saludable. Sarah, trabajadora virtual de salud de la OMS, aporta información sobre salud mental. Disponible las 24 horas, ofrece asesoramiento para reducir el estrés, tener una



Mi Trabajo también es Salud, es la campaña del INSST dirigida a mejorar la salud desde la empresa mediante actuaciones PST.



El MSSSI dispone de una web temática, con el objetivo de promover la vida saludable en toda la población.

Proporciona información para hacer más saludables los estilos de vida con recomendaciones, herramientas interactivas y vídeos, entre otros. Esta Web contiene espacios temáticos concretos dirigidos a:

- 1. Actividad Física y Sedentarismo**
- 2. Prevención del Tabaquismo**
- 3. Alimentación saludable**
- 4. Prevención del consumo de alcohol**
- 5. Seguridad y lesiones**



Finalmente, el espacio “promociona la salud.es” diseñado por CROEM, con la financiación de la Consejería de Empleo, Universidades, Empresa y Medio Ambiente de la Región de Murcia, señala propuestas para el impulso de acciones de PST en las PYMES integradas

en la gestión y la prevención de riesgos laborales. Su objetivo es conseguir un entorno de trabajo saludable con unos trabajadores sanos a partir de la PST. Para las ocho líneas de actuación propuestas se facilitan materiales concretos e indicaciones de uso a disposición de las empresas tras registrarse en la WEB y completar un cuestionario inicial de autodiagnóstico que permitirá priorizar las actuaciones según el resultado obtenido por la empresa. Dichas líneas de actuación son las siguientes:

- Actividad física
- Gestión del envejecimiento
- Alimentación saludable
- Seguridad vial
- Cuidado de la salud
- Sueño
- Embarazo y lactancia
- Tabaquismo



Otro programa que facilita el acceso a contenidos similares es el desarrollado por la Junta de Andalucía. En este caso, propone intervenir en:

- Actividad física
- Bienestar emocional
- Alimentación saludable
- Entornos saludables cardioprottegidos

Para finalizar este apartado, se presentan recursos dirigidos a la promoción de determinadas actividades que conforman los programas genéricos de PST sobre:

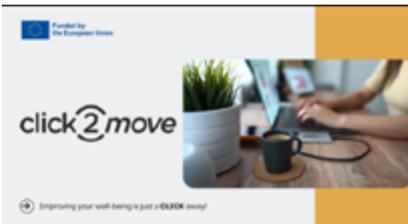
1. Inactividad física, sedentarismo y posturas inadecuadas
2. Alimentación saludable
3. Higiene del sueño
4. Tabaquismo y alcohol y prevención del uso de sustancias

3.3.3.2.1. Inactividad Física, sedentarismo y posturas inadecuadas



El Proyecto clik2move apoya los lugares de trabajo activos y saludables a través de la promoción de la

actividad física. El objetivo es desarrollar soluciones para sentarse menos y moverse más.



Tras el impacto de la digitalización y el teletrabajo, el proyecto se dirige a promover puestos de trabajo que ofrezcan teletrabajo activo y saludable mediante la creación de soluciones digitales y la formación de responsables de recursos humanos, especialistas en salud laboral y personal directivo, entre otros.

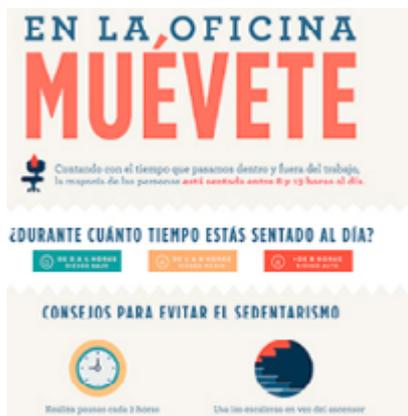


El INSST ha publicado el manual de Ejercicio laboral: guía para el diseño, implantación y evaluación de un programa de ejercicio laboral en la empresa (2023), diseñado inicialmente como complemento de las actividades de prevención ergonómica, en este caso para el puesto de camareras de piso, sirve para el

diseño e implementación de un programa de ejercicio físico en la empresa. Está dirigido al diseño, implantación y evaluación de un programa de ejercicio físico adaptado a las condiciones de trabajo y a las características de las personas trabajadoras.



Active Workplace diseñado para reducir el tiempo que pasan los trabajadores sentados y mejorar la seguridad, la salud y el bienestar de los empleados en el lugar de trabajo mediante conjunto de herramientas, así como, material divulgativo.



El INSST aporta recursos (cartel y vídeo) para “Ganar en salud” y material de soporte para que las empresas promuevan la actividad y contribuyan a evitar el sedentarismo en lugares como las oficinas. Del mismo modo, en este programa, el INSST incorpora y pone a disposición de los usuarios material informativo sobre “posturas de trabajo inadecuadas” en formato poster, infografía y video.

El MSSSI (2015) facilita recursos y recomendaciones para mantener una vida activa y contra el sedentarismo dirigido a la población adulta en general. Se pueden utilizar los recursos publicados en el programa para sensibilizar y animar a las personas a que mejoren su salud mediante:



1. Vídeos informativos que permiten mejorar el conocimiento para ayudar a las personas a mantenerse ágiles.

2. Vídeos para practicar ejercicios progresivamente fortalecimiento, flexibilidad y fuerza y resistencia muscular.

3. Mapa de recursos “Localiza tu salud” para facilitar acceso a los diferentes servicios por localidad.

4. Cuestionarios sobre la actividad física que permite conocer el nivel de la persona y orientarle.

3.3.1.2.2. Alimentación Saludable



En la misma línea que en el punto anterior, el MSSSI, propone y desarrolla recursos para mejorar el conocimiento sobre la alimentación saludable y la importancia de comer bien. En su apartado web se ofrece a las personas información práctica para una alimentación saludable, qué se debe mejorar en la práctica diaria y cómo hacerlo. Facilita los recursos disponibles en cada localidad, con una apli-

cación interactiva para aprender a comer bien y un cuestionario para evaluar el progreso de los hábitos saludables.



Los recursos del INSST para “Ganar en salud” destinados a la alimentación saludable son: infografías y vídeos que se pueden utilizar como material de difusión y sensibilización de hábitos de conducta saludable en diferentes formatos.

3.3.1.2.3. Higiene del sueño

Para mejorar el conocimiento sobre la Higiene del Sueño se puede emplear la [Guía para un Sueño Saludable](#) publicada por **NHI** ¹¹ que aporta información sobre los **trastornos del sueño** ¹² y el sueño saludable.



El INSST, en su campaña “Ganar en salud” pone a disposición la cartelería y vídeos sobre [Higiene del Sueño](#). También, en la campaña de promoción de la salud, dedica el tema nº10 a promover el sueño saludable, proporcionando acceso a los recursos y enlaces dirigidos a mejorar la calidad del sueño de las personas.

El Servicio Andaluz de Salud ha publicado la [Guía de Autoayuda](#) con consejos para dormir mejor.

Otro ejemplo es la [Guía práctica para dormir bien](#) editada por la Comunidad de Madrid sobre medidas de higiene del sueño.



La plataforma Alianza por el Sueño ofrece la posibilidad de participar en su programa facilitando un enlace en la web. Es un

recurso que ofrece información sobre los trastornos y el cuidado del sueño con el objetivo de promover hábitos de sueño saludables. Se puede acceder a [“Redefine Insomnio”](#) con orientaciones dirigidas a las personas para reducir el impacto del insomnio crónico en su vida.

¹¹ NIH (Instituto Nacional de la Salud, por sus siglas en inglés) es la agencia estadounidense encargada de las investigaciones médicas. Los NIH forman parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS).

¹² Los trastornos no orgánicos del sueño son abordados en el punto 4.6.2. del I Manual.

3.3.1.2.4. Adicciones: Tabaquismo, alcohol y consumo de sustancias tóxicas

El consumo de fármacos sin motivos médicos como potenciadores de las funciones cognitivas son empleados por algunos trabajadores para mejorar su rendimiento, en el apartado 2.3.3 del I Manual se aborda el incremento del consumo de estos y otras sustancias por parte de los empleados y se analiza su impacto y efecto sobre la salud. Además, el apartado 4.4 aborda el abuso de sustancias, analizando los comportamientos adictivos y de consumo.

La Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo (OIT, 1998) incorpora un capítulo dedicado al Control del tabaco en el lugar de trabajo y presenta el estudio de un caso sobre los programas de control del tabaco desarrollados en una empresa. Además, dedica un apartado al Abuso de Alcohol y de Drogas, en el que se realiza un análisis en profundidad sobre el efecto del uso de alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo y los problemas relacionados en el puesto de trabajo, así como, de los programas de detección y de tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de estas sustancias en la empresa.

El INSST en la campaña de Promoción de la Salud dirige el tema nº5 a las “Adicciones” para que las empresas desarrollen e implementen programas para la prevención, la asistencia y la rehabilitación de las personas. La finalidad es evitar el consumo de sustancias tóxicas, apoyar a la persona trabajadora que tenga problemas con el consumo y promover su reinserción al trabajo.

Para ello, con el lema “Una imagen vale más que mil palabras”, se incluye diverso material para su divulgación y para concienciar e informar a los empleados a través de:



Carteles: que deben ser colocados estratégicamente en la empresa, con imágenes temáticas y mensajes que captan la atención de los trabajadores y les invita a reflexionar.

Fichas de acción: que aportan la información y los conceptos clave sobre el tema.

Folleto individual: dirigidos a las personas con información sencilla aplicable en el ámbito laboral como familiar.

Prevención del consumo de alcohol



Por otra parte, tal como se ha señalado en los apartados anteriores, el Ministerio de Sanidad dispone de espacios dedicados específicamente al consumo de alcohol y tabaco. El documento “Prevención del consumo de alcohol” se puede emplear como recurso para divulgar información sobre las

consecuencias del consumo de alcohol en las personas, así como, se facilitan acceso a los diversos recursos para ayudar a su control.



“Una vida libre de tabaco, llena de salud” facilita videos y cartelería que pueden ser distribuidas entre los empleados con el objetivo de implementar programas dirigidos a “dejar de fumar”.

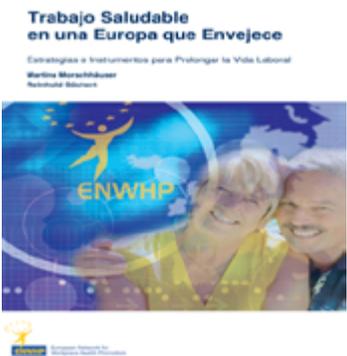
Otros enlaces en la misma línea son **S’Acabo** una de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET). Proporciona diferentes consejos y ayudas para hacer frente a las primeras semanas sin fumar. Y **Respirapp** una aplicación gratuita de la Asociación Española Contra el Cáncer para dispositivos móviles que permite a la persona controlar su proceso de dejar de fumar.

3.3.1.3. El envejecimiento saludable. Gestión de la edad en la empresa



EU-OSHA en su campaña “Trabajos Saludables en Cada Edad” editó una aplicación electrónica multilingüe para la gestión del envejecimiento. Este recurso, de acceso gratuito, permite seleccionar un perfil concreto distinguiendo entre empleados, empleadores y responsables de RRHH y salud laboral, para proporcionar información, consejos y ejemplos relativos al envejecimiento de las

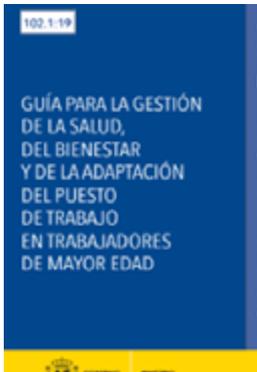
personas trabajadoras y recomendaciones poder gestionar los cambios relacionados con el envejecimiento en el medio laboral.



“Trabajo saludable en una Europa que envejece” responde a la 5ª iniciativa de la ENWHP. En la parte del manual “Qué pueden hacer las empresas” incorpora contenido de gran utilidad sobre:

- Instrumentos para un envejecimiento saludable.
- Modelos y planes de acción para una política laboral y de personal que incorpore el factor de la edad.
- Buenas Prácticas: estrategias integradoras y holísticas.

El INSST publicó en 2019 la Guía para la gestión de la salud, del bienestar y la adaptación del puesto de trabajo en trabajadores de mayor edad, que incluye diferentes criterios para “mejorar la salud, la comodidad y la eficiencia de los trabajadores de mayor edad”, facilitando la gestión de la edad en las empresas.



Este documento recoge los siguientes apartados:

- El proceso de envejecimiento en el contexto laboral con perspectiva de género. Introduce el concepto de envejecimiento activo.
- Los principios, criterios y metodologías que permiten evaluar los entornos de trabajo teniendo en cuenta la edad y el género.
- Recomendaciones prácticas para la aplicación de procedimientos de gestión de la edad a nivel de empresa bajo una perspectiva de género.



CUESTIONARIO: ENVEJECIMIENTO

Este cuestionario publicado por el INSST permite identificar las necesidades de la persona en relación con su envejecimiento. Posibilita una primera evaluación sobre los puntos débiles, para realizar una buena gestión de la edad. Está disponible como aplicación informática y finalizado el cuestionario, en función de sus respuestas y si se solicita, se remite a la empresa recomendaciones específicas.

CROEM mediante la campaña **Mayormente** facilita herramientas para promocionar e integrar el “envejecimiento activo” en el lugar de trabajo, facilitando recomendaciones para mejorar la salud física y mental de las personas con más edad. Proporciona pautas para mejorar la flexibilidad laboral y el desarrollo profesional de este colectivo.

Por último, también es importante observar las diferencias de género en la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo relacionados con la edad, tal como propone EU-OSHA (2016). En esta línea, sobresale la necesidad de abordar la menopausia en el lugar de trabajo, por sus implicaciones en la salud mental. Para saber más sobre esta cuestión, se puede consultar la publicación de la Agencia sobre: **[Las mujeres y el envejecimiento de la población activa: consecuencias para la seguridad y la salud en el trabajo.](#)** O acceder a la Guía para los directivos editada por CIPD **[Menopause at work: Guide for people managers](#)**, y al **[informe Menopause in the workplace.](#)**



Entre los recursos que se pueden emplear, Kala es una APP que proporciona un acompañamiento integral a las mujeres durante la menopausia para mejorar su bienestar físico y mental y combatir el estigma asociado.

3.3.1.4. El equilibrio entre vida laboral y personal

El proyecto EMPOWER describe el Equilibrio entre la vida laboral y personal como la capacidad de dividir el tiempo y la concentración entre el trabajo y la vida privada, en mantener un equilibrio entre las responsabilidades profesionales y todos los aspectos de la vida personal. Esto implica que el empleador aporte prácticas organizativas que permitan establecer un equilibrio entre las obligaciones personales y profesionales, por ejemplo, horarios flexibles de trabajo, teletrabajo a solicitud del interesado y distintas actividades sociales como beneficios adicionales (guardería en el lugar de trabajo, ayuda económica para vacaciones familiares, posibilidad de llevar a un niño o una mascota al trabajo, etc.).



Entre el contenido elaborado por el proyecto **EMPOWER**¹³ destaca la **Guía de buenas prácticas** para promover la conciliación de la vida personal, familiar y profesional desde Entidades Locales de España y Noruega que proporciona ejemplos de **Buenas Prácticas**¹⁴ con programas de conciliación que favorecen el equilibrio, la armonización y la gestión del tiempo. Aborda

contenidos sobre los beneficios que aporta el equilibrio entre la vida personal, familiar y profesional, las posibles acciones que ayudan a la optimización de la gestión del tiempo de trabajo, las áreas para mejorar la corresponsabilidad, diferentes acciones para mejorar la sensibilización, y las barreras para la conciliación y cómo reducirlas.



La Guía de Buenas Prácticas. Premios internacionales empresa saludable, flexible y sostenible (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2023), recoge ejemplos de buenas prácticas que pueden servir de referente para que las empresas emprendan actuaciones sobre la flexibilidad laboral.

¹³ La Plataforma Europea para promover el bienestar y la salud en el entorno laboral (EMPOWER por sus siglas en inglés), es un proyecto de investigación, financiado por el Programa de Investigación e Innovación de la Unión Europea Horizon 2020, cuyo objetivo principal es reducir el impacto de los problemas de salud mental en el trabajo desarrollando una plataforma de bajo coste de eSalud para promover el bienestar en el entorno laboral.

¹⁴ En esta Guía se considera Buena Práctica “aquella iniciativa, actuación, manera de proceder, metodología y herramienta de carácter innovador que, siendo impulsada o ejecutada por la Administración Local (Ayuntamientos, Diputaciones, Cabildos, Consejos insulares y Mancomunidades) o por una empresa o entidad privada del entorno local, ha demostrado su eficacia en la consecución del objetivo de favorecer la conciliación personal, familiar y profesional de los ciudadanos y ciudadanas y, además, es susceptible de ser transferida a otros contextos” (p.13).

La Fundación **Másfamilia**¹⁵ proporciona el modelo efr, una herramienta de gestión que aporta una metodología sencilla y eficaz para posibilitar los procesos de conciliación en las empresas grandes, medianas y pymes.

3.3.1.5. Evaluación de la PST: indicadores y criterios de calidad

En último lugar, se remarca la importancia de conocer el estado inicial de las empresas mediante indicadores, es decir, establecer la línea base previa al desarrollo o la implementación de un determinado programa para la mejora de la salud mental en el lugar de trabajo que, también, posibilitará realizar un seguimiento de las actuaciones y su eficacia.



Con el objetivo descrito, el INSST pone a disposición de los usuarios una serie de cuestionarios de autoevaluación de la PST como herramienta de análisis y mejora de las actividades que están basados en las iniciativas llevadas cabo por la ENWHP y han sido traducidos y adaptados para su uso en nuestro contexto sociocultural. Se presentan como aplicación

CUESTIONARIO: CRITERIOS DE CALIDAD

informática y permiten a la empresa realizar una autoevaluación de la calidad de las medidas, actividades y políticas de PST realizadas y su nivel de integración en la empresa.

El Cuestionario Criterios de Calidad permite analizar el progreso en la PST de la empresa mediante la autoevaluación de las acciones realizadas. Al finalizar, si la empresa lo solicita, el INSST puede remitir una serie de recomendaciones y áreas de mejora para su intervención.



Move Europe es útil para evaluar el tabaquismo, la actividad física, la nutrición y el estrés. A su finalización, la empresa recibe una serie de recomendaciones con consejos prácticos y algunas ideas para fomentar y mejorar la promoción de la salud en su empresa.

CUESTIONARIO: MOVE EUROPE



Mediante el recurso "Evaluación de la inversión en promoción de la salud en el trabajo (PST)" las empresas pueden evaluar la Inversión que realizan en PST y su resultado. Permite calcular y analizar: El coste de no invertir en PST (absentismo, presentismo y rotación), y el Retorno de la Inversión (ROI) evaluando los programas de PST implantados y, en función de esta valoración y de la inversión realizada, estima el ahorro y el ROI.

¹⁵ La Fundación Másfamilia nace en 2003 como una organización privada, profesional, independiente, sin ánimo de lucro y de carácter benéfico cuya visión es ser referente en materia de gestión de conciliación en las empresas.

3.3.2. Entrenamiento en el autocuidado personal

El Autocuidado se refiere a la realización de conductas que de forma consciente mantienen y promueven el bienestar físico, emocional y psicológico (Myers et al., 2012); es decir, supone la intencionalidad y la decisión de participar en actividades o comportamientos saludables específicos (Wise et al., 2012). Es importante resaltar la importancia de la promoción de Hábitos Salutogénicos para que las personas incrementen el control sobre su salud para mejorarla, por tanto, implica mejorar la capacidad, la habilidad y el interés de la persona para mejorar su salud.

El Autocuidado, tal como señala [NIMH](#), implica invertir tiempo en actividades que optimicen tanto la salud física como mental y que permitan vivir mejor. Estas acciones contribuyen a reducir el estrés y el riesgo de enfermar. Incluso pequeños rutinas de autocuidado en la vida diaria pueden tener un impacto relevante. Accediendo a la web del NIMH se pueden solicitar los materiales para su divulgación en la empresa. Algunas de las recomendaciones y consejos para el [Autocuidado](#) son las siguientes:

Haga ejercicio con regularidad. Tan sólo 30 minutos de caminar diario puede ayudarle a mejorar su estado de ánimo y su salud. Si no puede hacer 30 minutos de una sola vez ¡no se desanime!, haga pequeñas cantidades de ejercicio durante el día y estas se irán sumando.

Consuma alimentos saludables y comidas con regularidad, y manténgase hidratado. Una dieta equilibrada y mucha agua pueden aumentar su nivel de energía y de atención a lo largo del día. Preste atención al consumo de cafeína y alcohol, y a cómo afectan su estado de ánimo y bienestar. Para algunas personas, disminuir el consumo de cafeína y alcohol puede ayudar.

Dele prioridad al sueño. Establezca un horario y asegúrese de dormir suficiente tiempo. La luz azul que emiten diversos dispositivos y pantallas puede hacer que sea más difícil conciliar el sueño. Por eso, reduzca su grado de exposición a la luz azul del móvil o del ordenador antes de dormir.

Intente practicar una actividad relajante. Explore diversos programas o aplicaciones móviles de relajación o bienestar que podrían incorporar meditación, relajación muscular o ejercicios de respiración. Programe un horario regular para estas y otras actividades saludables que disfrute, como escuchar música, leer, pasar tiempo en la naturaleza, y practicar pasatiempos con un nivel bajo de estrés.

Establezca metas y prioridades. Decida lo que debe hacerse en este momento y lo que puede esperar. Aprenda a decir “no” a nuevas tareas si empieza a sentir que está asumiendo demasiadas tareas. Intente apreciar lo que ha logrado al final del día, en lugar de lo que no ha podido hacer.

Practique la gratitud. Recuerde diariamente cosas por las que está agradecido. Sea específico. Anótelas o repítalas mentalmente.

Centre su atención en las cosas positivas. Identifique y cuestione sus pensamientos negativos y poco útiles.

Manténgase en contacto con los demás. Comuníquese con sus amigos o familiares que puedan ofrecerle apoyo emocional y ayuda práctica.

El NIMH en su apartado "Recursos para su Salud" ha elaborado **"Su versión más saludable. Herramientas del Bienestar"** con recomendaciones y una serie de actividades para mejorar el bienestar. En **Seis estrategias para mejorar la salud física**, facilita una lista de control que ayuda a las personas a autogestionar su salud física y ofrece una serie de recomendaciones para:

1. Aumentar su actividad
2. Desarrollar músculo de forma segura
3. Consumir una dieta saludable
4. Adquirir hábitos saludables
5. Alcanzar sus objetivos de pérdida de peso, que incluye un planificador de peso corporal.

Con el eslogan **¡Contagia Salud!**, el INSST (2024) ha diseñado un díptico que incorpora una serie de mensajes para animar a los empleados a que asistan al reconocimiento médico voluntario, se involucren en la toma de decisiones y en las intervenciones que se estén realizando por parte de la empresa. Igualmente, se indica cómo aprovechar los recursos que pone la empresa a su disposición para realizar actividad física, mejorar sus hábitos de vida, alimentación saludable y sueño, entre otros; así como, solicitar y recibir apoyo y recursos si tiene un problema.

Otro recurso para la promoción del Autocuidado Personal es el publicado por la Fundación Galatea, inicialmente diseñado para la mejora de la salud y el bienestar de los profesionales de la salud y los considerados Profesionales de Alta Trascendencia Social (PATS, docentes, sanitarios, cuerpos policiales, pilotos de aviación, jueces, etc.) dispone de herramientas con acceso gratuito a programas asistenciales de apoyo emocional y de promoción y prevención de la salud que pueden ser de aplicación en el resto de colectivos profesionales. La oferta formativa sobre el cuidado de la propia salud incorpora los siguientes contenidos:

- 1. Promoción de la salud en el trabajo: el cuidado de la salud del profesional** (curso autoformativo)
- 2. Programa de autoconocimiento basado en mindfulness**
- 3. Autocuidado en acción**
- 4. La prevención en la violencia ocupacional**



Para el Autocuidado Emocional, la Fundación ha desarrollado la APP Galatea, de fácil instalación en dispositivos móviles, que proporciona:

1. Autoevaluación para conocer el estado emocional.
2. Recursos para ayudar a construir un “Equipo de Protección Emocional”.
3. Consulta de actividades organizadas por la Fundación.

La [Guía práctica sobre el bienestar del personal de asilo y acogida](#) de la Oficina Europea de Apoyo al Asilo (EASO) está destinada principalmente a los supervisores de las autoridades de asilo y acogida. Sin embargo, algunas herramientas son aplicables al resto de personas trabajadoras y pueden ser utilizadas para autogestionar su salud y bienestar. Contiene una “Caja de herramientas para el bienestar del personal” que recogen ejemplos de buenas prácticas.

El Plan de Autoasistencia, en formato de plantilla (ver Tabla 4), permite a las personas trabajadoras llevar un registro de las actividades o prácticas de autoasistencia que va realizando, así como, su frecuencia, permitiendo mejorar el autocuidado en todos los ámbitos de la salud.

Tabla 4: Plantilla de mi plan de autoasistencia

ÁMBITO DE AUTOASISTENCIA	PRÁCTICAS DE AUTOASISTENCIA INICIAR/CONTINUAR	FRECUENCIA DE LA EVALUACIÓN	PRÁCTICAS ADICIONALES QUE PROBAR
Físico (respetar los horarios de comida, hacer ejercicio, etc.).			
Emocional/espiritual/mental (participar en sesiones de orientación, hacer ejercicios de meditación, reconocer los propios logros, pasar tiempo en la naturaleza, etc.).			
Profesional (mantener el equilibrio entre la vida profesional y personal, gestionar el tiempo, desarrollar capacidades, etc.).			
Personal/social (quedar/ hacer llamadas de teléfono/ videollamadas con amigos y familia, etc.).			
Económica (crear un presupuesto para mejorar la calidad de vida).			

Fuente: Adaptado del Anexo 13. Plan de Autoasistencia. EASO (2021, p. 134).

Este documento también facilita sugerencias sobre Autoasistencia, entre las que destaca:

1. Empezar a llevar un diario para liberar tensiones y mantener activo el proceso de reflexión.
2. Escribirse una carta a sí mismo, por ejemplo, respecto a su satisfacción laboral o
3. Escribir qué funciona en ella y qué tiene que cambiar. Abrir esa carta tras un período determinado (por ejemplo, seis meses, un año) y ver los cambios positivos y las áreas que necesitan más atención.
6. Descansar lo suficiente y dormir para recuperarse.
7. Utilizar la tecnología (por ejemplo, redes sociales) para hablar regularmente con los amigos o la familia que no se encuentren cerca o con los que sea difícil encontrarse debido a las circunstancias (por ejemplo, por ejemplo, por traslado de ciudad).

3.3.3. Entrenamiento en autogestión y afrontamiento de estrés

Entre las recomendaciones recogidas en las Directrices de la OMS sobre Salud Mental en el Trabajo (2022), se encuentran las dirigidas a intervenciones psicosociales individuales que facilitan el desarrollo de las habilidades de las personas en el manejo del estrés (por ejemplo, las intervenciones basadas en Atención Plena y las terapias Cognitivo-Conductuales) para promover una salud mental positiva, reducir el malestar emocional y mejorar la efectividad laboral.



En este sentido, la OMS publicó en el año 2020 la [Guía hacer lo que importa en tiempos de estrés](#) con el objetivo de capacitar a las personas para enfrentarse a situaciones estresantes. El material está disponible en el espacio web en diferentes idiomas, incluido el español, se facilita una versión en audio descargable para agilizar la práctica de los ejercicios.



Se estructura en cinco sesiones, cada una con un link para entrenar una técnica sencilla que ayuda a la persona a reducir el nivel de estrés. Los ejercicios y actividades propuestos se facilitan en la siguiente tabla enlazando a cada técnica.

Herramientas

Links para el entrenamiento de las técnicas en audio.

- Poner los pies en la tierra [Creando conciencia \(Es\)](#)
- Desengancharse [Ejercicio de puesta a tierra 1 \(Es\)](#)
- Actuar de acuerdo con tus valores [Ejercicio de puesta a tierra 2 \(Es\)](#)
- Ser amable [Ejercicio de puesta a tierra 3 \(Es\)](#)
- Dejar espacio [Darse cuenta y poner nombre \(Es\)](#)
- [Desenganchándose de los pensamientos desagradables \(Es\)](#)
- [Haciendo espacio \(Es\)](#)
- [Ser amable contigo mismo \(Es\)](#)

3.3.3.1. Entrenamiento en técnicas de afrontamiento a estrés

Las Estrategias de Afrontamiento consisten en las acciones que las personas llevan a cabo para evitar ser dañadas por las adversidades de la vida; son los esfuerzos (conductas y pensamientos, entre otros), que la persona desarrolla con el objetivo de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación. Estas acciones resultarán determinantes para que la persona pueda adaptarse y mantener su salud mental y el bienestar.

La NTP 329 proporciona conocimientos y recursos para que las personas hagan frente a las demandas del trabajo o mejoren su capacidad de adaptación al estrés. Y clasifica las técnicas de afrontamiento en:

- 1. GENERALES.** Su objetivo es incrementar los recursos personales generales.
- 2. COGNITIVAS.** Dirigidas a cambiar la forma de enfocar la situación (la percepción, la interpretación y evaluación del problema y de los recursos propios).
- 3. FISIOLÓGICAS.** Están encaminadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico consiguiente.
- 4. CONDUCTUALES.** Tienen como fin promover conductas adaptativas: dotar al individuo de una serie de estrategias de comportamiento que le ayuden a afrontar un problema.

A continuación, se presentan otros recursos que permiten mejorar las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales.

La campaña **Every Mind Matters**, lanzada en 2019 en Reino Unido para apoyar la salud mental, proporciona herramientas para controlar las emociones y las consecuencias nocivas de la experiencia de estrés. Anima a las personas a cuidar su salud mental, ofreciéndoles consejos y prácticas gratuitas. **“Your mind plan”** ofrece indicaciones particulares para proteger y mejorar la salud mental según el resultado de su evaluación tras completar un breve cuestionario. Algunas de las recomendaciones son las siguientes:

1. La práctica de la respiración (profunda y abdominal) y la meditación. Cuando nos sentimos presionados o ansiosos, nuestro corazón late más rápido, nuestros músculos se tensan y nuestra respiración cambia. La respiración profunda ayuda a que la frecuencia cardíaca vuelva a la normalidad, por lo que puede resultar muy relajante. También se puede utilizar para prepararse ante situaciones en las que se puede sentir pánico, ansiedad o nerviosismo, como una reunión o una entrevista importante.
2. Mejorar el apoyo social y la comunicación interpersonal.
3. Hablar sobre cómo se siente y la presión a la que está sometido puede ser de ayuda. Hablar con el superior o con un colega, da la oportunidad de ayudar a mejorar las cosas.
4. Mejorar las capacidades y recursos personales, por ejemplo, la Resiliencia permite reaccionar, adaptarnos y comportarnos de manera saludable, salir fortalecidos y estar mejor preparados para afrontar situaciones difíciles.

Entre las técnicas para controlar el estrés incluye las siguientes:

- 1. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (AUTOAYUDA):** tienen como objetivo cambiar la forma en que pensamos (cognición) y actuamos (comportamiento) para ayudar a gestionar los problemas adecuadamente.
- 2. MINDFULNESS (ATENCIÓN PLENA):** Potencia la concentración y la capacidad de disfrutar lo que está sucediendo en el momento, ser conscientes de los propios pensamientos, del cuerpo y lo que nos rodea.
- 3. MEDITACIÓN:** Ayuda a liberar la tensión física acumulada en el cuerpo, a relajarse, aliviar la ansiedad, el estrés y el bajo estado de ánimo, e incluso a conseguir un sueño más profundo y reparador.

3.3.3.2. Otros recursos para la autogestión de estrés

La [Guía electrónica para la gestión del estrés y de los riesgos psicosociales](#) de EU-OSHA, presentada en un apartado anterior, aporta en la sección “¿Qué hacer?” una serie de herramientas que serán de utilidad para abordar el estrés y reducir el impacto negativo en la salud de las personas trabajadoras. En concreto, para mejorar el conocimiento sobre:

1. Qué es el estrés y sus consecuencias
2. Sensibilización
3. Acciones correctoras
4. Mejorar la Resiliencia
5. Mitos y realidades para los empresarios
6. Mitos y realidades para los trabajadores

Un programa que puede ser útil es [“Necesito ayuda urgente”](#) de [MIND](#) que ofrece acceso a herramientas para que las personas se autogestionen. Entre otros, facilita una serie de [“ejercicios relajantes”](#) cuya práctica permite reducir el nivel de tensión que experimenta la persona en determinadas situaciones. Los links dan acceso a videos para practicar cómo hacer una pausa, concentrarse en la respiración, escuchar música, pasar algún tiempo en la naturaleza, la relajación activa, pensar en otro lugar, la meditación guiada y ser creativo.

Finalmente, otro recurso destacado es el elaborado por la Asociación Internacional de Gestión del Estrés [\[ISMA^{UK}\]](#), el principal organismo profesional en materia de gestión del estrés, el bienestar y el rendimiento personal en el lugar de trabajo.

3.3.4. Alfabetización en salud mental y bienestar

Los esfuerzos por mejorar el conocimiento sobre la salud mental y reducir el estigma son cada vez mayores entre las empresas, pero prácticamente inexistentes en comparación a los realizados para la salud física. La Alfabetización en Salud Mental se refiere a los “conocimientos y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, gestión o prevención” (Jorm et al., 1997, p. 182) e incluye:

1. La capacidad de reconocer trastornos mentales específicos.
2. Saber cómo buscar información sobre salud mental.
3. El conocimiento de los factores de riesgo y causas de trastorno mental.
4. Las actitudes que promueven el reconocimiento y la búsqueda de ayuda adecuada.
5. El conocimiento de las estrategias de autoayuda efectivas.

La escasa Alfabetización en Salud Mental agrava las consecuencias negativas asociadas con las enfermedades mentales, como el estigma, la discriminación y el tratamiento inadecuado o inexistente (Dimoff y Kelloway, 2019). Por ello, es determinante el papel de los líderes y la cadena de mando para tener éxito en cualquiera de las estrategias que se emprendan sobre salud mental. En los apartados siguientes se presentan recursos y herramientas distinguiendo entre las actuaciones dirigidas a (1) mandos y directivos y (2) al resto de personal.

3.3.4.1. Formación de directivos y línea de mando en salud mental y bienestar

Los bloques de este apartado se presentan en el orden siguiente:

1. El contenido que debe incorporar los Programas de Formación sobre Salud Mental
2. Los recursos para la Formación de Directivos en Salud Mental
3. La capacitación sobre concienciación en salud mental para mandos y jefes de equipo
4. La actuación ante las señales de advertencia del deterioro de la Salud Mental y la promoción de los Programas de Asistencia al Empleado (PAE).

Es importante señalar que todos los contenidos están estrechamente relacionados con los programas de ayuda y apoyo para la permanencia y RAT de las personas con enfermedad mental que se presentan en la tercera fase de intervención, fundamentalmente con el contenido de los puntos 3 y 4.

3.3.4.1.1. Contenidos de los Programas de Formación en SM para directivos y mandos

La APA señala que la formación de los directivos en salud mental es una prioridad y destacan las recomendaciones siguientes (APA, 2022 1):

1. Formar a los directivos en promoción de la salud y el bienestar en el lugar de trabajo contribuye a crear una “cultura psicológicamente sana”, es fundamental la actuación de la línea de mando para transmitir al resto de equipo las políticas de la organización y el compromiso con la salud y la salud mental.
2. Estos son los responsables de la aplicación de los procedimientos y de dar apoyo a sus colaboradores, además, transmiten y ponen a disposición de estos los recursos.
3. Las investigaciones muestran que la capacitación de directivos y mandos en el bienestar y la salud mental de los empleados ayuda a los supervisores a aprender

cómo apoyar a los empleados y reconocer los signos de estrés y problemas de salud mental, lo que ayuda a reducir la rotación y el absentismo.

4. La empresa debe capacitar a sus directivos y mandos en habilidades que favorezcan la salud mental y las relaciones positivas. Las investigaciones muestran que los líderes que recibieron solo tres horas de capacitación sobre concienciación de la salud mental tenían una mejor actitud al respecto y una mayor motivación para promover la salud mental en el trabajo.

5. Formar a los directivos para que respeten la **armonía entre el trabajo y la vida personal** (en esencia, para que vean a sus empleados como personas completas con vidas complejas) puede ayudar a los empleados a gestionar mejor sus responsabilidades y objetivos laborales y personales y a mejorar el rendimiento laboral y la satisfacción de los empleados.

6. Formar a los gerentes sobre cómo promover la salud física y mental también puede ayudarlos a predicar con el ejemplo.

7. La formación en contenidos sobre **equidad, diversidad e inclusión** también están relacionadas con el apoyo a la salud mental de los empleados. Requieren que los líderes y gerentes comprendan y apliquen las políticas y prácticas inclusivas de sus organizaciones, acepten diversos puntos de vista y fomenten un lugar de trabajo psicológicamente seguro. Un clima de trabajo acogedor y seguro genera confianza entre los líderes y los empleados, contribuye a la satisfacción laboral y ayuda a minimizar el estrés laboral.

Además, se debe capacitar a los gerentes y supervisores para que comprendan los beneficios y programas de salud y para que ayuden a sus empleados a acceder a esos recursos.

Contenidos similares se recogen en el proyecto **Manage Minds at Work** (Blake et al., 2022) cuyo objetivo es diseñar y desarrollar un programa de formación digital destinado a ayudar a la línea de mando y directores de equipo a promover una mejor salud mental en el trabajo a través de un enfoque preventivo. Este programa, cubre cinco grandes áreas:

1. Promoción de técnicas de autocuidado entre los gerentes de línea.
2. Diseño del puesto para prevenir el estrés relacionado con el trabajo.
3. Desarrollo de competencias de gestión para prevenir y reducir el estrés.
4. Promover conversaciones con los empleados sobre salud mental.
5. Construir un ambiente de trabajo psicológicamente seguro.

Es importante señalar que algunos de estos contenidos son de carácter “transversal”, es decir, que influyen en distintas fases y niveles de intervención y, aunque son

expuestos en este apartado, también serán considerados en la fase de intervención terciaria dado que favorecen el retorno sostenible al trabajo en los casos de incapacidad por trastorno mental, dado que contribuyen a reducir el estigma y a mejorar el apoyo y el refuerzo de estas personas.

3.3.4.1.2. Recursos para la formación de directivos en Salud Mental

La **Red Mundial de Empresas y Discapacidad** de la OIT¹⁶ dispone de una plataforma única para el apoyo entre empresas y el aprendizaje sobre temas relacionados con la discapacidad y dedica un apartado íntegro a la Salud Mental, facilitando el acceso a diferentes recursos y ejemplos de buenas prácticas en cuanto a los siguientes temas:



- La promoción de la Salud Mental en el Trabajo
- La formación a directivos y mandos en Salud Mental
- Combatir el Estigma y crear conciencia sobre Salud Mental
- La realización de Ajustes Razonables
- La gestión de la discapacidad y el Retorno al Trabajo.

Dirigido a la formación de directivos, se ha editado un curso de aprendizaje on line sobre **Salud Mental y Trabajo** que permite a los empleadores adquirir competencias para abordar eficazmente los problemas relacionados con la salud mental en el lugar de trabajo.

3.3.4.1.3. La formación sobre concienciación en SM para mandos y jefes de equipo

Para el desarrollo de un programa exitoso de formación en salud mental para mandos Dimoff y Kelloway (2019) señalan como fundamentales las siguientes premisas:

1. proporcionar información objetiva sobre la salud mental y los problemas de salud mental más comunes (por ejemplo, las tasas de prevalencia de diferentes enfermedades mentales y cómo se pueden tratar las enfermedades mentales).
2. ayudar a reducir el estigma y la discriminación. El programa puede incluir videoclips o ejemplos de estudios de casos que ayuden a normalizar y humanizar las enfermedades mentales.

¹⁶ La Red Mundial de Empresas y Discapacidad de la OIT tiene como objetivo que la fuerza de trabajo de todo el mundo adopte una mentalidad respetuosa y acogedora para con las personas con discapacidad. Su objetivo es asegurar que "las políticas y prácticas de empleo en empresas de todo tipo incluyan a las personas con discapacidad en todo el mundo". Así como, "lograr una mayor sensibilización sobre la relación positiva que existe entre la inclusión de la discapacidad y el éxito empresarial".

3. aumentar la autoeficacia, es decir, la confianza de las personas para reconocer, interactuar y ayudar a alguien que muestra signos de un problema de salud mental; permitiendo que mejore sus habilidades interpersonales o ayudándoles a desarrollar otras nuevas.

3.3.4.1.4 La actuación ante las señales de advertencia del deterioro de la Salud Mental y Programas de Asistencia al Empleado (PAE)

Como se ha señalado, resulta primordial formar a los líderes y mandos para identificar los avisos del deterioro de la salud mental en las personas trabajadoras y actuar en consecuencia. En la Tabla , se relacionan algunas de las señales de advertencia que deben ser consideradas (Dimoff y Kelloway, 2019, p. 108).

Tabla 5. Señales de advertencia de que un empleado puede tener un problema de salud mental

Cambios emocionales	<ul style="list-style-type: none"> Expresar insatisfacción o sentirse infeliz en el trabajo Expresar que quiere dejar el trabajo Mencionar que está estresado Llorar en el trabajo
Retiro	<ul style="list-style-type: none"> Alejarse de los compañeros de trabajo No acudir a actividades sociales o irse antes de su finalización Reducir la ayuda a los colegas o compañeros
Comportamiento extremo	<ul style="list-style-type: none"> Expresar pensamientos sobre hacerse daño a uno mismo o a los demás Expresar pensamientos sobre el suicidio Comportarse de manera inapropiada o contraproducente (Por ejemplo, robar, comportamiento descortés, etc.) Descuidar la higiene personal o la apariencia Traer o consumir drogas o alcohol al trabajo o antes del trabajo
Problemas de asistencia	<ul style="list-style-type: none"> Absentismo frecuente o estar ausente del trabajo. Presentismo Llegar tarde al trabajo
Preocupaciones sobre el rendimiento	<ul style="list-style-type: none"> No tener un rendimiento según los estándares habituales Incumplir plazos Tener problemas de memoria, por ejemplo, olvidar cosas (extraviar documentos, no responder e-mails, etc.)

Fuente: Adaptado de Mental health problems are management problems: Exploring the critical role of managers in supporting employee mental health (Dimoff & Kelloway, 2019, pg. 108).

Programas de Asistencia al Empleado (PAE) en Salud Mental.

En la **NTP 780** del INSHT, se indica que el objetivo fundamental de los PAE es proporcionar un adecuado “asesoramiento psicológico, apoyo emocional, valoración, y acompañamiento a los trabajadores para afrontar y prevenir malestares psicosomáticos cuya causa radica en situaciones laborales y/o personales o familiares” (INSHT; 2007, p.2).

Para saber más sobre este tema se puede revisar el capítulo dedicado a los PAE de la **Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo** (OIT, 1998) en el que se analiza la justificación y las funciones de estos programas en las empresas.

En el último apartado de este II Manual, se vuelve a retomar la importancia del apoyo y la ayuda a los empleados con problemas de salud mental y, entre otros recursos, se introducen los Grupos de Ayuda y de Ayuda Mutua (GAM).

3.3.4.2. Formación de los empleados. reconocimiento de síntomas de salud mental.

El bajo grado de alfabetización entre determinados grupos de población y el desconocimiento sobre algunos problemas de salud mental influyen de manera determinante en la falta de atención y de tratamiento de la salud mental, pues dificulta la identificación de los signos y síntomas, se desconocen los servicios de ayuda y tratamiento y provoca un persistente estigma hacia la salud mental.



¿QUÉ ES DIVERSAMENTE?

Con el objetivo de contribuir a mejorar esta situación desde el lugar de trabajo, los empleadores pueden aprovechar los recursos editados por la **Confederación de Salud Mental de España** que en el apartado de “Promoción de la Salud Mental y Erradicación del Estigma” incorpora campañas, proyectos y recursos. Así, la **Guía con Naturalidad**

aporta recomendaciones para la promoción de la salud mental y permite mejorar el conocimiento sobre diferentes aspectos de la salud mental como sus desencadenes, las necesidades y derechos de las personas, el trato, las barreras, el estigma y la discriminación a la que se someten. Incorpora una plataforma web que aporta información rigurosa para saber detectar las señales y responder ante un problema de salud mental. También incorpora testimonios y orientación sobre espacios para colaboración y apoyo mutuo.

Activament es un movimiento asociativo a favor de la salud mental ha publicado el curso de **Introducción a los Derechos de Ciudadanía en Salud Mental**, es gratuito dura tres horas en formato online, y proporciona materiales audiovisuales subtítulos e interpretados en lengua de signos. El curso se distribuye en diferentes módulos:

Módulo 1: La discapacidad psicosocial y la necesidad de un modelo de apoyo basado en el respeto de los derechos humanos.

Módulo 2: El estigma y autoestigma. Contenidos y efectos de la discriminación.

Módulo 3: El Ciclo de vulneración de derechos y sus efectos en la salud mental.

Módulo 4: Las barreras psicosociales desde una perspectiva interseccional de género.

Módulo 5: La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad como herramienta de cambio para el cumplimiento de los derechos humanos.

El Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (**NIMH**)¹⁷ ofrece información con el fin de que se comprenda mejor la salud mental y los trastornos mentales. La infografía "**¿Necesito ayuda para mi salud mental?**" es uno de los recursos digitales publicados en español para que las personas reconozcan si padecen síntomas de salud mental, su evolución y la necesidad de solicitar ayuda o tratamiento.



Finalmente, la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con el Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), ha editado una plataforma educativa con cursos virtuales de autoaprendizaje para fortalecer capacidades y competencias en el campo de la salud mental en el contexto de la salud pública.

¹⁷ El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) es la agencia federal que dirige las investigaciones sobre los trastornos mentales. El NIMH es uno de los 27 institutos y centros que conforman los Institutos Nacionales de la Salud (NIH), la agencia estadounidense encargada de las investigaciones médicas. Los NIH forman parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS).

3.3.5. Sensibilización en salud mental

Son actuaciones que se pueden desarrollar en las diferentes fases de intervención y, por tanto, transversales, dado que, su finalidad es potenciar recursos que permiten reforzar las actuaciones desarrolladas en el resto (primaria, secundaria y terciaria). El propósito de las actuaciones es que todos los miembros de una organización sean capaces de:

1. Normalizar y facilitar la comunicación y las conversaciones sobre salud mental
2. Reducir el estigma y el rechazo de personas con problemas de salud mental y potenciar el buen trato.
3. Fomentar la Integración de la Diversidad, Equidad e Inclusión (DEI) en el Lugar de Trabajo.

3.3.5.1 Normalizar y facilitar la comunicación y conversaciones sobre salud mental en el trabajo

Las conclusiones de trabajos recientes apuntan que, hasta un 80% de personas sufrirá un problema de salud mental diagnosticado a lo largo de su vida y aunque la prevalencia de los síntomas de salud mental es similar entre altos directivos y empleados, el 60% de estos últimos nunca ha hablado con nadie en el trabajo sobre su estado de salud mental debido al efecto que ejerce el estigma (Greenwood, 2021).

En España, según las conclusiones del último informe sobre el [Estado de la salud mental en el Trabajo](#), el estigma sigue impidiendo que las personas compartan sus problemas de salud mental en el trabajo, de hecho, solo el 31% de los encuestados (en comparación al 45% de la media mundial) cree que las personas no se verían afectadas negativamente si lo hicieran (CBC, 2024, p. 122). En cuanto a los motivos, los empleados no declaran que los problemas de salud mental son la causa de su ausencia por enfermedad por razones de privacidad (53%) y por el estigma asociado que conduce a que un 42% de estos creen que podrían perder su empleo por este motivo y no se mantendría la confidencialidad de su enfermedad mental (41%); de mismo modo que, cuatro de cada 10 piensa que empeoraría la opinión que el jefe tiene de ellos. Tal como manifiesta EU-OSHA (2024), para que sea visible un problema de salud mental es imprescindible que los empleados lo comuniquen a otras personas. Por ello, resulta básico promover la cultura organizacional y el liderazgo, la reducción del estigma asociado a las personas con enfermedad mental y facilitar conversaciones sobre la misma en el trabajo.

Los datos del estudio de Mind Share Partners (2021) destacan que “la salud mental sigue siendo un tema tabú” y que “casi el 60 % de los empleados nunca ha hablado de ello con nadie en el trabajo”. Por otra parte, menos de la mitad de los encuestados creen que la salud mental es una prioridad en su empresa, sin embargo, un

86% entiende que la cultura de la empresa debería apoyar la salud mental. Los resultados de esta investigación permitieron identificar como aspectos prioritarios para apoyar la salud mental en el trabajo que exista una cultura más abierta y tolerante y capacitación e información más concisa y clara sobre dónde ir o a quién pedir apoyo.

Con el objetivo de promover un “cambio de la cultura empresarial desde la dirección a los puestos operativos (de arriba abajo) recomiendan:

- Transformar a los “líderes en aliados”, animando a los gerentes, directivos y empleados a que compartan sus experiencias (o las de familiares o amigos) en reuniones de todo el personal o en reuniones de equipo.
- Considerar la divulgación y la vulnerabilidad como fortalezas, no como debilidades, dado que contribuye a reducir el estigma y la transparencia.
- Dar apoyo y aprender a comunicar claramente los recursos y beneficios disponibles para las personas con una afección de salud mental.
- Asegurar la confidencialidad, porque además de que muchos empleados desconocen los recursos que ofrece la empresa, tienen miedo de usarlos. Como dato hallaron que los Millennials tenían un 63% más de probabilidades que los Baby Boomers de conocer el procedimiento adecuado para buscar apoyo de salud mental en la empresa.
- Asegurar que se conocen los recursos disponibles y las políticas de salud mental, incorporando su contenido en la formación y orientación a los empleados, en la información anual de la empresa, mediante estudios, etc.
- Establecer grupos de apoyo como parte de sus estrategias DEIA -Diversidad, Equidad, Inclusión y Accesibilidad-, dado que ayudan a crear conciencia sobre la salud mental y son un foro para que las personas con una afección, los cuidadores y los aliados se apoyen mutuamente.

Normalizar las conversaciones sobre Salud Mental en la empresa es un requisito indispensable para mejorar la salud mental. Formar a las personas para que estas conversaciones sean efectivas y beneficiosas, será una necesidad a la que debe responder la empresa dotando de las herramientas y recursos que permitan mejorar las habilidades psicosociales de las personas para hablar de salud mental y mantener conversaciones de apoyo en el trabajo.

Recientemente el Consejo General de Psicología de España ha presentado **Fundamentales**, la primera alianza de empresas comprometida con la promoción de la salud mental en el entorno laboral que marca como prioritario la detección de

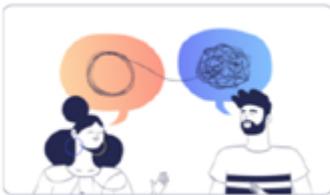
los problemas de salud mental, con la consideración del papel clave de todos los empleados (directivos y compañeros de trabajo).

Igualmente, se puede consultar el [Manual de Entrenamiento en Habilidades Psicosociales Básicas](#), elaborado por el área de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) para las Américas, de la Oficina Regional de OIM (2024). Abarca, desde la comunicación efectiva hasta la prestación de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y “proporciona recursos conceptuales y prácticos para facilitar la implementación de habilidades psicosociales básicas, priorizando la atención empática y efectiva a personas”.

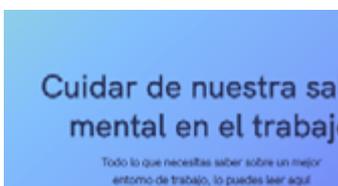


Aunque está especialmente dirigida a un colectivo que debe atender a personas migrantes, se puede hacer extensivo a otros sectores. En su primer módulo incluye contenidos, recomendaciones y ejercicios dirigidos a fomentar una comunicación de apoyo en la interacción con las

personas. Y también proporciona herramientas, estrategias y técnicas, para comunicarse de manera empática y efectiva, facilitando las interacciones y promoviendo el bienestar psicosocial de estas personas.



Otro recurso que puede servir de orientación para iniciar y mantener conversaciones sobre la salud mental en el lugar de trabajo es el desarrollado en el [Proyecto Empower](#). En su página web están disponibles recursos y materiales para cuidar la salud mental en el trabajo, y facilita los



enlaces a programas, por ejemplo, como “Empezar una conversación”). Se incluyen los siguientes contenidos: planificar una conversación, qué decir, cómo empezar, cómo escuchar, cómo responder adecuadamente y cómo actuar ante imprevistos o un resultado inesperado; final-

mente, incorpora recomendaciones para que el interlocutor cuide su salud mental en el caso de haberse visto afectado por estas conversaciones.

3.3.5.2. Reducir el estigma. Habilidades psicosociales y empatía

Con el objetivo de contribuir a la reducción del estigma, la campaña [#EmplearSinBarreras](#) dispone de herramientas para mejorar el trato de las personas con una enfermedad mental y ayudar al retorno tras una baja laboral. Entre otros, la infografía y los videos disponibles pueden ser empleados para concienciar sobre el estigma existente. Ofrece recomendaciones para mejorar el trato con los compañeros y mandos y pautas de actuación para los casos de IT.



Como se ha comentado, las campañas de concientización pretenden reducir el estigma y fomentar la empatía hacia las personas con enfermedad mental. La Empatía la habilidad personal de ponerse en el lugar de otra persona, comprender sus emociones y perspectivas, y responder con comprensión; la empatía fomenta las relaciones humanas y contribuye a generar situaciones en las que una persona tiene mayor libertad para expresarse sin temor a ser juzgado (Cortés y Figueroa, 2015).



Para contribuir a mejorar la empatía, se puede utilizar el corto “¿Cuál es la mejor manera de aliviar el dolor y el sufrimiento de alguien?”

3.3.5.2.1. Consecuencias del estigma y el rechazo

El Estigma, los juicios negativos, irrespetuosos y falsos, es una de las principales barreras para las conductas de búsqueda de ayuda de los empleados. Como destacan Dimoff y Kelloway (2019), dos de cada tres personas con problemas de salud mental no buscan o reciben tratamiento debido al miedo a ser estigmatizadas y discriminadas. Estos temores se agravan en los contextos laborales. Muchos empleados temen que, si su empleador sabe sobre su condición de salud mental, ya no se los considerará cualificados para avanzar en su carrera o tener oportunidades de promoción. El miedo a que la divulgación de su estado afecte negativamente su carrera profesional deja a muchos empleados indefensos y sin recursos. Así, por ejemplo, los indicadores de Absentismo por salud mental suelen ser bajos y una de las causas es que aquellos que acuden al servicio de salud declaran una patología diferente a la mental para evitar que se les identifique por ello.

La alfabetización en salud mental en las empresas ayuda a reducir el estigma, dado que la postura contraria, es decir, no conocer los problemas de salud mental provoca prejuicios y discriminación (Jorm et al., 1997).

El Programa ICU es una campaña de concienciación que pretende reducir el estigma y fomentar una cultura que respalde la salud emocional. Desarrollado por el Programa de Asistencia al Empleado de DuPont, trata de identificar áreas de mejora para lograr la igualdad y la equidad, reducir la discriminación de los empleados que experimentan problemas de salud mental y eliminar cualquier barrera para que busquen o guíen a otros para obtener la ayuda y el apoyo necesario. Para ello, proporciona una cuadrícula de autoevaluación editable que establece indicadores y actividades específicas basadas en buenas prácticas.



Cofinanciada por el Fondo Social Europeo y la Fundación ONCE, el recurso **“La Igualdad de Trato en el Empleo”** orienta sobre las obligaciones legales y otras medidas de acción positiva voluntarias a desarrollar para favorecer la integración laboral. Orientando sobre los beneficios para integrar a trabajadores con discapacidad y su

contratación. Para mejorar el trato con las personas con trastorno mental, OIT-SOFOFA (2013) publicó una serie de recomendaciones que se pueden revisar en la Tabla siguiente.

Tabla 5: Recomendaciones para el trato de personas con discapacidad psíquica.

TRATO CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA
<p>Ser natural, tratando a la persona con respeto.</p> <p>Centrar la atención en la persona antes que en su discapacidad. Ésta es sólo una característica más de su identificación.</p> <p>Dirigirse a la persona, no a su acompañante.</p> <p>Mantener una comunicación clara, sin ambigüedades, evitando confusiones.</p> <p>Mostrarnos francos en la relación para evitar suspicacias, situaciones de tensión o rivalidad.</p> <p>Respetar sus silencios y su espacio vital.</p> <p>Escuchar a las personas y no juzgarlas.</p> <p>Obtener información cuando se presente algún problema. Si comprendemos lo que le pasa le podremos ayudar más y mejor.</p>
EL TRABAJO EN GRUPO ES NECESARIO
<p>Tratarle como una persona más. En el momento de las presentaciones de los miembros del grupo no deben hacerse alusiones a sus discapacidades.</p> <p>Considerar su nivel de comunicación y prestar apoyo si lo requiere.</p> <p>Ser claro en lo que se espera de él en la intervención grupal. Dar seguridad si lo requiere.</p> <p>Una vez que se incorpore a la organización, hay que facilitar su participación en todas las actividades.</p> <p>Y ADEMÁS</p> <p>Es altamente recomendable valorar siempre si la persona necesita ayuda antes de ofrecérsela. Frente a cualquier duda, debemos preguntar e intentar concretar el tipo de ayuda necesaria. Ésta debe limitarse sólo a lo necesario, procurando que la persona se desenvuelva sola en todas las actividades posibles.</p> <p>Debemos escuchar y respetar sus opiniones. Se debe proponer, no imponer. Es necesario para cualquier persona autodirigir su propia acción, asumiendo que elegir libremente implica el derecho a equivocarse.</p>

Fuente: Adaptado de OIT-SOFOFA. Guía con las nueve claves para una prevención inclusiva de los riesgos laborales. (2013, p. 83).

3.3.5.3. Diversidad, Equidad e Inclusión (DEI) en el Lugar de Trabajo

Tal como propone Mind Share Partners (2021) la salud mental no es solo un problema de recursos humanos, también lo es de Diversidad, Equidad e Inclusión (DEI). Los departamentos de RRHH, los Programas de Asistencia para Empleados (PAE) y las Políticas de Salud Mental no son suficientes para impulsar el cambio por sí solos. La cultura organizativa tolerante y abierta tiene un gran impacto en la reducción del estigma y en animar a los empleados para que participen en la mejora de su salud mental libremente y sin miedo.

Un recurso que permite revisar diversas prácticas DEI es **DEI Lighthouse Programme**, del Foro Económico Mundial que identifica de forma pragmática iniciativas empresariales de impacto procedentes del ecosistema empresarial organizado por el **Centro para la Nueva Economía y Sociedad**.

DIVERSAMENTE es un proyecto creado por el Comité ProSalud Mental en Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Entre sus objetivos está el de apoyar a las organizaciones a mejorar la inclusión de las personas con discapacidad, proporcionando orientación técnica y facilitando el intercambio entre empresas. En su web se recoge información sobre qué hacer ante un problema de salud mental, testimonios en primera persona y distintos espacios para la colaboración y el apoyo mutuo.



La **Red Mundial de Empresas y Discapacidad de la OIT**, editó la herramienta de autoevaluación para ayudar a las empresas a identificar en qué áreas puede mejorar las políticas y prácticas de inclusión de la discapacidad. Se analiza el progreso y se realizan recomendaciones para mejorar la cultura inclusiva ayudando a:

- Fomentar la igualdad, el acceso y la inclusión de todas las personas con discapacidad.
- Construir una cultura empresarial inclusiva, que confíe en las personas con discapacidad.
- Propiciar reformas sistémicas que también mejoren la inclusión económica y social de las personas con discapacidad.



EuroHealthNet ha publicado Promoción de la salud en el lugar de trabajo para empleados con discapacidad: introducción de **'Salud inclusiva'** con la intención que todos los empleados (sin discapacidad o con discapacidades físicas o mentales) puedan trabajar juntos en el proceso de PST en igualdad de condiciones.

En España, La Fundación Adecco ha publicado distintos documentos. Para conocer las novedades sobre este tema, se puede consultar el informe sobre las **Tendencias de Diversidad, equidad e inclusión (De&I) (2024)**. Del mismo modo, en su Blog **Diversidad e Inclusión** facilitan ejemplos de Buenas Prácticas que pueden servir de utilidad y el acceso a enlace de interés en los que, por ejemplo, se explica qué es y qué hay que cumplir de la **Ley General de Discapacidad o LGD** (antigua LISMI).

En esta línea, es útil revisar el apartado sobre **Empleo y Discapacidad** editado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, en el que se ofrece acceso a la Normativa vigente sobre empleo de las personas con discapacidad (aquellas que tienen reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%). Igualmente, la **Guía de Integración Laboral de las Personas con Discapacidad** ofrece información sobre los tipos de contrato, ayudas y las medidas de integración de los trabajadores con discapacidad en el Sistema Ordinario o Protegido de Trabajo; además de la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2022-2030**.

3.3.6. Promoción de estados y resultados positivos

En este apartado, la intención es promover los aspectos positivos de la Salud y el Bienestar Mental, a través de herramientas que permitan mejorar y entrenar capacidades personales de los trabajadores para alcanzarlos. Se aportará información y recursos para la Promoción del Bienestar Psicológico y Emocional, la Salud Mental, el Engagement y el Capital Psicológico.

3.3.6.1. Promoción del Bienestar Emocional

En el primer apartado del I Manual sobre “Salud Mental, Bienestar y Calidad de Vida en el Trabajo”, se aborda extensamente el concepto de Bienestar Subjetivo o Psicológico distinguiendo entre el emocional, físico, social, laboral y con la sociedad.



El INSST en el espacio **Ganar en Salud**, pone a disposición infografías y videos sobre Bienestar Emocional. La Infografía presenta unas pautas para que las personas puedan cuidarse y favorecer un entorno más positivo y para que puedan mejorar su bienestar emocional en el entorno laboral y fuera de él.

En el video se relacionan los principales componentes del bienestar emocional y se ofrecen recomendaciones para su promoción. Concretamente, los componentes del bienestar emocional serían:



- El Optimismo y la actitud positiva ante la vida.
- La Autoestima.
- La capacidad para afrontar la adversidad.
- La capacidad para afrontar el estrés y otras emociones.
- La capacidad para construir relaciones positivas y duraderas.

3.3.6.1.1. Otros recursos para la promoción del bienestar psicológico

Publicado por SAIF (Oregón) bajo el enfoque por **Total Worker Health® (TWH)**¹⁸, “El bienestar del trabajador en 5 pasos sencillos” puede orientar a la empresa en el proceso de implementación de un programa de promoción del bienestar de las personas en el trabajo.



Está disponible en español y presenta los cinco pasos de un proceso que ayuda a identificar las causas subyacentes de los problemas de bienestar en el lugar de trabajo y a comprometer a los trabajadores en el diseño de soluciones y la implementación de medidas.

Los materiales desarrollados se dirigen a la protección de la salud con la promoción de la salud y el bienestar.

Las **Recomendaciones para fomentar la participación de los trabajadores** es una de las infografías publicadas en español con recomendaciones para fomentar la participación de los trabajadores en un programa de Promoción del Bienestar



El bienestar emocional contribuye por sí mismo a mejorar nuestra salud. Sentirse bien, además, nos motiva a adoptar estilos de vida más saludables.

“Siéntete Mejor y Conecta” es un recurso que permitirá a los empleadores sensibilizar a las personas sobre la importancia de la promoción del bienestar emocional para

contribuir a la mejora de la salud integral desde y en el lugar de trabajo, dispone la infografía **Siéntete mejor y conecta** (MSSSI, 2016).



En el área de “formación para las empresas”, la Fundación Filia imparte cursos gratuitos, entre los que se encuentra el Programa de entrenamiento para el bienestar psicoemocional de los trabajadores desde una perspectiva integral. Un seminario técnico inscrito en el Programa para la Prevención y Reducción de las Contingencias

¹⁸ En junio del 2011, NIOSH lanzó el programa Total Worker Health® (TWH).

Profesionales y Comunes en las Empresas dentro del Plan de Actividades Conjuntas de las Mutuas que desarrolla AMAT (Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo). Es un programa gratuito online de diez sesiones. Sus contenidos son: Atención Plena; Pensamientos Positivos; Resolución de conflictos; y Resiliencia, entre otros.



La Fundación **SAN PRUDENCIO**¹⁹ ha desarrollado PsicoLan para prevenir y cuidar la salud psicoemocional de las personas trabajadoras con actuaciones dirigidas al estrés, ansiedad, insomnio, depresión y crisis vitales entre otras, permitiendo la detección precoz y una

intervención inmediata por parte de profesionales altamente cualificados para procurar menor tiempo de recuperación, con apoyo al RAT y el seguimiento para prevenir recaídas.

3.3.6.2. Promoción de la Salud Mental en la empresa

Con el objetivo de promover la Salud Mental en el Lugar de Trabajo, el CDC anima a los empleadores para que promuevan la importancia de la salud mental y el manejo del estrés y proponen algunas medidas de acción entre los que destacan (CDC, 2018, p.3):

1. Poner a disposición de todos los empleados herramientas de autoevaluación de salud mental.
2. Ofrecer evaluaciones clínicas gratuitas o subvencionadas para la depresión por parte de un profesional de salud mental cualificado, seguidas de comentarios dirigidos y derivación clínica cuando sea necesario.
3. Ofrecer seguro médico a cargo de la empresa o con bajo coste para tratamientos contra la depresión y asesoramiento sobre salud mental.
4. Proporcionar programas gratuitos o subvencionados de coaching, asesoramiento o autogestión de estilo de vida.
5. Distribuir materiales, como folletos, dípticos y videos, a todos los empleados sobre los signos y síntomas de mala salud mental y las oportunidades de tratamiento.
6. Organizar seminarios o talleres que aborden técnicas de manejo del estrés y la

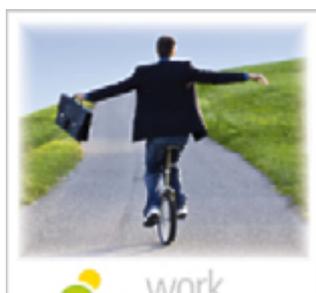
¹⁹ La Fundación Laboral San Prudencio es una entidad sin ánimo de lucro, líder en gestión y aplicación de la responsabilidad social empresarial en Álava enfocada a mejorar la salud laboral. Su objetivo es mejorar la calidad de vida personal y laboral de los/as trabajadores/as y sus familias. Con más de 50 años de historia, agrupan a alrededor de 400 empresas que suman en torno a 26.000 trabajadores.

depresión, como atención plena, ejercicios de respiración y meditación, para ayudar a los empleados a reducir la ansiedad y el estrés y mejorar la concentración y la motivación.

7. Crear y mantener espacios dedicados y tranquilos para actividades de relajación.

8. Ofrecer formación a los gerentes para ayudarlos a reconocer los signos y síntomas de estrés y depresión en los miembros del equipo y alentarlos a buscar ayuda de profesionales de salud mental calificados.

9. Ofrecer a los empleados oportunidades de participar en decisiones sobre temas que afectan el estrés laboral.



Entre las actuaciones que permiten que las empresas guíen las actividades para progresar en la PST, destacan los recursos elaborados por la ENWHP, Trabajar en sintonía con la vida, una de las iniciativas en las que se aborda el problema creciente que representan los trastornos mentales en el trabajo dando continuidad a la anterior campaña “Move Europe”. Move Europe fue la octava iniciativa desarrollada

por la ENWHP que proporciona enlaces a casos de Buenas Prácticas para la PSMT seleccionados entre 50 modelos presentados por empresas de 18 países participantes y que representan intervenciones eficaces para promover la salud mental y el bienestar y combatir las enfermedades mentales.



En España, uno de los recursos disponibles para desarrollar actuaciones de promoción de la salud mental es el Manual de Recursos Disponibles en la Comunidad para la Promoción de la Salud Mental en las Pymes (INSST, 2023). Proporciona información sobre los agentes implicados en el ámbito de la salud mental, describe su función e identifica los recursos que ofrecen para impulsar acciones de promoción

de la salud y del retorno al trabajo, especialmente en PYMES. También incluye una propuesta para la promoción de la salud mental en las PYMES basada en activos.

3.3.6.2.1. Indicadores y evaluación de la salud mental en la empresa

Es importante que antes de emprender programas de promoción de la salud mental o el bienestar en el lugar de trabajo, se evalúe el estado actual para conocer el punto de partida y determinar la efectividad posterior del programa y las interven-

ciones aplicadas. Para ello el INSST pone a disposición los siguientes cuestionarios de fácil aplicación:



CUESTIONARIO: SALUD MENTAL

Cuestionario: Salud Mental. Mediante este cuestionario se autoevalúan las acciones realizadas por la empresa en relación con la salud y el bienestar mental. Al finalizar el cuestionario se muestran los resultados de la evalua-

ción por apartados y globalmente. También se puede recibir una serie de recomendaciones por áreas de mejora.



CUESTIONARIO: SALUD Y BIENESTAR MENTAL PARA PYMES

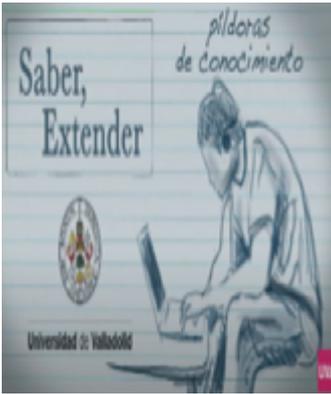
Cuestionario: Salud y Bienestar Mental para Pymes. Consta de 26 ítems que permiten reflexionar sobre el estado actual de la salud y el bienestar mental de las empresas de entre 2 y 24 empleados. Además, propone consejos prácticos e ideas orientadas a la acción y a la mejora en este sentido.

3.3.6.3. Engagement y Capital Psicológico (PsyCap)

Las referencias de estudios científicos sobre la Salud Mental en el Lugar de trabajo hasta hace relativamente pocos años iban dirigidas al estudio de los factores y riesgos psicosociales negativos que provocaban enfermedad. Sin embargo, con la llegada de la Psicología positiva, el avance científico ha permitido incorporar las fortalezas humanas que hasta ahora no se han considerado en el marco de la PRL. Entonces, se señala la importancia, no solo de evaluar las demandas laborales sino también la necesidad de considerar los recursos organizacionales y los personales (como, por ejemplo, el engagement y el capital psicológico) para poder hacer frente a las mismas evitando un impacto negativo en la salud.

Para evaluar el engagement se cuenta con la versión española de la **“Escala de Bienestar en el Trabajo -UWES-”** (Utrecht Work Engagement Scale, UWES) desarrollada por Schaufeli y Bakker (2003, p. 48).

Sobre Capital Psicológico, Luthans et al. (2007) entre todas las capacidades psicológicas analizadas, determinaron las cuatro que componen los recursos psicológicos positivos de primer orden: Resiliencia, Optimismo, Esperanza y Autoeficacia que, a su vez, conforman un constructo central de orden superior denominado Capital Psicológico. Para saber más sobre el Capital Psicológico, se recomienda la lectura del apartado 2.1.1 del I Manual donde se describe y se recomienda la escala **OREA** (Mesguer, et al., 2017) para su evaluación.



El “Programa para el fomento del Capital Psicológico” de la Universidad de Valladolid, proporcionan información y recursos para el entrenamiento de cada componente del PsyCap, con recomendaciones para mejorar estas capacidades; a las que se añaden actividades para practicar otras habilidades interpersonales, de comunicación y regulación emocional. Facilita videos sobre **“las emociones”** y **“habilidades de comunicación y asertividad”**.

1. La esperanza

2. La autoeficacia

3. El optimismo

Sobre la Resiliencia, La Fundación Fyde CajaCanarias desarrollo el taller **Skills Lab. Cómo desarrollar la resiliencia y la adaptación al cambio.**

3.4. FASE DE INTERVENCIÓN TERCIARIA

En este apartado, se detallan las acciones que pueden emprender los empleadores para apoyar a las personas con un trastorno de salud mental, fundamentalmente dirigidas a contribuir su recuperación, y a la adaptación del trabajo que contribuyan a la permanencia en el empleo o su reincorporación tras una incapacidad.

En este sentido, el Plan de Salud Mental aprobado por la empresa debe recoger explícitamente las medidas de apoyo, los recursos y las herramientas disponibles, dentro y fuera de la empresa, con las que pueden contar tanto los responsables de implementar los programas.

A continuación, se enumeran los recursos que ayudarán a los responsables de la empresa y otras personas interesadas a desarrollar programas para que las personas con un trastorno de salud mental permanezcan o retornen a su trabajo y progresen de manera saludable. Para ello, se estructura el contenido en los siguientes puntos:

1. Retorno y permanencia en el trabajo de personas con Trastorno Mental Común (TMC)
2. Adaptación y ajustes del trabajo para personas con TMC
3. Apoyo y ayuda para las personas con TMC

3.4.1. Retorno y permanencia en el trabajo

La Reincorporación al Trabajo supone, como indica EU-OSHA (2016), la combinación de los esfuerzos que hay que realizar para garantizar que se conserve el trabajo y se pueda prevenir el abandono anticipado del mismo; un proceso que abarca los procedimientos e intervenciones dirigidos a la protección y promoción de la salud y la capacidad de trabajo y a facilitar el retorno al trabajo de las personas que como consecuencia de una lesión o enfermedad han visto reducida su capacidad laboral. En este sentido, es importante la Rehabilitación Profesional que tiene como objetivo ayudar a las personas con deficiencia o discapacidad física o mental a superar las barreras para acceder al trabajo, para conservarlo y para reincorporarse a él (Issa, 2013).

El Retorno al Trabajo (RAT), se define como la reanudación de tareas/horas de trabajo después de un período de baja por enfermedad. Para ayudar a las empresas a definir programas de RAT, EU-OSHA (2013) publicó un informe sobre el **Regreso al trabajo después de una baja por enfermedad debido a problemas de salud mental** en el que se señalan como componentes eficaces de estas intervenciones:

1. Un apoyo activo del supervisor para el retorno al trabajo.
2. Mantener el contacto con la empresa durante la incapacidad.
3. Planificar un retorno gradual al trabajo.
4. La activación de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y/o las técnicas de resolución de problemas (por ejemplo, aprendizaje de habilidades de afrontamiento para lidiar con las barreras del retorno al trabajo).



El informe OSH **WIKI**²⁰ sobre Mala salud, discapacidad, empleo y regreso al trabajo (EU-OSHA, 2023) también orienta sobre este proceso. Proporciona información y

acceso a los recursos disponibles que la Agencia y otros organismos han ido publicando sobre discapacidad y RAT.



El punto de mira: Regreso al trabajo después de trastornos mentales comunes recientemente publicado (2024), está dirigido al RAT en los casos de Trastorno Mental Común (TMC)²¹.

mún (TMC)²¹.

3.4.1.1. Permanencia en el empleo para las personas con enfermedad crónica por TMC

En el IV capítulo del I Manual se realiza una extensa revisión sobre patología mental. Para documentarse sobre los mismos es conveniente revisar el contenido de dichos apartados.



Este cuestionario sobre Enfermedad crónica está dirigido principalmente a los mandos intermedios e incorpora una lista de comprobación sobre las actuaciones que la empresa está realizando de las ausencias de larga duración. Posteriormente, si se solicita y en función de las respuestas, se obtienen una serie de recomendaciones.

CUESTIONARIO: ENFERMEDAD CRÓNICA

²⁰ OSHwiki es la enciclopedia gratuita sobre Seguridad y Salud en el trabajo de EU-OSHA. Disponible en <https://oshwiki.osha.europa.eu/es>

²¹ Para ampliar información sobre la salud y la enfermedad mental se puede acceder al artículo de OSHWIKI Salud mental en el trabajo. Disponible en: <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/mental-health-work>

TMC se refiere a las enfermedades mentales como depresión, ansiedad, trastornos de adaptación y otras afecciones relacionadas con el estrés.

El Check-list incorpora parte del cuestionario “Manager support for return to work: a check list” incluido en la Guía de la ENWHP (2013) que se presenta a continuación.



En la misma línea, la ENWHP ha publicado una serie de recursos dirigidos a la prevención y detección precoz de enfermedades crónicas y a reducir las consecuencias de sufrirla en el entorno laboral.

Aunque no están dirigidas exclusivamente para los casos de salud mental, sirven como material de ayuda para orientar a los responsables de las organizaciones que deben abordar el proceso de reincorporación o adaptación del puesto tras este tipo de bajas.

El documento Gestión de la integración al puesto de trabajo propone contribuir a la integración de las personas con riesgo de exclusión a causa de las limitaciones derivadas de su enfermedad. Contiene medidas para adaptar las condiciones del trabajo a las capacidades de la persona para posibilitar que retome su actividad laboral o que continúe trabajando.

La Guía “ La Promoción de un trabajo saludable para los trabajadores con enfermedades crónicas: una guía de buenas prácticas” de la ENWHP (2013) refiere ejemplos de las buenas prácticas desarrolladas por empresas con personal con enfermedades crónicas para potenciar la permanencia en el empleo o para ayudarles en el retorno al trabajo.

Entre las directrices que los empleadores han de desarrollar se señala la importancia de:



1. Permitir la vuelta al trabajo lo antes posible después de la incidencia.
2. Buscar actividades para el RAT similares a la del puesto de trabajo de la persona.
3. Hacer los ajustes razonables según las necesidades de la persona con programas diseñado específicamente a su tipo de lesión o de enfermedad.
4. Asumir la responsabilidad de gestionar y monitorizar cada programa de RAT. Consultar con el trabajador discapacita-

do o enfermo, así como, facilitarle apoyo adicional para que vuelva al trabajo.

5. Se debe implicar a la persona para obtener su participación activa, esencial

para implementar el programa de vuelta al trabajo.

6. Se han de tomar las medidas apropiadas para prevenir futuras lesiones o enfermedades en el trabajo.

7. Se debe Interesar por la situación de la persona en su hogar e identificar juntos los factores que puedan repercutir en el trabajo.

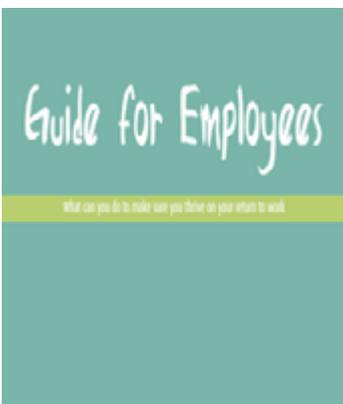


La gestión de personas con enfermedad crónica en el entorno laboral, editado por Malta Health Network, aporta datos sobre el impacto de las enfermedades crónicas en el ámbito laboral y las necesidades de estos empleados para integrarse en los equipos de trabajo, además de herramientas de adaptación y flexibilización de puestos y las condiciones de trabajo. También presenta recomendaciones dirigidas a los responsables de empresa para gestionar la enfermedad crónica en el trabajo.

Finalmente, se presentan dos de las propuestas de actuación para la promoción del RAT sostenible y saludable realizados por diferentes equipos de investigación: (1) el modelo IGLOO desarrollado en la universidad de Sheffield, y (2) el proyecto de la Universidad de Melbourne.

1. En primer lugar, el Modelo IGLOO (Nielsen et al., 2018) de la Universidad de Sheffield, proporciona recomendaciones de actuación para facilitar el retorno al trabajo mediante la intervención a diferentes niveles (Individuo, Grupo, Líder, Organización y Entorno).

Desde este modelo se ha desarrollado una serie de Guías con recomendaciones para el regreso al trabajo de las personas con trastorno mental dirigidas a los responsables de cada nivel de intervención, en las que se proponen, por tanto, medidas y recomendaciones dirigidas a los propios empleados, a los empleadores, los líderes y los jefes de equipo.



En concreto la “Guía de IGLOO para volver al trabajo después de una enfermedad mental: guía para personas que regresan”, identifica las cinco estrategias clave para la gestión del RAT después de un trastorno mental que implica:

1. la gestión de la carga de trabajo
2. la organización del tiempo de trabajo (flexible)
3. la gestión del espacio: ubicación flexible (trabajo remoto o a distancia)

4. la promoción de conversaciones sobre salud mental
5. el apoyo social a largo plazo.



2. En segundo lugar, el Grupo de investigación sobre la Salud Mental de la Universidad de Melbourne desarrolla un espacio web que facilitan ejemplos para que las empresas desarrollen una política para volver al trabajo después de una enfermedad mental. Dispone

de distintos recursos para ayudar a regresar con éxito al trabajo después de, entre otros, un trastorno por depresión, o ansiedad.

3.4.2. Adaptación y ajustes del trabajo para personas con tmc

En España, la normativa vigente establece que las empresas deben realizar los ajustes razonables que permitan a las personas con discapacidad continuar en su puesto de trabajo. Incluye la adaptación del puesto o el traslado a otro puesto vacante y disponible que sea compatible con la nueva situación del trabajador. Según el Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre (art. 2.m), los Ajustes razonables: “son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas del ambiente físico, social y actitudinal a las necesidades específicas de las personas con discapacidad que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular de manera eficaz y práctica, para facilitar la accesibilidad y la participación y para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos”.

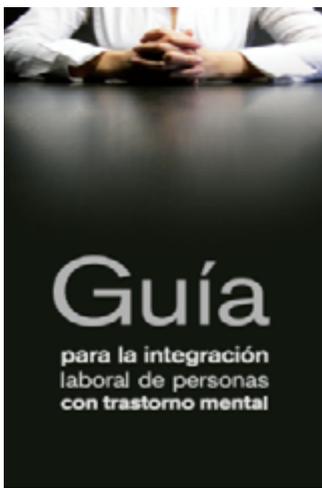
En referencia a los trastornos mentales, EU-OSHA (2024, p. 5) describe las Adaptaciones Laborales como las modificaciones del puesto de trabajo o del entorno laboral que deben realizarse para ajustarlo a la capacidad laboral del empleado con una enfermedad mental para posibilitar que continúe realizando sus funciones. Se incluyen entre estas las adaptaciones temporales, por ejemplo, para promover una reincorporación gradual reduciendo el horario de trabajo; y establece finalmente cuatro grandes grupos de actuaciones:

- 1. ADAPTAR HORARIOS** (reducción de horas de trabajo, cambios en el horario del trabajo a turnos);
- 2. MODIFICAR O CAMBIAR** de puesto de trabajo (variación de tareas, cambio a un puesto diferente);
- 3. ADAPTAR EL ESPACIO FÍSICO** (acceso a un área privada, reducir ruido);
- 4. FACILITAR LA COMUNICACIÓN** (con el supervisor, con un compañero, con instrucciones escritas, etc.).

La Comisión Europea presenta el Paquete de medidas para el empleo de las personas con discapacidad con el fin de ayudar a los Estados Miembros a garantizar que las personas con discapacidad disfruten de la inclusión social y la autonomía económica a través del empleo. El paquete forma parte de la [Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030](#). Entre las seis áreas de actuaciones destacan: garantizar los Ajustes Razonables.



La Comisión Europea (2024) ha publicado en manual con las Directrices y Buenas prácticas para la realización de Ajustes Razonables que ofrecen información, ejemplos prácticos y referencias para ayudar a los empleadores a cumplir este requisito.



Un trabajo que puede servir de referencia para orientar el diseño de las adaptaciones o ajustes de los puestos de trabajo es la Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental del Programa Incorpora de la Obra Social “la Caixa”. Este documento adapta el listado de recomendaciones realizado por la Universidad de Boston (2010) sobre adaptaciones de los puestos de trabajo en función de las dificultades o limitaciones que puede presentar la persona derivadas de un trastorno mental (véanse las páginas 169-172). Incorpora, además, una serie de anexos que pueden resultar de utilidad para ser aplicados por la empresa para facilitar la permanencia y la reincorporación al trabajo de estas personas.



El año 2024 se dedicó a la Salud Mental en el Trabajo y entre los mensajes clave dirigidos por la OMS a los empleadores destaca la necesidad de realizar Ajustes Razonables. Esta infografía forma parte de los materiales editados por la OMS en esta campaña.



La celebración del Día mundial de la Salud Mental (10 de octubre) puede ser un motivo que impulse actuaciones de divulgación en las empresas que ayuden a concienciar sobre la importancia de intervenir desde el lugar de trabajo. Para ello, se puede emplear la infografía editada por el [Consejo General de Psicología de España](#) que aboga por

lugares de trabajo donde se priorice, proteja y promueva el bienestar psicológico.

3.4.3. Apoyo y ayuda para las personas con tmc

El informe de Políticas sobre [Como los lugares de trabajo pueden apoyar a los trabajadores que han experimentado problemas de salud mental](#) (EU-OSHA, 2024b) propone que los empleadores adopten el mismo enfoque que hayan empleado para facilitar el retorno al trabajo de las personas que padecen trastornos musculoesqueléticos crónicos u otro tipo de afectación física, como el cáncer o el COVID-19 persistente. Como ejemplo, se puede consultar la publicación del INSST de 2023 sobre el [Retorno al trabajo tras diagnóstico de cáncer de mama. Factores facilitadores y barreras](#) y la de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT, 2021) del [Síndrome post-covid-19 o covid persistente y retorno al trabajo](#).

Destaca, además, la importancia y la necesidad de que los empleadores también ofrezcan ayuda para los empleados que presentan “afecciones episódicas”. Por ello, este informe EU-OSHA destaca la necesidad de asesoramiento y herramientas para que los empleadores, fundamentalmente las Pymes, puedan desarrollar prácticas que faciliten la comunicación sobre la salud mental y a partir de esto, proporcionar apoyo y realizar los ajustes adecuados en el lugar de trabajo.

El primer paso para obtener ayuda, en caso de necesitarla, es el de comunicar y entablar conversaciones abiertamente sobre su estado de salud mental con otra persona. Pero, del mismo modo, resulta necesario que el resto de las personas responsables o compañeros de trabajo sepan cómo deben responder, guiar y derivar, o en su caso acompañar a personas con problemas de salud mental.

En este sentido, las empresas pueden editar infografías que recojan, por ejemplo, las direcciones y teléfonos a los que se pueden dirigir las personas en un momento de crisis o al presentar síntomas, así como, los enlaces a otras webs con servicios de apoyo o la difusión de grupos de ayuda mutua. Algunos de los recursos disponibles que pueden emplear con este objetivo se relacionan a continuación.

3.4.3.1. Plataformas, teléfonos y dispositivos de atención, ayuda y auxilio a las personas en el lugar de trabajo

A continuación, se relacionan distintos enlaces webs y aplicaciones que ofrecen ayuda a las personas con depresión, ansiedad o conductas suicidas.



[La Confederación de Salud Mental de España](#), mediante el sitio “Permitete Vivir” cuyo objetivo es la prevención del suicidio, ofrece recomendaciones e información sobre señales de alerta y un plan de seguridad para combatir las ideas de suicidio.



iFightDepression es una iniciativa de la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD) que pretende mejorar la conciencia sobre la depresión y las tendencias suicidas.



Proporciona información sobre la depresión, ayuda a identificar sus signos y síntomas y cómo pedir ayuda. Además, orienta a otras personas para que sepan cómo responder y ayudarles. En su Web hay un apartado dedicado al lugar de trabajo en el que se aportan orientaciones para reconocer la señales de la depresión y diferenciarlo del estrés; y guías de actuación para empleadores y super-

visores o empleados. Entre otros, proporciona un programa de autoayuda online dirigido a personas con depresión leve y moderada, como ejemplo se puede ver el video adjunto.



SOM es una plataforma digital que aporta diferentes recursos, por ejemplo, recomendaciones para “acompañar a una persona con depresión”, contribuyendo de esta manera a facilitar su recuperación. Está formada por un equipo multiprofesional

que incluye profesionales de la salud, y de la educación.



El Ministerio de Sanidad promueve la Línea 024 de atención a la conducta suicida. Se trata de una línea telefónica de ayuda a las personas con pensamientos, ideaciones o riesgo de conducta suicida, y a sus familiares y allegados. Se basa en la contención emocional por medio de la escucha activa que realizan los profesionales del 024, la re-

comendación de que contacten con los servicios sanitarios del SNS o la derivación al 112 en los casos en los que se aprecie una situación de emergencia. También dispone de un Chat en línea.



La Fundación Española para la Prevención del Suicidio ha desarrollado un programa para la prevención, divulgación y formación sobre el suicidio

con contenidos en la Web y APP “Prevensuic. Hablar es prevenir”.

www.papageno.es



El Teléfono de la Esperanza dispone de un servicio de orientación telefónica urgente, gratuito, anónimo y especializado las 24 horas, así como orientación por chat y entrevistas y Grupos de Apoyo específicos.



La Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio ofrece la plataforma **PAPAGENO**²² con el descargable “En mis zapatos: guía de recomendaciones para comunicar so-

bre el suicidio”. Dispone de un mapa de recursos de abordaje de la conducta suicida en España y otras herramientas prácticas.

3.4.3.2. Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y Grupos de Ayuda coordinados por profesionales

Desde la Asociación Papageno, como se ha comentado, se desarrollan Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en diferentes ámbitos, tanto en solitario, como en colaboración con otras entidades. Y facilita acceso a diferentes [grupos de duelo](#) por suicidio o para personas en riesgo.



Activa't ha editado una “Guía para los Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental” que puede servir para ampliar información sobre los Grupo de Ayuda Mutua (**GAM**)²³ como espacios de escucha y comprensión que contribuyen a superar o mejorar la

situación de las personas que comparten un mismo problema, dificultad o preocupación.



AMTAES es una asociación nacional de afectados por trastornos de ansiedad, que pone a disposición de sus socios un mapa en el que se localizan los [GAM](#) inscritos por provincia (56 en la Región de Murcia) que organiza como mínimo un encuentro mensual presencial y salidas con actividades de ocio, eventos

culturales y sociales.

²² Corresponde al nombre del personaje homónimo de la ópera “La Flauta Mágica” de Mozart, un personaje que al ser rechazado por su amada decide acabar con su vida, pero, finalmente, tras la intervención y el apoyo de tres de sus amigos opta por seguir viviendo.

²³ En el apartado 3.1. de esta Guía se introdujo el concepto de PAE -Programa de Asistencia al Empleado-. En relación con los programas de apoyo al retorno al trabajo hay iniciativas como la desarrollada por [yess!](#) que, además, ofrece soluciones digitales de psicoeducación, prevención, asistencia psicológica online 24/7, una plataforma para el bienestar emocional o contenidos dirigidos a la prevención del suicidio en el lugar de trabajo, entre otros.



El programa Volver a Vivir, financiado por la consejería de Salud de la Región de Murcia y desarrollado por profesionales especialistas voluntarios de la Cruz Roja, está dirigido a personas con depresión leve, en el que se enseña estrategias para afrontarla, reducirla y prevenir los síntomas asociados. Se realizan talleres gratuitos con grupos reducidos (máximo 10 personas).

4. REFERENCIAS

APA (2022). Temas de psicología. Lugares de trabajo saludables. 5 ways to improve employee mental health.

<https://www.apa.org/topics/healthy-workplaces/improve-employee-mental-health>

ACAS (2020). Work adjustments for mental health: a review of the evidence and guidance | Acas.

<https://www.acas.org.uk/research-and-commentary/work-adjustments-for-mental-health-a-review-of-the-evidence-and-guidance/report>

Bernal-Delgado, E., Angulo-Pueyo, E., Ridao-López, m., Rosa M Urbanos-Garrido, Oliva-Moreno, J., García-Abiétar, D., & Cristina Hernández-Queved. (2024) Spain: Health system review. Health Systems in Transition. (European Observatory on Health Systems and Policies, Ed.; No.3, Vol. 26). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Blake, H., Hassard, J., Dulal-Arthur, T., Wishart, M., Roper, S., Bourke, J., Belt, V., Bartle, C., Pahl, N., Leka, S., & Thomson, L. (2024). Typology of employers offering line manager training for mental health. Occupational Medicine, 74(3), 242–250.

<https://doi.org/10.1093/OCCMED/KQAE025>

Blake, H., Vaughan, B., Bartle, C., Yarker, J., Munir, F., Marwaha, S., Daly, G., Russell, S., Meyer, C., Hassard, J., & Thomson, L. (2022). Managing Minds at Work: Development of a Digital Line Manager Training Program. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(13), 8006. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19138006/S1>

CBC (2024). Mental health in the workplace: a global picture.

<https://betterworkplacemh.com/globalpicture/>

CDC (2018). Mental Health and Stress in the Workplace. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/152725>

Centre for Mental Health (2024). Policy Background the Impact of Mental Ill Health.

Comisión Europea: Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión (2024). Adaptaciones razonables en el trabajo: directrices y buenas prácticas , Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2024, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/359088>

Dimoff, J. K., & Kelloway, E. K. (2019). Mental health problems are management problems: Exploring the critical role of managers in supporting employee mental health. Organizational Dynamics, 48(3), 105–112.

<https://doi.org/10.1016/J.ORGDYN.2018.11.003>

ENWHP (2018). Work. Adapted for all. La promoción de un trabajo saludable para los trabajadores con enfermedades crónicas: Guía para una buena práctica.

www.enwhp.org

EU-OSHA (2016). Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes – Information sheet | Safety and health at work EU-OSHA.

<https://osha.europa.eu/en/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-report-eu-and-member-states-policies-strategi-1>

EU-OSHA (2024a). A review of good workplace practices to support individuals experiencing mental health problems.

<https://osha.europa.eu/en/publications/review-good-workplace-practices-support-individuals-experiencing-mental-health-problems>

EU-OSHA (2024b). Policy Brief. How workplaces can support workers experiencing mental health problems | Safety and health at work EU-OSHA.

<https://osha.europa.eu/en/publications/how-workplaces-can-support-workers-experiencing-mental-health-problems>

Eurofound (2024). Workplace bullying, harassment and cyberbullying: Are regulations and policies fit for purpose? | European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

<https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2024/workplace-bullying-harassment-and-cyberbullying-are-regulations-and-policies-fit>

European Parliament (2023). A Comprehensive Approach to Mental Health.

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0279_EN.html

Flaxman, S., Semenova, E., Health, A., Stevens, G. A., Strain, T., Flaxman, S., Guthold, R., Semenova, E., Cowan, M., & Riley, L. M. (2024). National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5.7 million participants. *The Lancet Global Health*, 0(0).

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00150-5)

Greenwood, K. (2021). Difficult conversations. How to Talk About Your Mental Health with Your Employer. *Harvard Business Review*.

<https://hbr.org/2021/07/how-to-talk-about-your-mental-health-with-your-employer?>

HSE. (n.d.). What are the Management Standards? – Stress and mental health at work. Topics. Home. Retrieved September 6, 2024, from

<https://www.hse.gov.uk/stress/standards/>

INSST (2018). El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo. Una visión general.

<https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/efecto-sobre-salud-riesgos-psicosociales-en-trabajo-una-vision-general-ano-2018>

INSST (2022). Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales.

<https://www.insst.es/noticias-insst/directrices-basicas-para-la-gestion-de-los-riesgos-psicosociales-ano-2022>

INSST (2023). Salud mental y Trabajo - INSST.

<https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/salud-mental-y-trabajo-2023>

Issa (2013). ISSA Guidelines on Return to Work and Reintegration.

<https://www.issa.int/guidelines/rtw>

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186.

<https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.1997.TB140071.X>

Kelloway, E. K., Dimoff, J. K., & Gilbert, S. (2023). Mental Health in the Workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(Volume 10, 2023), 363–387. SSRN:

<https://ssrn.com/abstract=4337241>

LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., Keegel, T., & Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14(1).

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-131>

Lazarus RS y Folkman S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Leka, S., & Cox, T. (2009). *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*.

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge. *Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge*, 1–256.

<https://doi.org/10.1093/ACPROF:OSO/9780195187526.001.0001>

Mind Share Partners. (2021). 2021 Mental Health at Work Report—The Stakes Have Been Raised.

<https://www.mindsharepartners.org/mentalhealthatworkreport-2021>

Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-care practices and perceived stress levels among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55–66.

<https://doi.org/10.1037/A0026534>

Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F., & Bültmann, U. (2018). IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*, 32(4), 400–417.

<https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1438536>

OIM (2024). Manual de entrenamiento en habilidades psicosociales básicas para personal de primera línea de respuesta en emergencias y contextos de migración. | Organización Internacional para las Migraciones.

OIT. (1998). Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ed.).

OIT. (2013). La prevención del estrés en el trabajo. Lista de puntos de comprobación.

OIT. (2020). Actualización de las necesidades del sistema: Mejora de la protección frente al ciberacoso y a la violencia y el acoso en el mundo del trabajo posibilitados por las TIC.

<https://webapps.ilo.org/static/spanish/intserv/working-papers/wp001/index.html>

OIT & SOFOFA. (2013). Prevención inclusiva: Guía con las nueve claves para una prevención inclusiva de los riesgos laborales | International Labour Organization.

<https://www.ilo.org/es/publications/prevencion-inclusiva-guia-con-las-nueve-claves-para-una-prevencion>

OMS (2020). En tiempos de estrés, haz lo que importa: Una guía ilustrada.

OMS (2022). Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>

OMS–OIT (2022). Mental health at work: policy brief.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363173/9789240058309-spa.pdf>

Schulte, P. A., Sauter, S. L., Pandalai, S. P., Tiesman, H. M., Chosewood, L. C., Cunningham, T. R., Wurzelbacher, S. J., Pana-Cryan, R., Swanson, N. G., Chang, C. C., Nigam, J.

A. S., Reissman, D. B., Ray, T. K., & Howard, J. (2024). An urgent call to address work-related psychosocial hazards and improve worker well-being. *American Journal of Industrial Medicine*, 67(6), 499–514.
<https://doi.org/10.1002/AJIM.23583>

Valenzuela, T. (2006). *Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables* (Ed. Washington.OPS/OMS, Ed.). OPS.

Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487–494.
<https://doi.org/10.1037/A0029446>

Zabaleta González, R., Lezcano Barbero, F., Perea Bartolomé, M. V., Zabaleta González, R., Lezcano Barbero, F., & Perea Bartolomé, M. V. (2023). Alfabetización en Salud Mental: Revisión Sistemática de la Literatura. *Psykhe (Santiago)*, 32(1), 0–0.
<https://doi.org/10.7764/PSYKHE.2020.21787>



CROEM



CONFEDERACIÓN
REGIONAL
DE ORGANIZACIONES
EMPRESARIALES
DE MURCIA