

AfforHealth

Protocolo PSICOVS2023

Guía de recomendaciones
para la vigilancia específica
de la salud de trabajadores
expuestos a riesgos
psicosociales

Título: Protocolo PSICOVS2023. Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a riesgos psicosociales.

Autor: Guillermo Soriano-Tarín, Pedro Guillén Robles. **Coautores:** Luis Mazón Cuadrado, Ramona García Maciá, María Eugenia Carballo López, Alicia Chanca Díaz, Carlos Catalina Romero.

Edita: Affor Health

ISBN: 978-84-09-56899-4

Proyecto de investigación impulsado por AFFOR HEALTH.

Editado en España:

Reservados todos los derechos. Queda prohibido reproducir parte alguna de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabado o cualquier sistema de almacenado y procesado de información, sin el permiso previo por escrito del editor.

No será aceptada ninguna responsabilidad por parte del editor o de los autores de la obra, como consecuencia de posibles pérdidas incurridas por individuos u organizaciones derivadas de acciones resultantes del material publicado en esta obra.

Uso del masculino plural en referencia a personas de ambos sexos

La utilización en esta Guía del masculino plural cuando nos referimos a mujeres y hombres en el trabajo como colectivo no tiene intención discriminatoria alguna, sino la aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva, para facilitar la lectura con el menor esfuerzo posible, dada la abundancia de datos, refiriéndonos explícitamente a trabajadores y trabajadoras cuando la comparación entre sexos sea relevante en el contexto.

AUTORES

Soriano-Tarín, Guillermo. Doctor en Medicina y Cirugía. Médico del Trabajo. Coordinador del área de Medicina del Trabajo de SGS Iberia. Coordinador del Grupo Funcional de Promoción de la Salud de la Asociación Española de Especialistas en de Medicina del Trabajo AEEMT (Valencia).

Guillén Robles, Pedro. Doctor en Medicina y Cirugía. Médico del Trabajo. Coordinador nacional de vigilancia de la salud en Grupo OTP y Europrevén (Valencia).

COAUTORES

Mazón Cuadrado, Luis. Médico del trabajo. Jefe del Servicio de Prevención del Hospital Universitario Puerta del Hierro (Madrid).

García Maciá, Ramona. Médico especialista en Medicina del Trabajo y en Psicosociología Aplicada. Psicoterapeuta. Directora Health & Heal. Departamento de Salud. Miembro del Consejo Asesor de Affor Health (Barcelona).

Carballo López, María Eugenia. Técnico Superior en PRL. Psicóloga. Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Chanca Díaz, Alicia. Especialista en Enfermería del Trabajo. Técnico Superior en PRL. Psicóloga del Trabajo y de las Organizaciones. Coordinadora Regional Servicio Sanitario El Corte Inglés. Presidente AMET. Vicepresidente Asociación Especialistas en Enfermería del Trabajo (AET). Miembro del Consejo Asesor de Affor Health (Madrid).

Catalina Romero, Carlos. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Departamento de Proyectos Sanitarios de Ibermutuamur (Madrid).

PANEL DE EXPERTOS CONSULTORES PSICOVS2023 (por orden alfabético)

Bellido Cambrón, Mª Carmen. Médico del Trabajo.

Coordinadora de la UP nº 1 del SPRL Hospital General Universitario de Castellón. Miembro de la JD de la AEEMT (Castellón).

Carbonell Vayá, Enrique. Doctor en Psicología. Profesor Titular de Universidad adscrito y secretario del Instituto Universitario de Investigación en Criminología y Ciencias Penales. Universidad de Valencia (Valencia).

Deschamps Perdomo, Ámbar. Médico del Trabajo. Association interprofessionnelle des Centres Médicaux et Sociaux de santé au travail de la région Ile-de-France-ACMS (Francia).

Gil-La Orden, Pedro. Graduado en Psicología. Miembro de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO). Universitat de València (Valencia).

Gil-Monte, Pedro R. Doctor de Psicología. Director de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO). Universidad de Valencia (Valencia).

Gutierrez Labrador, Rosario. Especialista en Psiquiatría. Especialista en Medicina del Trabajo. Jefe de sección del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Infanta Sofía (Madrid).

Hernández Herrero, Luis. Especialista en Medicina del Trabajo. Psicoterapeuta (Madrid).

Jordán Cristóbal, Carlos M. Psicólogo Clínico. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitarios de Fuenlabrada (Madrid).

López Higuera, Blanca. Grado de Medicina. Residente Medicina del Trabajo Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva).

Louzán Mariño, Rita. Doctora en Procesos psicológicos y comportamiento social. Profesora de ergonomía y psicología aplicada (Lugo).

Llaneza Álvarez, F. Javier. Psicólogo. Especialista en Ergonomía y Psicología Aplicada. Expresidente de la AEE. Presidente de PREVERAS. Miembro del Consejo Asesor de Affor Health (Asturias).

Piserra Bolaños, Carlos. Especialista en Medicina del Trabajo. Jefe del SPRL. Gobierno de la Rioja (Logroño-La Rioja).

Ruiz-Frutos, Carlos. Catedrático Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Huelva (Huelva).

Ruiz Tovar, María José. Especialista en Ergonomía y Psicología Aplicada. Coordinadora nacional en SGS Tecnos SA (Valencia).

Santo Domingo Mateos, Silvia. Doctora en Medicina. Facultativo Especialista en Medicina del Trabajo del Servicio de PRL del Sistema Público Sanitario de la Rioja (Logroño-La Rioja).

Serrano Balloni, María Jesús. Especialista en Medicina del Trabajo. Subdirección área de RRHH. Asistencia Médica MAPFRE España (Madrid).

Valle Robles, María Luisa. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico Gerencia regional de SACYL. Servicio de Atención al Usuario y Participación. Dirección General de Calidad e Infraestructuras (Valladolid).

Viguera Sánchez, Ana. Ingeniero Agrónomo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Responsable del SPP de Verdifresh S.L. (Valencia).

Villaplana-García, María. Doctora en Ciencias del Trabajo. Psicóloga Especialista en Psicología de la Salud Ocupacional. Profesora Departamento de Psiquiatría y Psicología Social Universidad de Murcia. Coordinadora de Desarrollo científico de la Dirección Técnica I+D+i Mutua Universal (Murcia).

Zorzano Maeztu, Mónica. Licenciada en Psicología. Especialista en Ergonomía y Psicología aplicada. Jefa de área técnica del Servicio de Prevención de riesgos Laborales Gobierno de la Rioja (Logroño-La Rioja).

AGRADECIMIENTOS

- Aqualia
- Ayuntamiento de Málaga
- Clínicas Baviera
- Conselleria de Sanidad. HGUCS. Castellón
- Diputación de Valencia
- Ence-Magnon
- Escuelas Profesionales Sagrada Familia
- Fundación Laboral de La Construcción
- Grupo OTP
- Hospital de Fuenlabrada
- Hospital Universitario 12 de Octubre
- Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales
- Orange
- Quirónprevención
- Quirónsalud
- Sanitas
- Universidad de Oviedo
- Universidad de Sevilla

Índice

1	Introducción	
1.1.	Determinantes de la salud mental relacionados con el trabajo	11
1.2.	Magnitud del problema	12
1.3.	Bibliografía	18
2	Objetivos y criterios de aplicación	
2.1.	Objetivos	21
2.2.	Criterios de aplicación: población diana	23
2.3.	Bibliografía	25
3	Definición del escenario	
3.1.	Los factores psicosociales: concepto, definiciones, clasificación	
3.1.1.	Concepto	27
3.1.2.	Definiciones	27
3.1.3.	Clasificación	29
3.2.	Riesgos psicosociales: definición, clasificación, riesgos emergentes	
3.2.1.	Definición	29
3.2.2.	Clasificación	29
3.2.3.	Riesgos psicosociales emergentes	31
3.3.	Vigilancia de la salud. Consecuencias negativas para la salud	33
3.4.	Promoción de la salud	36
3.5.	Bibliografía	38

4 Evaluación del riesgo

4.1. Introducción	41
4.1.1. Instrumentos cuantitativos	43
4.1.2. Instrumentos cualitativos	43
4.2. Metodologías específicas para valorar la afectación de las personas trabajadoras	44
4.3. Bibliografía	45

5 Protocolo médico específico

5.1. Contenido de la vigilancia individual de la salud de trabajadores expuestos a riesgo psicosocial	51
5.1.1. Nivel de intervención 1	51
5.1.2. Nivel de intervención 2	53
5.1.3. Nivel de intervención 3	54
5.1.4. Nivel de intervención 4	55
5.2. Criterios de valoración de los resultados	58
5.2.1. Valoración clínica y relación con los factores psicosociales del lugar de trabajo	58
5.2.1.1. Valoración clínica	58
5.2.1.2. Valoración de la relación con el trabajo	58
5.2.2. Valoración de la aptitud	61
5.2.3. Orientaciones de intervención psicosocial en promoción de la salud y de prevención colectiva y/o individual en función de la calificación de aptitud	62
5.2.4. Periodicidad de los exámenes de salud	63
5.3. Bibliografía	65

Índice

6	Datos a remitir a las administraciones sanitarias. Indicadores para la vigilancia de la salud colectiva	69
6.1.	Utilidad de las fuentes de información y limitaciones	70
6.2.	Análisis epidemiológico de la vigilancia de la salud individual	71
6.3.	Otros indicadores de vigilancia de la salud colectiva de exposición a riesgo psicosocial y daños	78
6.4.	Bibliografía	80
7	Revisión	82

Anexos: protocolo para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a riesgo psicosocial: protocolo PSICOVS2023

Anexo I:	Escala Psicomet niveles 1 y 2	85
Anexo II:	Modelo de derivación por enfermedad común	86
Anexo III:	Modelo de derivación por sospecha de contingencia laboral	87

***Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto
y pensar lo que nadie más ha pensado***

Werner Heisenberg

Hacer visible
lo invisible



¿A quién va
dirigida la Guía
PSICOVS2023?



¿Cuál es el valor
añadido de utilizar
este instrumento
de evaluación?





Introducción

- 1.1. Determinantes de la salud mental relacionados con el trabajo
- 1.2. Magnitud del problema
- 1.3. Bibliografía

Autores

Soriano-Tarín, Guillermo; Jordán Cristobal, Carlos M;
Villaplana García, María; Guillen Robles, Pedro;
Ruiz-Frutos, Carlos; Viguera Sánchez, Ana.

1.1. Determinantes de la salud mental relacionados con el trabajo

Los factores de naturaleza psicosocial, tanto en el contexto del lugar de trabajo como fuera de él, constituyen en nuestro entorno uno de los principales determinantes de la salud para las personas¹⁻³, por lo que se ha venido a considerar como un *riesgo emergente* en este nuevo milenio derivado de los avances tecnológicos y de las cambiantes condiciones económicas, sociales y organizativas en las empresas. Entre ellas, destacan las nuevas formas de contratación laboral e inseguridad en el puesto de trabajo, el envejecimiento de la población activa, la intensificación del trabajo, el trabajo a distancia, la digitalización e hiperconexión digital, las fuertes exigencias emocionales en el trabajo y el desequilibrio entre la vida laboral y personal.

A los clásicos determinantes de la salud individual o colectiva propuestos por Lalonde, entre los que se encuentran la biología (carga genética y efecto del envejecimiento), el medio ambiente (incluido el medio ambiente laboral), los estilos de vida y la accesibilidad a los recursos sanitarios (entre los que se encuentran los servicios relacionados con la salud de los trabajadores), habría que añadir un quinto elemento como es la *globalización*, que incide en los anteriores y está provocando un fuerte impacto en las formas y modos de producción de bienes y servicios, y por tanto en el perfil de los riesgos y patologías laborales derivadas — fruto de los cambios en la naturaleza del trabajo y del empleo—, así como en el ejercicio de los profesionales de la salud laboral y la prevención de riesgos laborales⁴.

Asimismo, entre sus numerosas repercusiones, la pandemia de la COVID-19 ha generado una crisis mundial de salud mental, alimentando el estrés a corto y a largo plazo, y socavando la salud mental de millones de personas. El impacto en la salud mental constituye hoy la principal causa de años perdidos por discapacidad, siendo varios los factores que impiden que las personas busquen ayuda para dichos trastornos, como la mala calidad, accesibilidad y coordinación de los servicios, los bajos niveles de conocimientos sobre salud mental, la falta de concienciación sobre la responsabilidad del cuidado individual o la estigmatización y discriminación entre otros⁵. Dicha situación se ha producido igualmente entre la población trabajadora.



*Lo que no se conoce,
no se puede prevenir*



Por todo ello, son numerosos e importantes los motivos por los que debemos prestar atención a los problemas de salud mental en el trabajo. El incremento de su frecuencia, los efectos para la salud psicofísica de los trabajadores, así como la interacción con la organización laboral, aumentando el absentismo con un importante coste tanto humano como económico. La atención y gestión de la salud mental en el medio laboral se considera pues una de las actuaciones prioritarias⁶.

1.2. Magnitud del problema

Existen numerosos datos respecto a la incidencia y prevalencia de los principales riesgos psicosociales, tanto a nivel nacional como internacional, y una extensa evidencia científica sobre sus consecuencias sobre la salud tanto percibida como funcional y adaptativa para la población trabajadora, lo que puede dar una idea sobre la magnitud del problema.

Los trastornos mentales comunes (que incluyen la ansiedad, la depresión y el estrés crónico), y el *Burnout* o Síndrome de quemarse en el trabajo⁷, y el estrés postraumático como consecuencia de la exposición a experiencias de violencia, son las manifestaciones de daño para la salud más frecuentes asociadas a la exposición a estos riesgos de tipo psicosocial, como resultado de una relación de desajuste entre las exigencias o demandas del trabajo y la capacidad de los trabajadores de dar respuesta a éstas en un determinado ambiente laboral⁸. Así, según datos de Eurostat⁹, el estrés es el segundo problema de salud más frecuente entre los trabajadores, tras los trastornos musculoesqueléticos, con un 22% de la población laboral afectada y según los datos de la encuesta del *Eurobarómetro Flash OHS Pulse* sobre seguridad y salud tras la pandemia de la COVID19, un 27,0% de los trabajadores de la EU refiere padecer estrés, depresión o ansiedad¹⁰.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que más de un 25% de la población sufrirá algún trastorno de salud mental en algún momento de su vida, por lo que será la segunda causa de enfermedad e incapacidad en el mundo el año 2020¹¹, siendo el ámbito laboral un lugar relevante para la detección precoz de casos, ya que los trastornos más frecuentemente observados en dicho ámbito son los mismos que con mayor frecuencia se detectan en la población general.

Se estima que más de un 27% de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún momento de su vida, siendo las formas más comunes los trastornos de ansiedad y la depresión, que ocasionan unos costes del 3-4% del PIB^{12,13}.

Las posibles consecuencias sobre la salud, tanto desde el punto de vista auto percibido (esto es: el bienestar físico, mental y social), como desde el punto de vista funcional (capacidad óptima para el cumplimiento eficaz de las tareas) y adaptativo (adaptación acertada y permanente a su entorno) por la exposición a riesgos psicosociales podemos agruparlas

básicamente en alteraciones fisiológicas, emocionales, cognitivas y del comportamiento, con las siguientes manifestaciones:

- Problemas físicos: Trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, del sistema nervioso, endocrinos, musculares, dermatológicos, inmunológicos, sexuales y otros.
- Problemas psicológicos: Ansiedad, depresión y otras alteraciones del estado de ánimo, *Burnout*, trastornos del sueño, adicciones...
- Consecuencias laborales: Presentismo, absentismo, incapacidades temporales (incluso incapacidades permanentes), además de un incremento en el número de accidentes por las dificultades añadidas de mantener la concentración necesaria.

Entre los trabajadores europeos, una cuarta parte de las ausencias laborales de dos o más semanas son debidas al estrés en el trabajo¹⁴. Además, el estrés laboral crónico está relacionado con mayores problemas de salud físicos y mentales, en particular con morbilidad y mortalidad cardiovascular^{15,16}.

Esta discapacidad real tiene gran importancia no sólo como medida del estado de bienestar y del funcionamiento psicológico, físico y social de los trabajadores, sino también, y al mismo tiempo, por su impacto económico directo e indirecto, que conlleva la incapacidad temporal que recae tanto sobre las empresas, —dando lugar a pérdidas de productividad—, como sobre la capacidad adquisitiva de los trabajadores (por la pérdida de ingresos que suele suponer), y también, sobre los servicios sanitarios, aumentando los costes implicados en el tratamiento de los afectados^{14,17}.

Según datos de la VI Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo¹, los horarios irregulares y las largas jornadas pueden originar problemas de conciliación de la vida laboral y familiar.

Uno de cada cinco trabajadores de la EU (22%) manifiesta que tiene que trabajar en su tiempo libre para satisfacer las demandas del trabajo. En España el porcentaje que declara estar en esta situación es del 25%. Dicho porcentaje alcanza un 36% en el caso de los trabajadores del sector de la hostelería¹⁸.

Un estudio sobre la violencia y el acoso ejercidos por terceros realizado por el Observatorio Europeo de Riesgos¹⁹, refleja cifras de entre un 5% y un 20% de trabajadores afectados en función del país, el sector y la metodología elegida. El acoso en el lugar de trabajo puede dar lugar a estrés, a bajas prolongadas por enfermedad o incluso al suicidio.

El estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo sobre los riesgos psicosociales emergentes², estableció una lista de 42 riesgos psicosociales. Gran parte de estos nuevos riesgos están causados por un doble fenómeno: la expansión del sector terciario del sector servicios y el proceso de la globalización del mercado de trabajo.

Los riesgos laborales en el sector de los servicios son principalmente psicosociales, provienen de las nuevas formas de trabajo, del dinamismo de las nuevas organizaciones y sus formas cambiantes, tal como ocurre en el ámbito sanitario, de la educación o la hostelería entre otros.

Asimismo, según los datos de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo²⁰ (VI ENCT), diferentes factores de riesgo psicosocial derivados de las exigencias del trabajo, entre los que influyen la fatiga, el apremio de tiempo, la falta de atención, el exceso de horas, etc., ocupan el primer lugar entre las causas más frecuentes de los accidentes (32,1%).

Según los datos de esa misma VI ENCT, y en relación con la carga mental en el trabajo, un 41% de los trabajadores entrevistados señala que su trabajo implica mantener siempre o casi siempre un nivel de atención alto o muy alto. Asimismo, existe un alto porcentaje de trabajadores que debe realizar tareas muy repetitivas y de muy corta duración (22%). Un 21% refiere realizar con frecuencia tareas complejas o difíciles. Un 45% debe de tratar directamente con personas ajenas a la empresa habitualmente y un 14% a menudo, con diferencias significativas según el sector de actividad. Un 20% de los trabajadores indica que su trabajo implica atender a varias tareas al mismo tiempo y similar porcentaje refiere que la empresa no le ha proporcionado la información o el adiestramiento necesario para el desempeño de su trabajo.

De los encuestados un 20% refiere que su trabajo es excesivo siempre o frecuentemente, un 37% que está sometido siempre o a menudo a exigencias emocionales y otro 37% a exigencias intelectuales. Un 6% de la muestra refiere que nunca o raramente recibe apoyo de sus compañeros si se la pide, un 17% en el caso de sus jefes y un 41% cuando pide ayuda externa.

Por otro lado, hay que señalar que un 7% de los trabajadores siente que su trabajo no es útil, similar porcentaje opina que su trabajo está mal hecho y otro 15% que no puede desarrollar sus habilidades. Respecto a la autonomía, —entendida como la disponibilidad efectiva del trabajador para decidir sobre distintos aspectos de su trabajo—, un 24% de los trabajadores señala que no tiene libertad para elegir sus vacaciones, otro 24% que no puede variar el método de trabajo y un 23% el ritmo. Un 39% de los trabajadores encuestados considera que su trabajo no le ofrece buenas posibilidades de promoción y un 7% dice que las relaciones personales en el trabajo no son positivas.

Un 2% trabaja fijo en horario nocturno, un 6% realiza turnos rotativos que incluyen noches (un 12% en el sector de la industria y un 10% en el sector de servicios) y un 15% turnos rotativos de mañana/tarde. Además, en un 69% de los casos, los horarios los fija la empresa, y tan solo un 14% puede determinar las horas de trabajo. Otro 7% de los trabajadores manifiesta una mala adaptación entre el horario de trabajo y la vida familiar y social, alcanzando un 19% en aquellos trabajadores que realizan turnos.

Respecto al análisis de conductas violentas en el trabajo, un 4% de los trabajadores refiere haber padecido amenazas de violencia física y un 1,5% manifiesta haber sido objeto de conductas de acoso psicológico en los últimos 12 meses.

Lejos de mejorar la situación, los datos de la VII ENCT correspondientes al año 2011²¹, ponen de manifiesto en su resumen ejecutivo que varios indicadores relativos a las exigencias derivadas de los factores psicosociales del trabajo han empeorado respecto a cuatro años antes. Así ocurre con el nivel de atención exigida en la tarea, con la percepción de tener mucho trabajo y sentirse agobiado, tener que trabajar muy rápido o deber atender a varias tareas al mismo tiempo.

Existen estrategias asequibles, eficaces y viables para promover, proteger y recuperar la salud mental, y para la mayor parte de los factores psicosociales existen instrumentos validados y fiables para su identificación, evaluación y análisis, así como las pruebas psicométricas y otras técnicas validadas para la detección de los daños derivados de dicha exposición. Partiendo de ellos, los profesionales de la Medicina y Enfermería del Trabajo pueden llevar a cabo una práctica basada en la evidencia, posibilitando una mayor calidad de dicha praxis y facilitando la toma de decisiones, sin olvidar la importancia de la experiencia personal o colectiva²².

Sin embargo, sin un marco que de sentido y facilite el uso e interpretación de las múltiples posibilidades de evaluación que los profesionales tienen a su alcance, se pueden alcanzar resultados difíciles de manejar. Por ello, entendemos que puede resultar de máxima utilidad poner a su disposición una síntesis que guíe este proceso.

Además, no hay que olvidar que existe un marco legal derivado tanto de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales²³ (LPRL) respecto a las características y contenido de la vigilancia de la salud que vienen definidas en el artículo 22 de la LPRL y en el artículo 37.3 del Reglamento de los Servicios de Prevención²⁴ (RD 39/1997, de 17 de enero), en donde se establece la obligatoriedad de llevar a cabo por parte de las empresas tanto la evaluación de los riesgos, incluidos los psicosociales, como una adecuada vigilancia de la salud específica frente a los mismos, y que constituye la base legal en la que se sustenta nuestra propuesta.

A fecha de la elaboración de esta Guía de recomendaciones, el Consejo Interterritorial de Salud (CISNS), fruto del trabajo desarrollado por las Administraciones Sanitarias a través del Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública, ahora Ponencia de Salud Laboral, se han elaborado 21 Protocolos de vigilancia sanitaria específica²⁵ que presentan guías de actuación, orientadas por riesgo o daño, dirigidas a los profesionales sanitarios encargados de la vigilancia de la salud de los trabajadores.

El contenido del presente documento se ha completado además con otras fuentes bibliográficas y la consulta de los expertos que han participado en su elaboración. Recoge

una propuesta para la vigilancia específica de la salud, orientada a la detección lo más precozmente posible de las consecuencias que la exposición a riesgos psicosociales puede tener sobre las personas trabajadoras.

Junto a la LPRL, e igualmente básica de cara a la promoción de la salud, la Ley 33/2011 General de Salud Pública²⁶, dispone en su artículo 32, 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.

Las actuaciones y estrategias frente a los riesgos psicosociales que se han venido llevando a cabo a nivel europeo tuvieron su culminación en el año 2008 con la firma del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar²⁷ y más recientemente, la propia Unión Europea, a través del Comité de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo (Committee of Senior Labour Inspectors, SLIC), ha puesto en marcha una campaña europea de inspección de riesgos psicosociales en el trabajo, y en nuestro país, a través del Organismo Estatal de la Inspección de Trabajo y Seguridad social, mediante el criterio técnico 104/2021, sobre actuaciones de la inspección de trabajo y seguridad social en riesgos psicosociales²⁸.

Por último, en el listado de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) sobre enfermedades profesionales (Recomendación 194)²⁹, se sugiere el reconocimiento de las enfermedades psíquicas que se derivan del trabajo siempre que exista un vínculo directo entre la enfermedad y el trabajo, lo que pone de manifiesto aún más si cabe, la oportunidad y necesidad de la presente Guía y de su implementación, tanto por la elevada incidencia de dichos factores de riesgo como por las graves consecuencias que conllevan sobre la salud de los trabajadores.

Un problema importante es el abordaje de la reincorporación al trabajo después de un trastorno de salud mental. La salud mental puede 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 severidad pueden ser compatibles o no con la práctica laboral, incluyendo a la esquizofrenia, otras psicosis crónicas, trastornos bipolares, trastorno depresivo crónico o demencia. Diferenciados de aquellos trastornos en las que las facultades superiores siguen intactas, generando limitaciones en la motivación, la emotividad o el aislamiento, de la que son ejemplos los síndromes depresivos, la distimia, las fobias, el trastorno de personalidad o los trastornos adaptativos³⁰.

La prevención del deterioro, la protección y la promoción de la salud en el lugar de trabajo no es tarea sencilla debido a su carácter multidimensional, interviniendo factores personales, organizacionales y socioculturales. El abordaje de estos aspectos requiere tanto

una perspectiva multidisciplinar, con aportaciones tanto desde la Medicina y Enfermería del Trabajo como de los Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales y de la Psicología de la Salud Organizacional.

1.3. Bibliografía

1. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. *Sexta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo 2015-6ªEWCS*. [citado 27 Ene 2023].
2. Agencia Europea para la seguridad y la Salud en el Trabajo. *Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER 2019)*. [citado 27 Ene 2023].
3. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. *Expert forecast on emerging psychosocial risk related to occupational safety and health (OSH)*. 2007. [citado 08 May 2023].
4. Soriano G, Ferris JM, Guillen P, Aguilar E, Morato L. *Declaración de Valencia: hacia el compromiso y la responsabilidad social de la medicina del trabajo*. Arch Prev Riesgos Labor 2005;9(1):35-8.
5. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. [citado 08 May 2023].
6. Mingote JC, Núñez C. *Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud laboral: una responsabilidad compartida*. Med Segur Trab 2011;57. Suppl 1:239-62.
7. Gil-Monte PR. *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide; 2005.
8. Sauter SL, Murphy LR, Hurrell J, Levi L. *Factores psicosociales y de organización*. En: OIT. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, 3ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001. [citado 12 Ene 2023].
9. Eurofund.europa.eu. *Fiveth European Working Conditions Survey*. [citado 08 May 2023].
10. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. *Encuesta OSH Pulse: Salud y seguridad en el trabajo con posterioridad a la pandemia*. [actualizado 30 Sep 2022, citado 08 May 2023].
11. World Health Organization. *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO; 2001. [citado 05 Ene 2023].
12. European Agency for Safety and Health at Work. *Managing psychological risks in HORECA*. E-FACT 25. [citado 05 Ene 2023].
13. Comisión de las Comunidades Europeas. *Libro verde. Mejorar la Salud Mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas, 14.10-2005 COM(2005) 484 final. [citado 05 Jun 2023].
14. Gimeno D, Marko D, Martínez JM. *Relación entre factores de riesgo psicosociales laborales y la ausencia por razones de salud: motivos laborales y no laborales en España*. Arch Prev Riesgos Labor 2003;6(3):139-45.
15. Wager N, Fieldman G, Hussey T. *The effect on ambulatory blood pressure of working under favourably and unfavourably perceived supervisors*. Occup Environ Med 2003;60:468-74.

- 16.** Bacquer D, Pelfrene E, Clays E, Moreau MM, Smet P et al. *Perceived Job Stress and incidence of coronary events: 3-Year follow-up of the Belgian job stress project cohort.* Am J Epidemiol 2005; 161:434-41.
- 17.** García Gómez M, Castañeda R, Urbanos R, de la Cruz O, López P. *Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010.* Madrid: UGT; 2011.
- 18.** Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. *Guía para la prevención de riesgos psicosociales en el sector de la Hostelería.* Madrid: UGT; 2006.
- 19.** Observatorio Europeo de Riesgos. EU-OSHA. *Workplace Violence and Harassment: a European Picture.* [citado 05 Jun 2023].
- 20.** Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo.* Madrid: INSST; 2007 [citado 20 Ene 2023].
- 21.** Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo.* Madrid: INSST; 2011 [citado 05 Jun 2023].
- 22.** Ronda E, Seguí M, Bonfill X, Urrutia G, Serra C. *Archivos de evidencia, una apuesta para la práctica de una salud laboral basada en la evidencia científica.* Arch Prev Riesgos Labor 2012;15(1):10-1.
- 23.** Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº 27 (08-11-1995), modificada parcialmente por la Ley 54/2003 del 12 de diciembre [citado 05 Jun 2023].
- 24.** Reglamento de los Servicios de Prevención. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero. Boletín Oficial del Estado nº 27 (31-01-1997). [citado 05 Jun 2023].
- 25.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica.* [citado 05 Jun 2023].
- 26.** Ley 33/2011, General de Salud Pública: BOE de 5-10-11. [citado 05 Jun 2023].
- 27.** Consejo de la Unión Europea. Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar. Bruselas 2008. [citado 05 Jun 2023].
- 28.** Ministerio de Trabajo y Economía Social. Criterio Técnico 104/2021, sobre actuaciones de la inspección de trabajo y seguridad social en riesgos psicosociales. [citado 05 Jun 2023].
- 29.** Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales, 2002 (Num 194). [Internet]. [citado 08 May 2023].
- 30.** Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Allande-Cussó R. Trabajo y salud mental. En: Ruiz-Frutos C, Delclós J, Ronda E, García A, Benavides FG (Eds.) *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales (5ª Edición).* Barcelona: Elsevier, 2022.

Consulta toda la bibliografía incluida en este capítulo accediendo con este código QR



2

Objetivos y criterios de aplicación

2.1. Objetivos

2.2. Criterios de aplicación: población diana

2.3. Bibliografía

Autores

Soriano-Tarín, Guillermo; Jordán Cristóbal, Carlos M;
Valle Robles M^a Luisa; Gil-Monte, Pedro;
Gil-La Orden, Pedro; Santo Domingo Mateos, Silvia;
Guillen Robles, Pedro

2.1. Objetivos

La vigilancia de la salud de los trabajadores engloba una serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades, orientadas a la prevención de los riesgos laborales, cuyos objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas¹. Entre ellas, especialmente, la **detección precoz de alteraciones de la salud derivadas de la exposición a riesgos laborales**, contribuir a determinar la idoneidad para las tareas habituales del puesto de trabajo y ayudar a la **evaluación de la eficiencia de las medidas preventivas**.

En todas las etapas de la vida, la promoción y prevención son necesarias para mejorar el bienestar mental y la resiliencia, prevenir la aparición de trastornos mentales y su impacto y reducir la necesidad de atención profesional en este ámbito. Así, las intervenciones de promoción y prevención funcionan identificando los determinantes de la salud y, seguidamente, interviniendo para reducir los riesgos y establecer entornos favorables para la salud mental. Dichas intervenciones pueden concebirse a nivel individual, para grupos específicos o para la población general².

El **objetivo general** de la presente *Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a riesgo psicosociales* (en adelante *Guía PSICOVS2023*), es establecer criterios y recomendaciones para la vigilancia de la salud de las personas trabajadoras, para la detección precoz del daño producido por esos factores, y además, como instrumento para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo y al mismo tiempo, sirva como medio para mejorar la sensibilización de las empresas en esta materia que propicie una mejor identificación y evaluación de dichos factores y, como consecuencia, la puesta en marcha de todas aquellas medidas necesarias para su prevención.

Como **objetivos específicos** se incluyen:

- Poner a disposición de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención un instrumento que, aunando como premisas su sencillez y su aplicabilidad, —y basándose en la evidencia científica—, facilite la detección precoz de los



¿Cuál es el objetivo de la Guía PSICOVS2023?



daños a la salud de naturaleza psicosocial, la identificación de factores de riesgo asociados y su eventual relación con las condiciones del trabajo, para que de esta forma se permita la toma de decisiones en cada caso.

- Facilitar la recogida sistemática y continua de datos sobre el impacto de los riesgos psicosociales en la salud de las personas que trabajan, de una forma homogénea y con criterios estandarizados.
- Cuantificar la magnitud aproximada de la exposición a riesgos psicosociales en los diferentes sectores de actividad o puestos de trabajo para dotar de herramientas a los profesionales sanitarios que permitan determinar la pertinencia o no de aplicar este Protocolo incluso cuando el profesional sanitario no disponga de la información sobre la evaluación de dichos factores de riesgo.
- Proveer a los profesionales sanitarios instrumentos de orientación sobre relación causa-efecto entre el daño detectado y el origen laboral o no del mismo.
- Facilitar el seguimiento del retorno al trabajo tras ausencia relacionadas con psicopatologías, para mejorar la adaptación del puesto a las personas trabajadoras y minimizar el riesgo de recaídas.
- Proponer indicadores de vigilancia de la salud colectiva relacionada con los riesgos psicosociales.

Poder incorporar los daños para la salud relacionados con la exposición a riesgos psicosociales en el cuadro de enfermedades profesionales implica disponer necesariamente de elementos científicos que respalden tal decisión, por tanto, la elaboración de este protocolo y su aplicación por parte de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención podría contribuir a facilitarlos. Mientras tanto, siempre que pueda relacionarse el nexo causal, dichos daños se deben notificar dentro del sistema de registro de daños de origen laboral español, PANOTRATSS, desde donde se pueden registrar y obtener información, en relación con las patologías no traumáticas causadas por el trabajo³ o bien planteando la determinación de la contingencia como laboral.

Para que todo esto sea posible, la propuesta incluye los instrumentos de cribado que permiten una detección precoz de daños relacionados con la exposición a riesgos psicosociales por parte de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención.

Al mismo tiempo, su progresiva implantación debe servir para sensibilizar sobre la importancia de los factores de riesgo psicosocial, identificar y evaluar las situaciones de riesgo en las empresas, haciendo aflorar precozmente los daños relacionados con dichos riesgos —**hacer visible lo invisible**—, para adoptar cuantas medidas de prevención sean necesarias, así como para determinar su eficacia.

2.2. Criterios de aplicación: población diana

Inicialmente este protocolo es aplicable a aquellas personas trabajadoras en las que la evaluación de riesgos realizada en su empresa ponga de manifiesto que están expuestas a riesgos psicosociales. De igual forma con carácter general y no excluyente, podrá aplicarse a:

- Toda la población laboral que se sospeche pueda estar expuesta a riesgos psicosociales, aunque no se disponga de la evaluación.
- Podrá igualmente emplearse en aquellos puestos de trabajo en donde existan indicadores de daño superiores a la morbilidad esperada para esa población o en comparación con poblaciones similares y, de forma especial, cuando no se encuentre una explicación plausible de su origen por otros factores y estén descritos como posibles daños a la salud de origen laboral, tales como determinadas patologías cardiovasculares, mentales u otros problemas de salud de los trabajadores.
- Se debe valorar su aplicación en actividades o sectores industriales en donde existan condiciones de trabajo que pueden incluirse en grupos de riesgo como:
 - Trabajadores que se enfrentan a labores de altas exigencias y bajo control (tensión en el trabajo).
 - Intensificación del trabajo (elevadas exigencias en términos de volumen y naturaleza del trabajo, junto con presión temporal).
 - Un alto nivel de esfuerzo unido a bajas recompensas.
 - Horarios de trabajo prolongados.
 - Trabajadores de empresas en proceso de reducción de plantillas y otros factores de estrés como la inseguridad laboral.
 - Trabajadores supervivientes (Downsizing)⁴ de empresas en procesos de reestructuración empresarial (fusiones, absorciones, etc.).
 - Trabajadores que se enfrentan a labores de alto riesgo (responsabilidad hacia terceras personas, etc.) y/o trabajador intelectual o del conocimiento (Knowledge worker)^{5,6}, esto es, trabajadores cuyo principal capital es el conocimiento, como ingenieros de software, arquitectos, ingenieros, científicos, trabajadores del entorno sanitario.
 - Trabajadores con empleos precarios, trabajadores con un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de formación reglada.
 - Trabajadores que ocupan puestos con riesgo de atracos o violencia en los lugares de trabajo.
- También se aplicará a aquellos puestos de trabajo o sectores donde exista una elevada carga física y/o emocional, como los trabajos con atención directa al público.
- En aquellos trabajadores que se reincorporan a su puesto de trabajo después de un proceso de incapacidad temporal o permanente total, o haber sufrido algún tipo de acontecimiento traumático, en especial, en casos de violencia física y psicológica de cualquier clase.

- Se aplicará expresamente a aquellos trabajadores expuestos a trabajo a turnos y/o nocturnidad.

Finalmente, se aplicará a trabajadores especialmente sensibles a la exposición a riesgos psicosociales, incluyendo particularmente aquellos que han tenido una ausencia prolongada por alteraciones en su salud mental u otras patologías que puedan estar relacionadas con la exposición a riesgos psicosociales o que puedan verse agravadas por los mismos.

Y, en cualquier caso, siempre que a criterio médico se considere su aplicación.

Por último, no será considerado como criterio de aplicación, el padecimiento de trastorno mental grave, que será valorado en otro ámbito.

2.3. Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. Recomendación 194. Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales. Ginebra; OIT, 2002 [citado 28 de noviembre de 2022].
2. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. Ginebra; OMS, 2022. [citado 05 Jun 2023].
3. Gobierno de España. Seguridad Social. PANOTRATSS. Sistema de registro de Patologías No Traumáticas causadas por el Trabajo. [citado 05 Jun 2023].
4. Soriano-Tarín G, Villaplana-García M. *Procesos de reestructuración empresarial y su impacto en la salud psicofísica en una población laboral: Estudio PREISAP*. Rev Asoc Esp Med. 2017. 26(3):153-219.
5. Reinhardt W, Schmidt B, Sloep P, Drachsler H. *Knowledge Worker Roles and Actions. Results of two empirical studies*. Knowledge and process management, 2011. 18(3):150-74. [citado 05 Jun 2023].
6. Håvold JI, Håvold OL, *Power, trust and motivation in hospitals*. Leadership in Health Services. 2019. 32(2):195-211.

Consulta toda la bibliografía incluida en este capítulo accediendo con este código QR



3

Definición del escenario

3.1. Los factores psicosociales: concepto, definiciones, clasificación

3.1.1. Concepto

3.1.2. Definiciones

3.1.3. Clasificación

3.2. Riesgos psicosociales: definición, clasificación, riesgos emergentes

3.2.1. Definición

3.2.1. Clasificación

3.2.2. Riesgos psicosociales emergentes

3.3. Vigilancia de la salud. Consecuencias negativas para la salud

3.4. Promoción de la salud

3.5. Bibliografía

Autores

Garcia-Macià, Ramona; Llana Alvarez, Javier; Bellido Cambrón, M^a del Carmen; Gil-Monte, Pedro R; Gil-LaOrden, Pedro; Hernández Herrero, Luis; Lopez Higuera, Blanca; Serrano Balloni, María Jesús; Valle Robles, M^a Luisa; Villaplana-García, María

3.1. Los factores psicosociales: concepto, definiciones, clasificación

3.1.1. Los factores psicosociales: concepto

El marco legal de referencia aplicable a los riesgos psicosociales es la normativa de carácter general que regula la prevención de riesgos laborales, es decir, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud, como un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En 2022 define la salud mental como un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y puede aportar algo positivo a la comunidad.

La salud mental es una realidad presente en el trabajo que es necesario abordar porque afecta a la salud de las personas y, también, a la imagen y al rendimiento de las empresas. Desde esta perspectiva, se pretende que las organizaciones no se centren solo en evitar enfermedades y accidentes, sino también en promover empresas saludables y trabajadores sanos en las tres dimensiones, física, mental y social.

Se utiliza el término psicosocial para referirse a la interacción entre, por una parte, los factores sociolaborales (contenido del trabajo, organización y gestión del trabajo, otras condiciones organizativas y ambientales) y, por otra parte, las competencias y necesidades de las personas trabajadoras.

En 2015, la salud mental fue incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, donde se recogen metas relacionadas con la inclusión laboral, la igualdad de oportunidades y la seguridad/salud en el trabajo. En consecuencia, las empresas y los organismos están llamados a trabajar sobre los factores psicosociales para la consecución de los ODS creando un ambiente de trabajo saludable y productivo.

En la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027 de 23 de febrero de 2023, la salud mental figura por primera vez entre las prioridades de la Estrategia del Ministerio de Trabajo y Economía Social.

3.1.2. Definiciones

Los factores psicosociales en el trabajo son situaciones laborales directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea e incluso con el entorno, que tienen la capacidad de afectar al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras, y también influyen sobre su rendimiento¹. Los factores

psicosociales son conceptualmente condiciones de trabajo y las podemos identificar en la política de las empresas, en las características del puesto de trabajo, en la organización de las tareas, y en las relaciones interpersonales que se generan en la interacción de las personas entre sí o también con los clientes.

La cultura de la organización, las condiciones del puesto de trabajo, el clima laboral puede influir en positivo para la salud de las personas que trabajan, o por el contrario pueden provocar efectos nocivos para la salud, y repercusiones negativas para la productividad, la calidad o la imagen corporativa.

La literatura científica ha aportado múltiples evidencias que demuestran que los factores psicosociales relacionados con el trabajo, cuando se deterioran, pueden contribuir a una serie de daños para la salud. Comprenden aspectos físicos, condiciones organizativas y sistemas de trabajo, así como las relaciones humanas en la empresa. Todos estos factores interactúan entre sí y repercuten sobre el clima psicosocial de la empresa y sobre la salud física y mental de los trabajadores.

En consecuencia, como norma general, **los factores psicosociales no son en sí mismos negativos o positivos**, sino que será el modo en que estén estructurados el que determine su capacidad de fomentar un estado positivo de salud o de suponer un riesgo para la misma. En este sentido, cuando los factores psicosociales se estructuran para fomentar un estado óptimo de salud, actúan como factores de protección psicosocial.

Centrándonos en la perspectiva de la prevención de riesgos laborales, se trata de tener en consideración aquellos factores que pueden suponer una amenaza para la mayoría de las personas y, aunque debemos considerar las diferencias individuales, centraremos la atención en aquellos factores psicosociales organizativos y en las relaciones interpersonales. Solo así es posible establecer, a posteriori, la relación causal entre exposición y sus posibles consecuencias negativas para la salud. Este planteamiento facilita la identificación de unos factores psicosociales comunes a una misma situación de trabajo, permitiendo por tanto la prevención primaria centrandolo en los focos del riesgo.

Algunos ejemplos de condiciones de trabajo que entrañan riesgos psicosociales son, cargas de trabajo excesivas, exigencias contradictorias y falta de claridad de las funciones del puesto, falta de participación en la toma de decisiones que afectan al trabajador y falta de influencia en el modo en que se lleva a cabo el trabajo, gestión deficiente de los cambios organizativos, inseguridad en el empleo, comunicación ineficaz, falta de apoyo por parte de la dirección o los compañeros, conflictos interpersonales, relaciones interpersonales delictivas o violencia ejercida por terceros.

3.1.3. Clasificación

Disponemos de diferentes referencias que nos permiten clasificar los factores psicosociales. La norma ISO 45003, marca las directrices para la gestión de los riesgos psicosociales y ordena los factores diferenciando entre:

I. Aspectos de cómo se organiza el trabajo:

- Roles y expectativas
- Control o autonomía del trabajo
- Exigencias del trabajo
- Gestión del cambio organizacional
- Trabajo remoto y aislado
- Carga de trabajo y ritmo de trabajo
- Horas y horario de trabajo
- Seguridad laboral y trabajo precario

II. Factores sociales en el trabajo:

- Relaciones interpersonales
- Liderazgo
- Cultura de la organización/grupo de trabajo
- Reconocimiento y recompensa
- Desarrollo de la carrera
- Apoyo Supervisión
- Civilidad, sociabilidad y respeto
- Equilibrio entre el trabajo y la vida personal

3.2. Riesgos psicosociales: definición, clasificación, riesgos emergentes

3.2.1. Riesgos psicosociales: definición

Según el Criterio Técnico 104/2021 sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en Riesgos Psicosociales, se definen los riesgos psicosociales como “aquellos hechos, acontecimientos, situaciones o estados que son consecuencia de la organización del trabajo y tienen una alta probabilidad de afectar negativamente a la salud del Trabajador”².

Los reconocidos son los estresores laborales, la carga emocional, la carga mental, la violencia y el acoso en el trabajo. Estos factores psicosociales pueden generar respuestas de tensión y la persona sufre una cascada de cambios psicofisiológicos que denominamos estrés, *Burnout*, fatiga mental o estrés postraumático.

3.2.2. Clasificación

En la literatura se pueden encontrar diferentes clasificaciones y nomenclaturas referidas a los factores y a los riesgos psicosociales, y a fin de enmarcar el problema a partir de una clasificación de aceptación generalizada, se cita en este texto la revisión que propone el grupo PRIMA de la clasificación adoptada por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo³.

- Contenido del trabajo: falta de variedad o ciclos de trabajo cortos, tareas fragmentadas o carentes de sentido, incertidumbre, infrautilización de las propias capacidades, trabajo con personas.
- Carga y ritmo de trabajo: carga de trabajo excesiva o insuficiente, ritmo marcado por las máquinas, presión de tiempo, plazos estrictos.

- Tiempo de trabajo: horarios muy impredecibles, trabajo a turnos, trabajo nocturno, rigidez de los horarios.
- Participación y control: falta de participación en la toma de decisiones, falta de control sobre la carga de trabajo, el ritmo de trabajo, los turnos...
- Cultura organizacional: comunicaciones pobres, apoyo insuficiente ante los problemas o el desarrollo personal, falta de definición o de acuerdo en los objetivos de la organización.
- Relaciones personales: aislamiento social o físico, relaciones insuficientes con los superiores, conflictos interpersonales, falta de apoyo social.
- Rol: ambigüedad o conflicto de rol, responsabilidad sobre personas.
- Desarrollo personal: "estancamiento" profesional, escasa valoración social del trabajo, inseguridad en el trabajo, falta o exceso de promoción.
- Interacción casa-trabajo: conflicto de exigencias, problemas de la doble presencia.
- Relaciones interpersonales: conflictos interpersonales, o violencia aguda. La violencia en el trabajo definida como todo incidente en el que un trabajador es amenazado o agredido física o psíquicamente, por o en circunstancias relacionadas con el trabajo susceptibles de poner en peligro su seguridad, su salud o su bienestar causado por la exposición a riesgos psicosociales organizativos o de ordenación del trabajo en los entornos de demandas de servicio humano.
- Relaciones interpersonales. Gestión y control emocional. Las exigencias relacionadas con la gestión de las emociones y el control emocional son en el actual entorno socioeconómico, cada vez son mayores. El trabajo emocional, definido como la exigencia de expresar emociones socialmente deseables durante la transacción en los servicios es un elemento clave en el *Burnout*, como resultado de unas elevadas exigencias emocionales que se deben a la discrepancia entre las emociones que se sienten y las que se reflejan exteriormente, ligada en muchas ocasiones a una implicación o contacto con situaciones emocionalmente intensas.

Los factores psicosociales presentan ciertas características diferenciales (tales como versatilidad, complejidad y múltiples combinaciones entre ellos) que obligan a contar con una metodología de evaluación específica y, en cierto sentido, claramente distanciada de la aplicable al resto de tipologías de riesgos laborales. La evaluación y valoración de la situación psicosocial y relacional debe garantizar fiabilidad y validez, ser continuada e incluir la medición de la eficacia de las medidas correctoras. Además, para una correcta realización, debemos apoyarnos en la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 del Ministerio de Sanidad que exige a las empresas integrar en sus planes de prevención la salud mental de los trabajadores⁴.

Las perspectivas de género y de edad son aspectos, hasta ahora no suficientemente atendidos, pueden determinar cómo los factores psicosociales influyen sobre la persona trabajadora, tanto en positivo como en negativo. Por ello, deben tenerse en cuenta en la metodología de la evaluación psicosocial. Asimismo, las medidas preventivas aplicadas a cada uno de los colectivos gestionados, al incluir las perspectivas de género y edad estarán más ajustadas a su realidad psicosocial.

3.2.3. Riesgos psicosociales emergentes

Muchos de los **cambios tecnológicos y organizativos vividos en los últimos años tienen un impacto relevante en el ámbito del riesgo psicosocial**, en especial la irrupción imparable de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), acelerada por la pandemia de COVID-19⁵⁻⁷, que a su vez han facilitado otros cambios como el trabajo en remoto, el teletrabajo, etc. Todo ello ha proporcionado amplias posibilidades para realizar eficazmente un trabajo de mayor calidad, pero las TIC y los nuevos modos de organización laboral han propiciado también la llegada de riesgos específicos hasta ahora desconocidos o no suficientemente atendidos.

Según la EU-OSHA (Agencia de Información de la Unión Europea responsable en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo), las modificaciones en la metodología del trabajo, el impacto de las tecnologías y las nuevas formas de relacionarse van a generar sin lugar a duda beneficios para la productividad y para la salud, pero también podrán originar nuevas patologías o desajustes organizativos y relacionales.

En este contexto, el lugar de la prestación laboral y el tiempo de trabajo, como típicos elementos configuradores del marco en el que se desempeña la actividad laboral, están diluyéndose en favor de una realidad más compleja en la que impera la conectividad permanente afectando, sin duda, al ámbito personal y familiar de las personas trabajadoras.

El tiempo dedicado al teletrabajo está cobrando en la actualidad una relevancia cada vez mayor, lo que hace imprescindible prestar la debida atención a los factores de riesgo propios de esa modalidad de trabajo. La protección de la salud de los teletrabajadores pasa por identificar los mencionados factores de riesgo específicos en esta situación, evaluarlos y adoptar las medidas preventivas que correspondan. Esta labor surge de una obligación legal, pero, sobre todo, de una necesidad técnica y un compromiso ético y social, además de una necesidad productiva.



¿Cuáles son los principales riesgos psicosociales emergentes?



Es interesante estudiar estas tendencias marcadas por cambios en la metodología del trabajo, en el impacto de las tecnologías, en las nuevas formas de relacionarse que van a generar sin lugar a duda beneficios para la productividad y para la salud, pero también pueden observarse nuevas patologías o desajustes organizativos y relacionales. Las tendencias más significativas son:

- El impacto negativo por el uso de la tecnología:
 - Tecnoestrés
 - Tecnofatiga
 - Tecnoadicción
 - Tecnoansiedad
- Las consecuencias negativas de la violencia interpersonal
 - Acoso psicológico
 - Acoso por razón de sexo, por orientación sexual, por identidad sexual
 - Ciber violencia, ciberacoso
- La nueva organización del tiempo y las relaciones personales, familiares, y sociales.

Hay que poner especial atención en los límites entre la vida laboral y personal, los métodos de gestión digitalizados, la presión sobre el rendimiento, el teletrabajo y el tecnoestrés, la pérdida de habilidades sociales, el ciberacoso, y la dispersión de la fuerza de trabajo.

En este contexto actual de trabajo, es necesario que los trabajadores tengan que ser autosuficientes, flexibles y adaptables para cambiar de empleo con frecuencia, y culturalmente sensibles y competentes para trabajar en disciplinas diversas. Además, es probable que necesiten las capacidades interpersonales adecuadas para colaborar virtualmente, y las capacidades necesarias para gestionar sus cargas de trabajo de manera segura y saludable. El aprendizaje permanente será esencial, ya que determinadas capacidades pueden tener una corta vigencia y un alto valor, en función del ritmo de cambio tecnológico y la frecuencia.

Concluyendo, las nuevas TIC están cambiando aceleradamente los equipos, herramientas y sistemas que se pueden utilizar para organizar, administrar y entregar productos o servicios en la



¿Cómo puede ayudarme esta guía a prevenir los riesgos psicosociales emergentes?



mayoría de sectores ocupacionales, así este desarrollo tecnológico que modifica los trabajos existentes en la sociedad, generará cambios en los equipos, herramientas y sistemas de trabajo utilizados; en las formas de organizar y administrar el trabajo; en la situación del empleo y jerarquías y relaciones laborales; en las características de la fuerza de trabajo; en las capacidades, los conocimientos y la información necesarios para establecer relaciones con los clientes o con desarrollo de las tareas, lo que provoca un cambio de paradigma en la seguridad y salud, porque tiene un impacto mayor sobre la salud psíquica y mental.

3.3. Vigilancia de la salud: consecuencias negativas para la salud

En la presente Guía PSICOVS2023 de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a riesgos psicosociales, hemos seguido los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11-MC⁸.

Los trastornos de Salud Mental más frecuentemente observados en el ámbito laboral son los mismos que con mayor frecuencia se detectan en la población general⁹, y el porcentaje de morbilidad oculta se estima entre el 40 y el 65%.

Establecer un criterio de codificación de los daños, resulta de especial relevancia de cara a homogeneizar los datos para la vigilancia de la salud colectiva con criterios epidemiológicos y para proveer el sistema de información sanitaria en salud laboral en nuestro país.

En referencia a la Salud Mental se debe considerar, no solo los trastornos, sino también, el bienestar psicológico y las condiciones que están por debajo del umbral de la mala salud psicológica, que pueden no haber dado lugar todavía a un problema de salud mental diagnosticado¹⁰.

En este sentido, cabe señalar, que, dentro del listado, las patologías que se han considerado como más prevalentes como consecuencia del riesgo psicosocial, se corresponderían con los siguientes grupos del Código CIE-11-MC:

- 5 - Trastornos Mentales
- 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

Para el estudio del Grupo 5 - Trastornos mentales y del comportamiento, se propone realizar las siguientes agrupaciones de las patologías más prevalentes¹¹:

DENOMINACIÓN	CÓDIGOS CIE-11 INCLUIDOS
GRUPO 5 - Trastornos Mentales	
Ansiedad	MB 24.3
Estrés	QE 01
Depresión	6A7Z
Abuso de sustancias	6C4Z
Psicosis	6A2Z

Entre las patologías más frecuentes que pueden estar relacionadas con la exposición a riesgos psicosociales para el resto de los grupos diagnósticos, señalamos las siguientes:

DENOMINACIÓN	CÓDIGOS CIE-11 INCLUIDOS
GRUPO 7 - Enfermedades del Sistema Circulatorio	
Hipertensión esencial	BA00Z
Disritmias cardíacas	BC9Z
Taquicardia supraventricular paroxística	BC81.Z
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	CÓDIGOS CIE-11 INCLUIDOS
GRUPO 9 - Enfermedades del Aparato Digestivo	
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	CÓDIGOS CIE-11 INCLUIDOS
GRUPO 12 - Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	
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	CÓDIGOS CIE-11 INCLUIDOS
GRUPO 13 - Enfermedades del Sistema Osteoarticular y Tejido Conjuntivo	
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	CÓDIGOS CIE-11 INCLUIDOS
CAPÍTULO 24 - (...) Problemas asociados con el empleo y desempleo	
Síndrome de desgaste ocupacional	QD 85

Desde el 1 de enero de 2022, “el síndrome de desgaste profesional se incluye en el capítulo 24: “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” y es codificado como **QD85: Síndrome de desgaste ocupacional**.

Esta nueva conceptualización permite mejorar la identificación del síndrome, así como su prevención y tratamiento, facilitando el diagnóstico a los profesionales de la salud y su prevención a los profesionales de la psicología. Según la CIE-11,



¿Qué ha supuesto la inclusión del burnout como enfermedad profesional?



el síndrome de desgaste profesional es el “resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización.”

La consideración del origen laboral de este síndrome supone un paso más en el reconocimiento de la importancia de los riesgos psicosociales de origen laboral. Conviene recordar que este síndrome es básicamente consecuencia de la exposición a unas condiciones organizativas nocivas asociadas a la gestión emocional, que conduce a una situación disfuncional en el entorno de trabajo, ya que “el síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida”⁸. Por ello, las estrategias de prevención primaria desde el ámbito de la psicología laboral son fundamentales para evitar la materialización del riesgo psicosocial y el desarrollo del síndrome de *Burnout*.¹²

3.4. Promoción de la salud

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria y sus estrategias se dirigen a activar los recursos personales para desarrollar al máximo la salud potencial de todas las personas antes que aparezca la enfermedad, y con un enfoque sanitario potenciando los recursos de las personas y creando espacios laborales generadores de bienestar y fuentes de salud.

La evidencia científica y las diferentes publicaciones nos señalan la importancia de definir políticas de promoción de la salud mental en el trabajo.

Todo ello conlleva una implicación de la empresa, en base al conocimiento de cuatro aspectos fundamentales¹³:

- Conocimiento del nivel de salud mental de la organización, e identificar las necesidades.
- Identificar áreas de mejora y elabora un informe: Evaluación y mejora
- Establecer prioridades y Objetivos: Planificación preventiva
- Desarrollo del programa, evaluar el proceso, y mejorar la comunicación: Ejecución

Las actuaciones en promoción de la salud mental han de ser dirigidas:

1. A potenciar los aspectos de salud en el trabajo, así como la prevención primaria, intentado no llegar a la detección de enfermedad, tratamiento y rehabilitación



¿Cómo debemos abordar la promoción de la salud en las empresas?



2. A la salud de las personas y a lograr una empresa saludable y acreditarse como tal.
3. A cambiar la cultura de la organización y modificar hábitos y conductas de los trabajadores. Esto exige un grado de compromiso y cumplimiento por parte de los líderes de la organización, así como participación de los trabajadores.

Las empresas pueden promover la salud mental de las personas que trabajan mediante múltiples estrategias, como son:

- a. Crear entornos de trabajo gratificantes y estimulantes, así como una organización que de apoyo a sus empleados.
- b. Mejorar las capacidades de los trabajadores y mejorar la autoconfianza. Llegar a tener una mayor participación en la toma de decisiones.
- c. Ir creando ambientes de trabajo positivos y clarificar las funciones y responsabilidades.
- d. Reducir las fuentes de estrés en el trabajo y desarrollar la resiliencia mediante estrategias de afrontamiento.
- e. Fomentar la cultura de empresa, la participación, la equidad y la justicia, y eliminar el estigma y la discriminación en el trabajo.
- f. Desarrollar y poner en marcha políticas de salud y bienestar mental fuertes. Vigilando el impacto de esas políticas.
- g. Equilibrio vida laboral y extralaboral, (balance personal y políticas de conciliación organizacionales).
- h. Evaluación e intervención sobre la satisfacción laboral.

A modo de conclusión, para prevenir los riesgos psicosociales, incluyendo los nuevos emergentes, es necesario, en primer lugar, que exista una voluntad de cambio (afrentar sin temor estos riesgos y sus consecuencias para la salud física y mental), en segundo lugar, establecer una estrategia a medio/largo plazo (la prevención de riesgos psicosociales es un camino largo, aunque lleno de satisfacciones) y, en tercer lugar, incluir los recursos necesarios para llevarla a cabo (suficientes y gestionados de manera eficiente y profesionalizada).

Las consecuencias para la salud de los riesgos psicosociales (estrés, violencia, acoso...) pueden producir patologías tanto del cuerpo (por ejemplo, hipertensión, diabetes) como de la mente (por ejemplo, *Burnout* —trabajador quemado—). Las empresas deben deshacerse del estigma que impregna a toda la sociedad cuando hablamos de salud mental y realizar un cambio de paradigma que integre estas afecciones como otras más en sus sistemas de prevención de salud y bienestar.

La prevención y la promoción de la salud psicosocial es muy rentable. Reorganizar el entorno de trabajo para maximizar el bienestar de los trabajadores ahorra sufrimiento y costes. Como empresas y como sociedad debemos invertir en bienestar ya que sin salud mental no hay trabajo, y sin trabajo no hay riqueza.

3.5. Bibliografía

1. Comité mixto OIT/OMS de Medicina del Trabajo. *Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. Ginebra: OIT; 1984. [citado 05 Jun 2023].
2. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Dirección del Organismo Estatal Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Criterio Técnico 104/2021, sobre actuaciones de la inspección seguridad social en riesgos psicosociales. [citado 05 Jun 2023].
3. Leka, S. y Cox, T (Eds.). *PRIMA-EF Guidance on the European framework for psychological risk management. A resource for employers and workers representatives*. Geneva: WHO; 2008 [citado 05 Jun 2023].
4. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. [citado 05 Jun 2023]
5. Gómez-Salgado J; Andrés-Villas M; Domínguez-Salas S; Díaz-Milanés D; Ruiz-Frutos C. *Related Health Factors of Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Spain*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 3947; doi:10.3390/ijerph17113947
6. Ruiz-Frutos C; Ortega-Moreno M; Días A; Benardes JM; García-Iglesias JJ; Gómez-Salgado J. *Information on COVID-19 and Psychological Distress in a sample of non-health workers during pandemic period*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6982; doi:10.3390/ijerph17196982
7. Soriano G; Cabanillas JL, Ruiz-Frutos C, Gómez-Salgado J, Ortega-Moreno M. *Impacto de la Covid-19 en la salud psicosocial de los profesionales sanitarios de medicina y enfermería del trabajo*. *Open Respir Arch.* 2021;3:SC1:49-51
8. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 11.
9. Trucco M. *El estrés y la salud mental en el trabajo: documento de trabajo de la asociación chilena de seguridad*. *Ciencia & Trabajo* 2004; 14:185-88.
10. Leka, S., & Jain, A. (2017). *EU-Compass for Action on Mental Health and Wellbeing. Consensus paper*. Brussels: European Commission; 2017 [citado 05 Jun 2023]
11. García Gómez M, Castañeda R, Urbanos R, de la Cruz O, López P. *Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010*. Madrid: UGT; 2011
12. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Síndrome de desgaste profesional (Burnout) como un problema relacionado con el trabajo*. Madrid: INSST; [citado 05 Jun 2023].
13. Gálvez M; Solé MD. Nota Técnica de Prevención nº 1045. *Salud mental: etapas para su promoción en la empresa*. Madrid: INSST; 2015. [citado 05 Jun 2023].

Consulta toda
la bibliografía
incluida en
este capítulo
accediendo con
este **código QR**



4

Evaluación del riesgo

4.1. Introducción

4.1.1. Instrumentos cuantitativos

4.1.2. Instrumentos cualitativos

4.2. Metodologías específicas para valorar la afectación de las personas trabajadoras

4.3. Bibliografía

Autores

Carballo López, María Eugenia; Catalina Romero, Carlos;
Louzán Mariño, Rita; Ruiz Tovar, María José;
Viguera Sánchez, Ana; Gil-Monte, Pedro R;
Zorzano Maeztu, Mónica

4.1. Introducción

La finalidad de la evaluación de riesgos psicosociales es investigar la relación entre la persona trabajadora y la organización del trabajo para identificar aquellas condiciones de trabajo susceptibles de causar un daño (riesgo), estimar su probabilidad y establecer las medidas preventivas necesarias para eliminar o minimizar el riesgo.

El objetivo es el mismo que el del resto de evaluaciones de otras áreas de la prevención de riesgos laborales, pero el proceso resulta más complejo, ya que es difícil establecer una relación de causalidad directa entre un determinado factor de riesgo y un daño, por lo que siempre está presente la multicausalidad. Por otra parte, los factores de riesgo psicosocial son de lectura indirecta e implican formación especializada y experiencia del técnico especialista, y por tanto no pueden valorarse sin tener en cuenta la percepción individual de las personas trabajadoras de manera que requiere un trabajo de contextualización importante.

La realidad es que en muchos casos estos riesgos se evalúan únicamente mediante la aplicación de un cuestionario. No debemos olvidar que es un proceso sistemático que debe planificarse y que consta de varias fases (NTP 450, NTP 702)^{1,2}.

La evaluación de riesgos psicosociales, para que tenga éxito, debe planificarse contando con el compromiso de la dirección de la organización y la participación de las personas trabajadoras y/o sus representantes en materia preventiva. En este sentido, es recomendable la constitución de un grupo de trabajo, formado por representantes de la dirección y de los trabajadores, y asesorado por el Servicio de Prevención, que participe activamente en todas las etapas. Este grupo liderará el proceso y se encargará de concretar y consensuar las diferentes fases de la evaluación.

El primer paso, fundamental para contextualizar la evaluación, para identificar los factores y riesgos psicosociales y elegir los instrumentos y acciones apropiadas para abordarla, es la recogida de información previa sobre aspectos tales como el organigrama, el número de profesionales de la unidad de análisis, sus horarios, su relación contractual, el absentismo, la rotación, las tareas o la presencia de trabajadores especialmente sensibles, entre otros. Esta información puede recogerse de diversas fuentes y mediante diferentes instrumentos (entrevistas, observación in situ, cuestionarios, documentos, estadísticas...).

Una vez identificados los factores y riesgos psicosociales, se pueden planificar las siguientes fases y elegir los instrumentos o herramientas a utilizar, así como las condiciones en las que se van a llevar a cabo, teniendo en cuenta que las herramientas utilizadas deben ofrecer garantías de validez y fiabilidad y tener una finalidad preventiva. Se trata de valorar riesgos y no daños o consecuencias positivas, por lo que la evaluación de riesgos no debería incluir mediciones de estrés, *Burnout* o satisfacción, que podrían realizarse de manera complementaria, pero

independiente. La evaluación de riesgos debe realizarse por parte de los Técnicos Superiores de Prevención, mientras las valoraciones de salud deberían realizarse desde el área de Medicina y Enfermería del Trabajo.

Existen herramientas cuantitativas y/o cualitativas, y es deseable la triangulación (utilizar ambas). Se ha generalizado la preferencia por las cuantitativas porque ofrecen ventajas como: validez, fiabilidad, aplicación simultánea a un gran número de personas garantizando el anonimato, facilitan un análisis estadístico y posibilidad de comparar resultados entre distintas áreas o sectores. Sin embargo, los instrumentos cuantitativos en sí mismos no permiten describir y entender los datos que aportan, ¿por qué sucede algo?, ¿en qué momentos?, ¿cómo afecta a las personas?, ¿cuál es su opinión al respecto?, su percepción, tanto a nivel individual como grupal... Mientras que las herramientas cualitativas (entrevistas, observación, grupos de trabajo, grupos focales, etc.) nos permiten conocer estos aspectos, e interpretar mejor los resultados, complementar la información que se ha obtenido mediante las herramientas cuantitativas y profundizar en su origen. Pueden aportar un conocimiento más riguroso de los factores psicosociales a los que exista exposición. Con ellos se recopilan y comprenden datos que ayudan a discernir y esquematizar las problemáticas presentes.

La Guía de Actuación Inspectoral de la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (CT-104/2021)³ recoge la importancia de utilizar ambos tipos de instrumentos, e indica que las técnicas cualitativas son eficaces, sobre todo, en las fases iniciales y posteriores del estudio como forma de recopilación de datos pre-evaluación y para profundizar acerca de los resultados, por lo que recomienda su utilización para complemento de las técnicas cuantitativas.

En organizaciones o unidades constituidas por pocas personas, las herramientas cualitativas pueden resultar los instrumentos de primera elección, dada la dificultad de garantizar el anonimato con medidas cuantitativas.

Elegidos los instrumentos, es importante establecer un cronograma de actuación, cuya primera fase será la información, sensibilización, concienciación e implicación de los profesionales objeto de evaluación, garantizando durante todo el proceso la confidencialidad de los datos obtenidos para conseguir una elevada participación, que garantice la representatividad de los datos.

4.1.1. Instrumentos cuantitativos

En la actualidad, existe una amplia gama de instrumentos de medida, que permiten realizar una aproximación cuantitativa a la evaluación de los riesgos psicosociales. Creemos posible afirmar que el nivel de desarrollo técnico en el ámbito de la evaluación de riesgos psicosociales resulta mayor que el grado de difusión de tales conocimientos entre los profesionales de la Prevención de Riesgos Laborales.

Estos instrumentos facilitan un diagnóstico de la organización respecto a su posición relativa en una variedad de factores de etiología psicosocial más o menos amplia. Se trata de llevar a cabo una fotografía de la empresa desde la perspectiva de un conjunto comprensivo de variables. Tras la cumplimentación de un cuestionario por parte de la totalidad de la plantilla, de una selección de sujetos (p.ej. en un departamento concreto o en un colectivo de trabajadores particularmente expuesto a los mismos debido a la actividad que realizan) o en una muestra representativa de la misma, se comparan los resultados con los de su grupo de referencia haciendo uso de unos baremos. Esta comparación permite identificar y medir las dimensiones de riesgo más problemáticas y aquellas que pueden ser consideradas fortalezas de la organización. Todo ello con el fin de poder diseñar una estrategia de prevención de los riesgos psicosociales de la empresa.

La variedad de instrumentos publicados es muy extensa, por lo que hacer una revisión exhaustiva de todos ellos excede los objetivos de este trabajo. Este tipo de análisis puede encontrarse en otras fuentes.

Como características con las que debe contar un cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales, para que su uso cuente con las garantías suficientes para su aplicación, consideramos las siguientes:

- Que haya demostrado unas propiedades psicométricas adecuadas en cuanto a validez y fiabilidad.
- Que haya sido desarrollado o adaptado para su uso con población trabajadora de referencia local a la entidad a la que se está evaluando.

4.1.2. Instrumentos cualitativos

Estas herramientas metodológicas buscan describir y comprender un fenómeno en el que convergen la Ergonomía y la Psicología Aplicada. Permiten la identificación, escucha y observación de opiniones, percepciones y posiciones discursivas respecto al objeto de investigación. Ello se realiza por medio de discriminar lo particular o atípico de un discurso que resulta informativo para quien evalúa. Resultan 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 descriptivo de las causas.

4.2. Metodologías específicas para valorar la afectación de las personas trabajadoras

Existen evaluaciones psicométricas que no son objeto de la evaluación de riesgos Psicosociales, ni objeto de valoración de los técnicos de prevención de riesgos laborales, ya que están destinadas a evaluar la afectación de la salud. Sin embargo, resultan imprescindibles para comprobar el impacto en las personas de la exposición a dichos factores deteriorados.

A continuación, presentamos una selección de métodos para evaluar el nivel de estrés laboral y algunos instrumentos utilizados para evaluar el síndrome de *Burnout* o síndrome de quemarse por el trabajo y el acoso laboral:

- Psicomet (Escala adaptada del Protocolo PSICOVS2023)
- Cuestionario de Estrés Laboral JSS (Job Stress Survey)²⁶
- EAE, Escalas de Apreciación del Estrés (EAE-S, Escalas de estrés sociolaboral)²⁷
- Escala de fuentes de estrés en profesores²⁸
- Maslach-Burnout Inventory-General Survey MBI-GS^{29,30}
- Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)³¹⁻³⁵
- Cuestionario de *Burnout* del Profesorado (CBP-R)³⁶
- Efectos Psíquicos del *Burnout* (EPB)³⁷
- Cuestionario Breve de *Burnout* (CBB)³⁸
- Cuestionario de Estrategias de Acoso en el Trabajo (LIPT-60; Leymann Inventory of Psychological Terrorization Modificado)^{39,40}
- Sistema de Análisis Triangular del Acoso en el trabajo (SATA)⁴¹
- Negative Acts Questionnaire^{42,43}
- Cuestionario de Acoso Psicológico en el Trabajo (CAPT)⁴⁴
- Escala CISNEROS (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales)^{45,46}
- Escala UNIPSIPO para la evaluación del acoso psicológico^{47,48,49}
- Cuestionario de Acoso Psicológico Percibido (CAPP)^{50,51}
- Cuestionario MentallyPro, de MentallyLab

En cualquier caso, será el técnico evaluador el que debe tomar la decisión sobre la elección del procedimiento a seguir para la de evaluación de forma justificada, y dicho procedimiento de evaluación utilizado debe proporcionar confianza sobre su resultado³.

4.3. Bibliografía

1. Oncins de Frutos M, Almodóvar-Molina A, Nota Técnica de Prevención 450: *Factores psicosociales: fases para su evaluación*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. [citado 05 Jun 2023].
2. Nogareda C, Almodóvar-Molina A. Nota Técnica de Prevención 702: *El proceso de evaluación de los factores psicosociales*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 2005 [citado 05 Jun 2023].
3. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Criterio Técnico 104/2021, sobre actuaciones de la inspección de trabajo y seguridad social en riesgos psicosociales. [citado 05 Jun 2023].
4. Ferrer-Puig R., Guilera-Ferre G, Pero-Cebolledo M. *Propiedades psicométricas del instrumento de valoración de riesgos psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo FPsico*. Madrid: INSST; 2011. [citado 05 Jun 2023].
5. Moncada S, Llorens C, Andrés R, Moreno N, Molinero E. *Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras*. Barcelona: Instituto Sindical de Trabajo Ambiente; 2014. [citado 05 Jun 2023].
6. Gil-Monte PR. *La Batería UNIPSCO: propiedades psicométricas de las escalas que evalúan los factores psicosociales de la demanda*. Arch Prev Riesgos Labor. 2016 Apr-Jun;19(2):86-94. doi: 10.12961/apr.2016.19.2.02.
7. Llorca-Rubio JL, Llorca-Pellicer M, Gil-Monte PR, Gil-LaOrden P. *Validación psicométrica de la batería UNIPSCO en valenciano/catalán: análisis de las escalas que evalúan las variables psicosociales de demanda*. Arch Prev Riesgos Labor. 2022 Jul 15;25(3):285-299. Spanish. doi: 10.12961/apr.2022.25.03.05.
8. Gil-Monte PR, López-Vílchez J, Llorca-Rubio JL, Sánchez-Piernas J. *Prevalencia de riesgos psicosociales en personal de la administración de justicia de la Comunidad Valenciana (España)*. Liberabit 2016; 22(1): 7-19.
9. Ruiz E, Idoate VM. *Mini Psychosocial Factors. Un modelo operativo para la identificación y evaluación inicial del riesgo psicosocial en la empresa*. Revista Navarra de Ergonomía 2008; 4(4): 8-15.
10. Ruíz E, Idoate V. *Cuestionario MPF. Comprensibilidad, validez y fiabilidad*. Revista Navarra de Ergonomía 2008; 4(4): 16-23.
11. Callejón-Ferre AJ, Pérez-Alonso J, Carreño-Ortega A, Velázquez-Martí B. *Indices of ergonomic-psychosociological workplace quality in the greenhouses of Almería (Spain): Crops of cucumbers, peppers, aubergines and melons*. Safety Science, 2011; 49(5): 746-750.
12. Peiro JM. *El Modelo AMIGO: marco contextualizador del desarrollo y la gestión de recursos humanos en las organizaciones*. Papeles del Psicologo 1999;72:3-15.

- 13.** Peiró JM. *Valoración de riesgos psicosociales y estrategias de prevención: el modelo AMIGO como base de la metodología Prevenlab/Psicosocial*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 1999;15:267-314.
- 14.** Peiro JM. *Metodología PREVENLAB para el análisis y prevención de riesgos psicosociales*. Capital humano 2003; 16(167): 82-90.
- 15.** Peiro JM. *Metodología PREVENLAB-PSICOSOCIAL* En: Meliá JL, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Pou R, Salanova M, Gracia D, de Bona JM, Bajo JC, Martínez-Losa F (Coord.). *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos*. Barcelona: Foment del Treball Nacional; 2006.
- 16.** Rodríguez I, González-Morales MG, Carbonell S. *El modelo AMIGO y la metodología PREVENLAB-PSICOSOCIAL. Aportaciones y retos en la prevención de los riesgos psicosociales*. Seguridad y Salud en el Trabajo 2007;42: 18-25.
- 17.** Meliá JL. *Batería de factores psicosociales de salud laboral: Instrumentos diagnósticos para la prevención de disfunciones y patologías laborales*. Valencia: Ed. Cristóbal Serrano; 2003.
- 18.** Meliá JL. *Batería Valencia –PREVACC: Instrumentos diagnósticos para la prevención de accidentes laborales*. Valencia: Ed. Cristóbal Serrano; 2003.
- 19.** Meliá JL. *La Batería Valencia PREVACC 2003 de la Universidad de Valencia*. En, Meliá, JL, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Pou R, Salanova M, Gracia D, de Bona JM, Bajo JC, Martínez-Losa F (Coord.). *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos*. Barcelona: Foment del Treball Nacional; 2006.
- 20.** Salanova M. (2005). *Metodología WONT para la Evaluación y Prevención de Riesgos Psicosociales*. Gestión Práctica de Riesgos Laborales 2005;14: 22-32.
- 21.** Salanova M, Llorens S, Cifre E, Martínez IM. *Metodología RED-WONT*. En: Meliá JL, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Pou R, Salanova M, Gracia D, Bona JM, Bajo JC, Martínez-Losa JF. (Coord.): *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales*. Barcelona: Foment del Treball Nacional; 2006.
- 22.** Llorens S, Salanova M, Martínez I. *Psicología de la salud ocupacional positiva: concepto y metodología para su evaluación*. En: Tous J, Carrión MA, López-Barón F (coord.). *Promoción de la Salud Ocupacional*. Colección 'Psicología de la Salud Ocupacional' n°2. Barcelona: AEPa; 2007.
- 23.** Luceño-Moreno L, Martín-García J. *DECORE. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales*. Madrid: TEA Ediciones S.A; 2008.

- 24.** Guàrdia Olmos J, Però Cebollero M, Barrios Cerrejón M. *Propiedades psicométricas de la batería de evaluación de riesgos psicosociales en la mediana y pequeña empresa*. *Psicothema*. 2008 Nov;20(4):939-44.
- 25.** Pérez G, Gallego Y. *Batería MC-UB de evaluación de riesgos psicosociales en la pequeña y mediana empresa*. Trabajo presentado a la 5ª Jornada Nacional de Ergonomía y Psicosociología. Avilés, 2006.
- 26.** Spielberger CD, Vagg PR (Adaptación española: Catalina C). *Cuestionario de Estrés Laboral JSS*. Adaptado por Catalina-Romero C. Madrid: TEA; 2010.
- 27.** Fernández-Seara JL, Mielgo M. *EAE, Escalas de Apreciación del Estrés*. Madrid: TEA; 1996.
- 28.** Nogareda-Cuixart C. *Nota Técnica de Prevención 574: Estrés en el colectivo docente: metodología para su evaluación*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; 2000.
- 29.** Salanova M, Schaufeli WB, Llorens Gumbau S, Peiró Silla JM, Grau Gumbau RM. *Desde el Burnout al engagement: ¿una nueva perspectiva?* *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2000;16(2): 117-134.
- 30.** Seisdedos N. *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA; 1997.
- 31.** Gil-Monte PR. *CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual*. Madrid: TEA Ediciones, 2011.
- 32.** Gil-Monte PR, Espejo B, Checa I, Gil-LaOrden P, Angeline J K, Carlotto MS et al. *Factor Structure and Measurement Invariance of the Spanish Burnout Inventory Among Professionals Across 17 Countries and Regions*. *Appl Res Qual Life*. 2023;18(2):869-892. doi: 10.1007/s11482-022-10108-1.
- 33.** Colegio Oficial de Psicólogos. *Evaluación del cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo CESQT*. Madrid: COP; 2013.
- 34.** Llorca-Rubio JL, Llorca-Pellicer M, Gil-Monte PR. *Fiabilidad y validez de constructo de la traducción al valenciano/catalán del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (CESQT) en docentes no universitarios*. *Informació Psicològica* 2021;121: 42-57.
- 35.** Hernández A, Tomás I, Ferreres A, Loret S. *Tercera evaluación de tests editados en España*. *Papeles del Psicólogo* 2015; 36(1): 1-8.
- 36.** Moreno-Jiménez B, Garrosa Hernández E, González Gutiérrez JL. *La evaluación del estrés y el Burnout en el profesorado: el CBP-R*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2000;16(2): 151-172.

- 37.** García-Izquierdo M, Velandrino AP. *Una escala para la evaluación del Burnout profesional de las organizaciones*. Anales de Psicología 1992;8(1-2): 131-138.
- 38.** Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. *La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso*. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones 1997;13(2): 185-208.
- 39.** Gonzalez de Rivera JL, Rodríguez-Abuin MJ. *Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo*. El LIPT-60. Madrid: Editorial EOS; 2005.
- 40.** Gonzalez de Rivera JL, Rodríguez-Abuin MJ. *Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española*. Psiquis 2003;24(2):17-27.
- 41.** Sebastián-Cárdenas ML, Fidalgo-Vega M. *Nota Técnica de Prevención nº 823. Sistema de análisis Triangular del Acoso en el Trabajo (SATA): un método de análisis psicológico en el trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2009. [citado 05 Jun 2023] .
- 42.** Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Martínez-Gamarra M, Gálvez-Herrer M. *Assessing workplace bullying: Spanish validation of a reduced version of the Negative Acts Questionnaire*. Span J Psychol. 2007 Nov;10(2):449-57.
- 43.** Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Sanz-Vergel AI, Rodríguez-Carbajal R. *El efecto del acoso psicológico en el insomnio: el papel del distanciamiento psicológico y la rumiación*. Psychothema. 2008 Nov;20(4):760-5.
- 44.** Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Morante ME, Garrosa E, Rodríguez-Carvajal R, Díaz-Gracia L. *Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: desarrollo y estudio exploratorio de una escala de medida*. Universitas Psychologica 2008;7(2): 335-345.
- 45.** Fidalgo AM, Piñuel I. *La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing*. Psychothema 2004;16(4): 615-624.
- 46.** Piñuel I, Oñate Cantero A. *La evaluación y diagnóstico del mobbing o acoso psicológico en la organización: el Barómetro Cisneros*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2006;22(3): 309-332.
- 47.** Figueiredo-Ferraz H, Gil-Monte PR, Olivares V. *Influence of mobbing (workplace bullying) on depressive symptoms: A longitudinal study among employees working with people with intellectual disabilities*. Journal of Intellectual Disability Research. 2015;59: 39-47.
- 48.** Gil-Monte PR, Carretero N, Luciano JV. *Prevalencia del mobbing en trabajadores de centros de asistencia a personas con discapacidad de la Comunidad Valenciana*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2006;22(3): 275-292.

49. Carretero N, Gil-Monte PR, Luciano J. *Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo*. *Psicothema*. 2011;23(4): 617-623.

50. Morán C. *Acoso psicológico y Burnout en profesionales de recursos humanos*. En, Romay J (Ed.). *Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del siglo XXI*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2007.

51. Morán C, González MT, Landero R. *Valoración Psicométrica del Cuestionario de Acoso Psicológico Percibido*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2009; 25(1): 7-16.

Consulta toda
la bibliografía
incluida en
este capítulo
accediendo con
este código QR



5 Protocolo médico específico

5.1. Contenido de la vigilancia individual de la salud de trabajadores expuestos a riesgo psicosocial

5.1.1. Nivel de intervención 1

5.1.2. Nivel de intervención 2

5.1.3. Nivel de intervención 3

5.1.4. Nivel de intervención 4

5.2. Criterios de valoración de los resultados

5.2.1. Valoración clínica y relación con los factores psicosociales del lugar de trabajo

5.2.1.1. Valoración clínica

5.2.2. Valoración de la aptitud

5.2.3. Orientaciones de intervención psicosocial en promoción de la salud y de prevención colectiva y/o individual en función de la calificación de aptitud

5.2.4. Periodicidad de los exámenes de salud

5.3. Bibliografía

Autores

Chanca Díaz, Alicia; Mazón Cuadrado, Luis; Soriano-Tarín, Guillermo; Guillen Robles, Pedro; Carbonell Vaya, Enrique; Valle Robles, M^a Luisa; Gutiérrez Labrador, Rosario; López Higuera, Blanca; Serrano Balloni, M^a Jesús; Deschamps Perdomo, Ámbar

5.1. Contenido de la vigilancia individual de la salud de trabajadores expuestos a riesgo psicosocial

Para la elaboración de la Guía PSICOVS2023, se han tomado como base los protocolos de vigilancia sanitaria específica aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y publicados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad¹, la Guía de buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial editada por el Departamento de Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya² y la Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario³.

Tomando como punto de partida por un lado los factores de riesgo a los que pueden estar expuestos los trabajadores según la descripción realizada en el capítulo 3.1, y de otro los posibles daños descritos en el capítulo 3.2, y teniendo en consideración el contenido mínimo que debe incluir en todo caso los controles del estado de salud conforme a lo establecido en el artículo 37 del RD 39/97⁴, se establecen **4 niveles de intervención** progresivos que se describen a continuación:

5.1.1. Nivel de intervención 1

Comprende el contenido mínimo del examen de salud a realizar a todos los trabajadores con independencia del puesto de trabajo, sector de actividad y/o características personales del trabajador, y que denominamos Nivel de Intervención 1.

Dicho examen de salud contendrá los antecedentes clínico-laborales o su actualización, y una anamnesis que incluye el **cuestionario básico 10Q-FRP** sobre identificación de exposición a factores psicosociales que pueden ser percibidos como riesgo, que **se aplicará de forma auto cumplimentada** por el trabajador antes de pasar a ser evaluado por el personal sanitario, y en cuya elaboración se han seguido entre otras, variables del Cuestionario de la II Encuesta de Condiciones de Trabajo de la Comunidad Valenciana⁵ y del Cuestionario de Factores Psicosociales-MPF⁶. Dicho cuestionario no constituye una Evaluación de Riesgos Psicosociales, cuya responsabilidad compete a la empresa. No obstante, ante la ausencia de dicha Evaluación, se recomendaría la inclusión de dicho cuestionario que puede resultar orientativo como criterio de aplicación del protocolo.



¿En qué consisten los cuatro niveles de intervención de la Guía PSICOVS2023?



Asimismo, el nivel de intervención 1, incluye en todos los casos las siguientes cuestiones:

- Un indicador de salud, muy utilizado en salud pública, es la **autopercepción de la propia salud referida al último año, como de la percepción del estado actual de salud, en comparación con la de hace 12 meses**, mediante una pregunta simple de gran valor pronóstico en la salud futura (Preguntas extraídas del Cuestionario de Calidad de Vida SF36⁷, y que también forman parte de la Encuesta Nacional de Salud⁸). Los criterios de valoración se indican en el apartado correspondiente a esa pregunta. El resultado se tendrá en cuenta como criterio de corte para pasar o no al nivel de intervención siguiente, y como criterio de derivación en aquellos trabajadores que obtengan puntuaciones de 1 punto (valoración 4 o 5 según la escala de Likert en una o las dos preguntas).

Por operativa en la práctica habitual en la realización de los exámenes de salud en el ámbito de los servicios de medicina del trabajo de las empresas, cuando el sistema de recogida de información no esté automatizado a través de Psicomet y por optimización del tiempo, el trabajador auto cumplimentará el cuestionario General de Salud GHQ-12 de Goldberg, aunque como veremos, correspondería al nivel de intervención 2.

Una vez valorado la puntuación del cuestionario 10-FRP y las preguntas del cuestionario SF36 sobre salud actual percibida y salud actual comparada, con los criterios de puntuación y de los niveles de corte que se indican en las **instrucciones generales del Anexo I**, el nivel de intervención 1, finalizará con la realización por parte del personal sanitario del servicio de prevención (Médico/Enfermero del Trabajo) de una **entrevista semiestructurada sobre acontecimientos laborales o fuera del trabajo**, como elemento básico de la evaluación, y que estará orientada a la exploración de factores etiológicos relacionados con acontecimientos traumáticos o emociones pasadas o actuales, tanto extralaborales (Bloque I) como acontecimientos relacionados con el trabajo (Bloque II).

Se han desarrollado varias entrevistas estructuradas basadas en los sistemas vigentes de clasificación diagnóstica (tales como DIS; CIDI; SCAN, QUESTIONARIO PRIME-MD, MINI...), aunque su uso clínico en el ámbito de la salud laboral es escaso, debido tanto al consumo de

Por operativa en la práctica habitual en la realización de los exámenes de salud en el ámbito de los servicios de medicina del trabajo de las empresas, cuando el sistema de recogida de información no esté automatizado a través de Psicomet y por optimización del tiempo, el trabajador auto cumplimentará el cuestionario General de Salud GHQ-12 de Goldberg, aunque como veremos, correspondería al nivel de intervención 2

tiempo que precisan como al entrenamiento y la sólida formación psicopatológica que se requiere. Cuando el resultado del cuestionario básico 10Q-FRP, el de las preguntas sobre el estado de salud actual o comparado percibido, y/o de la entrevista estructurada sean **negativos**, —y el trabajador no esté incluido en alguno de los grupos considerados como de población diana que hemos descrito en el apartado 2.2 de esta Guía sobre criterios de aplicación del protocolo PSICOVS2023—, no se debe aplicar resto de niveles de intervención del protocolo para la vigilancia específica de la salud para trabajadores expuestos a riesgo psicosocial, continuando con el resto de pruebas o exploraciones que le sean de aplicación en función de otros factores de riesgo a los que pudiera estar expuesto cada trabajador.

Cuando el cuestionario básico 10Q-FRP, las preguntas del cuestionario SF36 sobre estado de salud actual o comparado y/o la entrevista estructurada sean valorados como positivos, se pasará al siguiente nivel de intervención 2.

5.1.2. Nivel de intervención 2

El nivel de intervención 2, está compuesto por los siguientes elementos de valoración:

- La anamnesis estará orientada a la detección precoz de daño en el área de la salud mental, recomendándose el uso de la adaptación española del test psicométrico **GHQ12 de Goldberg**⁹⁻¹³, por considerarlo una herramienta eficaz para esa pronta detección de posible alteración mental en población laboral (sospecha psicopatología), tanto a nivel individual, como por su utilidad para el análisis epidemiológico y de screening (junto a la entrevista estructurada); puede además de dirigirse por el profesional sanitario ser autoadministrado, tal como proponemos en el PROTOCOLO PSICOVS2023. (Como se ha indicado, dicho cuestionario podrá ser cumplimentado por motivos prácticos por parte del trabajador en el nivel de intervención 1).
- Además del cuestionario GHQ-12, el Médico o el personal de enfermería del trabajo, llevará a cabo una entrevista dirigida, que incluye los siguientes apartados o cuestiones:
 - Un indicador simple de valoración de sintomatología de estrés propuesto por el Instituto Finlandés de Salud Ocupacional¹⁴.
 - Un Indicador General de Malestar, que incluye 2 cuestiones para valoración de vivencia de alteración psicósomática y/o emocional y/o cognitiva, que afecta a la vida cotidiana, y que denominamos Cuestionario de valoración del Índice General de Malestar- 2Q-IGM.
- Asimismo, dichos cuestionarios se asocian a una entrevista personal semiestructurada, que incluye 2 bloques independientes, y que recogen aspectos sobre las actitudes y la posible presencia de suspicacia paranoide, y que denominamos Índice de cribado de Factores de Confusión (IFC), que orientarán hacia un posible estado psicopatológico.

Cuando en el Nivel de intervención 2 se detecte un caso de sospecha de daño indicativo de presencia de psicopatología, bien a través de los resultados del cuestionario GHQ-12 o del resultado de la entrevista semiestructurada, que oriente hacia el origen laboral o extralaboral de dichos daños se pasará al siguiente nivel de intervención, con los criterios de valoración que se indican en las **instrucciones generales del Anexo I**.

Cuando el resultado del Nivel de Intervención 2 resulte **negativo**, finalizaría el protocolo, pero se debe realizar la evaluación de riesgos psicosociales si no estuviera realizada por la empresa, reevaluar el puesto de trabajo del trabajador y planificar las medidas preventivas necesarias frente a los riesgos psicosociales identificados.

Por economicidad del tiempo disponible del Servicio de Vigilancia de la salud, se recomienda la administración de los niveles de intervención 1 y 2 a través de la herramienta digital Psicomet.

Esto permite realizar un screening de casos y que el colaborador acuda al acto médico con una valoración previa que facilita la aplicación del Protocolo por parte del servicio médico.

5.1.3. Nivel de intervención 3

Este nivel incluye las siguientes exploraciones complementarias:

- **C2-Cuestionario de somatizaciones-S-10Q-FRP.**

Cuestionario inspirado en los síntomas de la dimensión somatización del inventario SCL-90-R16.

En las **instrucciones generales del Anexo I**, se describen los criterios para la valoración y niveles de corte de dicho cuestionario.

En la exploración física practicaremos:

- Una Somatometría básica que incluirá: cálculo del índice de masa corporal (IMC), tensión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.
- Una exploración sistemática por los siguientes 5 aparatos:
 - Exploración osteomuscular
 - Exploración dérmica
 - Exploración cardio-respiratoria
 - Exploración gastrointestinal
 - Exploración neurológica

Dicha exploración estará orientada a la detección de hallazgos exploratorios o anamnésticos relativos al listado de patologías que se han descrito en el apartado 3.2 de esta guía, para los

cinco grupos de patologías del CIE-11-MC más frecuentemente relacionadas con la exposición a riesgos psicosociales.

En función de los hallazgos en esta exploración sistemática, y si se estima necesario se procederá con un control biológico y pruebas complementarias que sean precisas a juicio clínico, y que pueden incluir:

- Electrocardiograma
- Análítica de sangre: Recuento y fórmula leucocitaria, Glucemia, Colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos.

No se incluyen en este protocolo otros marcadores biológicos específicos relacionados con la exposición crónica a riesgos psicosociales, dado que no existe suficiente evidencia científica de especificidad, y su aplicación se enmarcaría por tanto en el campo de la investigación clínica.

En los casos en que el Médico del Trabajo lo considere conveniente, podrá solicitarse la **participación de un consultor especialista en Salud Mental**, propio o externo, conforme se establece en el artículo 4 del RD 843/2011¹⁷, que puede administrar el Inventario SCL-90-R¹⁶ y que emitirá un informe del resultado de la valoración clínica, para consideración del Médico del Trabajo.

5.1.4. Nivel de intervención 4

Cuando el Nivel de intervención 3 sea considerado **positivo**, esto es, se objetive sospecha fundada de algún daño de los contemplados en esta guía, se derivará al trabajador previo consentimiento informado, a personal especializado:

- Cuando se sospeche un origen común de la contingencia y el daño no se agrave por condición laboral, se derivará al servicio público de salud (SPS).
- Cuando se sospeche un origen laboral o cuando siendo de origen común, el daño se agrave por condición laboral, se derivará a la entidad gestora o colaboradora para contingencias profesionales, a través del sistema PANOTRATSS¹⁸.

En el **Anexo II y III** del PROTOCOLO se incluyen los modelos de **documento de derivación** a SPS o a MUTUA Colaboradora de la Seguridad Social-INSS.

Asimismo, el personal sanitario actuante del servicio de prevención solicitará como recomendación preventiva, la realización de una evaluación o reevaluación de riesgos psicosociales de nivel avanzado o especializado, tal como se establece en el artículo 16.3 de la LPRL¹⁹.

A continuación, en la **tabla 1** y en la **figura 1** se resumen los niveles de intervención establecidos y el contenido de las pruebas y exploraciones a efectuar en cada caso.

Tabla 1 - Niveles de intervención para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a riesgo psicosocial

NIVEL DE INTERVENCIÓN 1	NIVEL DE INTERVENCIÓN 2	NIVEL DE INTERVENCIÓN 3	NIVEL DE INTERVENCIÓN 4
POBLACION DIANA	Anamnesis orientada	Posibles daños	Anamnesis dirigida
Población Diana y/o Evaluación de Riesgos	GHO-12 de Goldberg	Alteración salud mental (patología psicosocial)	HISTORIA LABORAL ANAMNESIS
+	+ PREGUNTA SIMPLE DE ESTRES FIOH	-Estrés	- Antecedentes
Cuestionario básico 10Q-FRP	+ Cuestionario de valoración del Índice General de Malestar 2Q-IGM	-Ansiedad	- Situación actual
+	+ ENTREVISTA ESTRUCTURADA	-Depresión	Cuestionarios de síntomas de somatizaciones:
Percepción del estado actual de salud percibido y comparado (SF36)	+ Bloque I (actitud) Bloque II (suspiciacia paranoide-IFC)	-Estrés	• C2.- Cuestionario S-10Q-FRP
+		-Estrés postraumático	Exploración física/anamnésica de los 5 grupos CIE1 1-MC
Entrevista semiestructurada sobre acontecimientos generales (Bloque I) y/o laborales (Bloque II)		-Otras alteraciones agudas	Derivación a especialista en salud mental y administración SCL-90
		Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (Contractura muscular, dolor, etc...)	Exploración básica
		Alteraciones Cardiovasculares	Exploración básica
		Otros trastornos psicosomáticos	Exploración básica

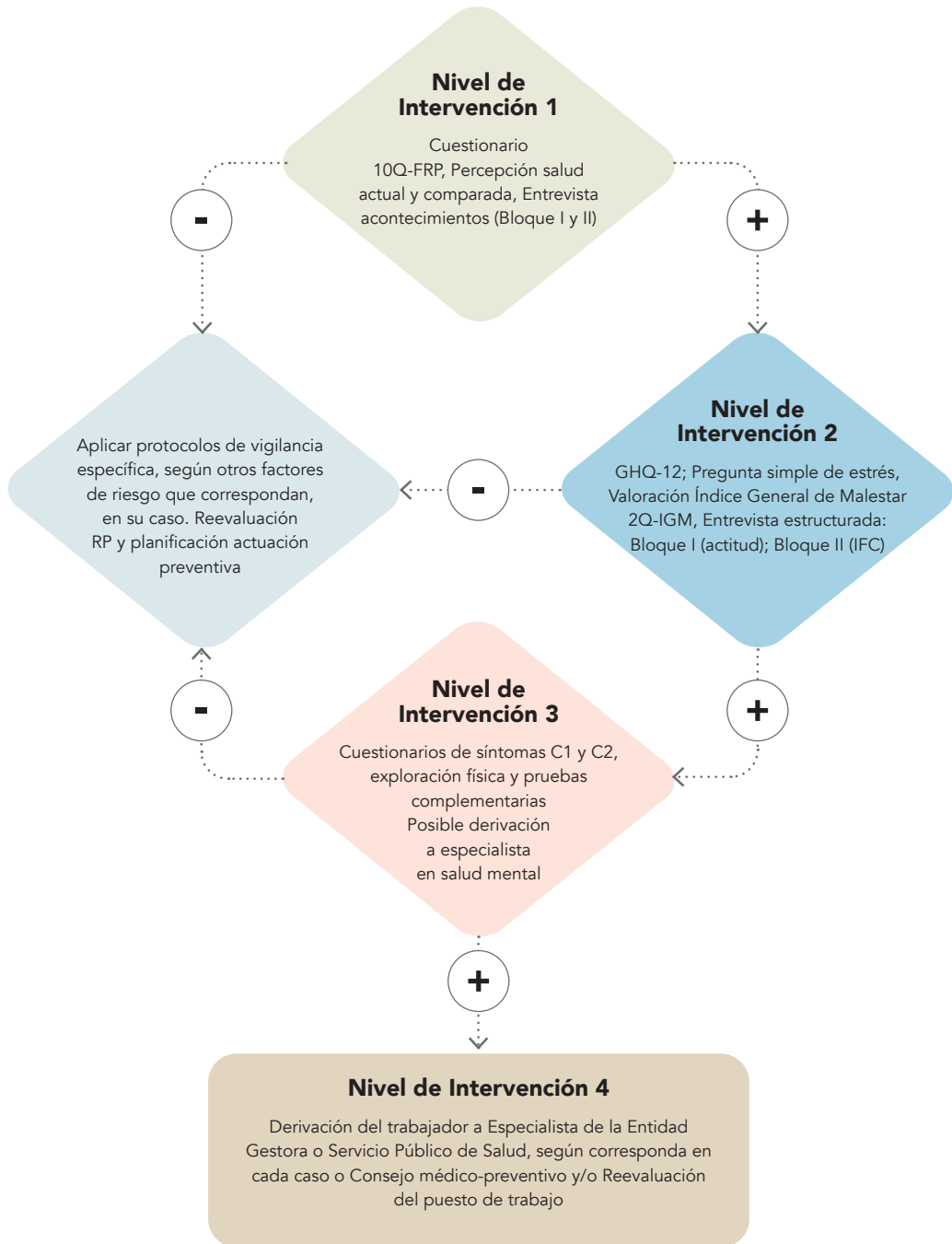


Figura 1- Niveles de intervención

5.2. Criterios de valoración de los resultados

A continuación, se describen recomendaciones correspondientes a la conducta a seguir en función del resultado del examen de salud asociada a las condiciones psicosociales de trabajo, los criterios de periodicidad y aptitud. Para ello se han utilizado algunos de los criterios de la Guía para la vigilancia de la salud de los trabajadores de hostelería editada por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana²⁰.

5.2.1. Valoración clínica y relación con los factores psicosociales del lugar de trabajo

Al finalizar el examen de salud debe realizarse una valoración clínica de los resultados y, en caso de detectar alteraciones, estudiar su relación con la actividad laboral y el contexto psicosocial del lugar de trabajo. Ello es imprescindible, tanto para establecer recomendaciones individuales, como recomendaciones sobre el puesto de trabajo y la organización, y para poder realizar la vigilancia de la salud colectiva.

5.2.1.1. Valoración clínica

Se realizará teniendo en cuenta los resultados de la anamnesis, de la entrevista estructurada, de los cuestionarios de síntomas y de las exploraciones realizadas. Se establecen, con carácter general, 4 categorías para clasificar el daño detectado de la vigilancia de la salud:

0. Ausencia de síntomas y signos
1. Presencia de síntomas, sin positividad de las pruebas exploratorias: CASO POSIBLE
2. Presencia de síntomas y/o positividad de alguna prueba exploratoria: CASO PROBABLE
3. Con diagnóstico de certeza: CASO CONFIRMADO.

5.2.1.2. Valoración de la relación con el trabajo

Ante un caso posible, probable o confirmado, como resultados de las valoraciones clínicas, se deberá valorar la relación de los mismos con la actividad laboral y con las condiciones psicosociales del lugar de trabajo. Para su clasificación se tendrán en cuenta criterios de exposición, temporalidad, la existencia de relación entre la sintomatología, la actividad laboral, los factores y riesgos psicosociales, y la existencia de factores extralaborales de carácter psicosocial que hayan podido contribuir a la aparición de la enfermedad. El proceso de decisión se hará según el procedimiento establecido en la **figura 2**. Se establecen cuatro categorías:

Daño derivado las condiciones psicosociales del lugar de trabajo (las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo).

Se clasificarán como daños derivados de las condiciones psicosociales del lugar de trabajo aquellas lesiones o enfermedades en las que se cumplan los siguientes criterios:

- Criterio de exposición: Existencia de una exposición laboral a riesgos psicosociales compatible con la causalidad de dicho daño.
- Criterio de temporalidad: La exposición laboral causal considerada es anterior a la aparición de la enfermedad. En su caso, el tiempo de exposición o periodo de latencia es compatible.
- Aunque existan factores extralaborales que hayan podido contribuir a la aparición de la enfermedad, ninguno de ellos ha actuado claramente como desencadenante.

Daño agravado por el trabajo

Se clasificarán como daños agravados por el trabajo aquellas lesiones o enfermedades que no cumplen los criterios anteriores, pero existe una exposición laboral a uno o varios riesgos psicosociales que produce un agravamiento o reaparición de los síntomas o enfermedad.

Daño no laboral

Se clasificarán como daño no laboral aquellas lesiones o enfermedades que no cumplen los criterios para clasificarlas ni como daño derivado de la exposición a riesgos psicosociales del trabajo ni como daño agravado por el trabajo, y existe información sobre posibles factores extralaborales.

No clasificable

No se dispone de elementos suficientes para clasificar la relación del daño con el trabajo.

Algoritmo para la valoración de la relación laboral

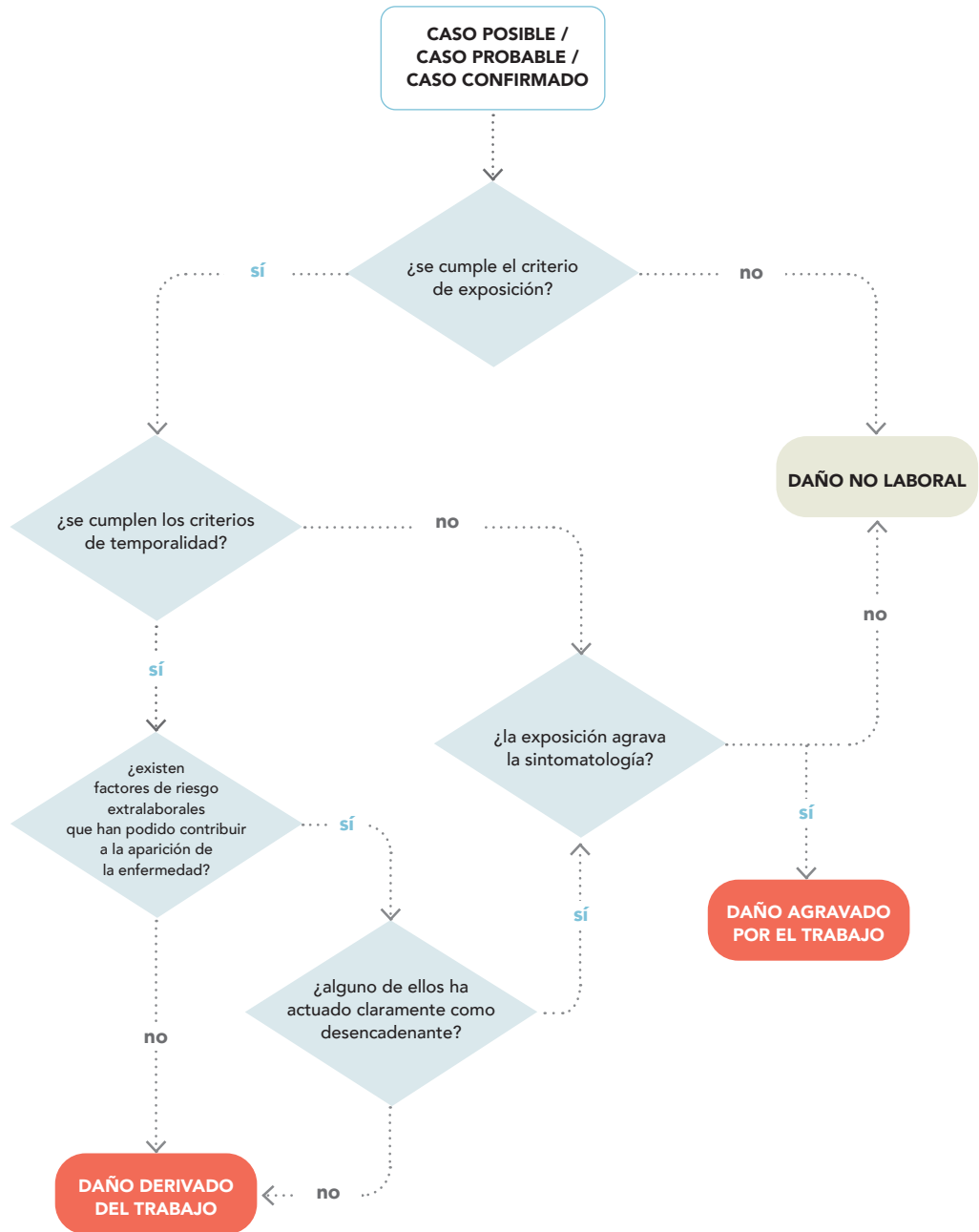


Figura 2

5.2.2. Valoración de la aptitud

De acuerdo con el artículo 22 de la LPRL¹⁹, se deberán establecer las conclusiones que se deriven de los exámenes de salud efectuados, en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo, o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención de carácter psicosocial. Para ello, se utilizará la siguiente clasificación:

Apto

El trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado sin ningún tipo de restricción por motivos de salud.

Apto con limitaciones o determinadas restricciones

A. Recomendaciones personales: el trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo, pero cumpliendo con las medidas prescritas por el médico del trabajo.

B. Recomendaciones laborales: el trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto pero se requiere la adaptación de todo o parte del entorno laboral al trabajador, en especial aquellas condiciones que suponen una fuente de riesgo psicosocial para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo (contenido, carga, ritmo, control del trabajo, etc.) y para el desempeño de sus roles en la organización, o cuando ello no sea posible, puede implicar la no realización total o parcial de roles y tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo (turnicidad, etc.).

No apto

Calificación que recibe el trabajador cuando sus condiciones de salud le imposibiliten para realizar las tareas principales/fundamentales del puesto o cuando el desempeño de las tareas y del rol laboral implique serios problemas de salud, y tanto uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con limitaciones.

Pendiente de calificación

Calificación que recibe el trabajador que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia sanitaria a fin de determinar su aptitud (en ocasiones se puede calificar como no apto temporal).

Estos “grados de aptitud”, como dictámenes médicos que son, pueden contribuir de manera importante a la toma de decisiones directivas sobre la continuidad o no en el puesto de trabajo de cada trabajador o a la modificación para la mejora de las condiciones de trabajo o adaptaciones, cuando sea necesario.

5.2.3. Orientaciones de intervención psicosocial en promoción de la salud y de prevención colectiva y/o individual en función de la calificación de aptitud

Se propone una intervención psicosocial para eliminar o reducir los riesgos psicosociales del puesto de trabajo, dependiendo de la naturaleza de estos. Las acciones correctivas o de mejora pueden agruparse en las siguientes categorías:

Promoción de la salud y prevención primaria.

Ventajas:

- Adapta el trabajo (condiciones de trabajo) a la persona.
- Actúa directamente sobre el factor de riesgo.
- Tiene efectos duraderos.
- Puede integrarse en las tareas clásicas de gestión de los RRHH.

Ejemplos:

- Mejorar la comunicación
 - Grupos y equipos de trabajo para clarificar responsabilidades, discutir problemas, compartir información.
- Estilo de gestión participativo
 - Mejorar relaciones jerárquicas, participación en las decisiones, aumentar el sentido de pertenencia.
- Formación
 - Plan de carrera, mejorar la carga cualitativa de trabajo, etc.
- Análisis de puestos y de roles
 - Clarificar los roles, determinar la carga de trabajo, etc.

Prevención secundaria. Ventajas:

- Información y sensibilización a trabajadores, mandos y dirección de la problemática de la salud mental en el trabajo y sobre las fuentes de riesgos psicosocial.
- Facilita el desarrollo de unos conocimientos para hacer frente al estrés.

Ejemplos

- Información y sensibilización
 - Publicar y difundir artículos y documentos sobre la salud mental en el trabajo y sobre las fuentes de riesgos psicosocial.
- Realización de seminarios y talleres
 - Incorporación de la materia a las charlas preventivas de los mandos.



Intervención psicosocial: prevención primaria, secundaria y terciaria



- Técnicas y desarrollo de habilidades
 - Gestión del estrés, tiempo en el trabajo.
 - Conciliación vida laboral y familiar.

Prevención terciaria. Ventajas

- Dirigida al individuo
- Tiene por objeto el tratamiento y la rehabilitación, la reincorporación al trabajo y el seguimiento de aquellos trabajadores que sufren o han sufrido problemas de salud mental en el trabajo
- Perspectiva de disminuir las consecuencias negativas del estrés y de la incapacidad temporal o permanente

Ejemplos

- Información, ayuda y soporte al trabajador que sufre problemas de salud mental, tratamiento mediante técnicas de tipo cognitivo-conductual.
- Oferta de servicios voluntarios, confidenciales y disponibles todo el tiempo.
- Prevenir la recaída (v.g., técnicas de negociación de roles).

5.2.4. Periodicidad de los exámenes de salud

La periodicidad mínima se determinará teniendo en cuenta la valoración del riesgo del puesto de trabajo y del contexto psicosocial en el que se desempeña según el método utilizado, los resultados de la vigilancia de la salud, la aptitud, la edad del trabajador, y en su caso, la existencia de una disposición legal que establezca la periodicidad mínima.

Proponemos aplicar el siguiente sistema de puntuación, y así en función de los resultados establecer una periodicidad mínima, de esta manera el siguiente examen de salud podrá ser trienal, bienal, anual o antes incluso (**tabla 2**). Los términos periodicidad bienal y anual han de entenderse como plazos flexibles, dentro de un margen máximo de 3 meses.

La valoración del daño detectado y de la aptitud se corresponde con las definiciones dadas en el apartado 5.2 de esta Guía. En el caso de existencia de varios daños, se tendrá en cuenta, al igual que en la valoración del riesgo, el de mayor puntuación.



¿Cómo ayuda la Guía en la Prevención de los Riesgos Psicosociales?



Tabla 2. Periodicidad de los exámenes de salud	
EDAD	PUNTUACION
< 18 Años	1
18 - 25 Años	0
26 - 50 Años	2
> 50 Años	3
VALORACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL DEL PUESTO DE TRABAJO	
Bajo	0
Medio	1
Alto	2
No clasificado	1
DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (PROVOCADO O AGRAVADO)	
Sin hallazgos (ausencia de signos y/o síntomas)	0
Caso posible (presencia de síntomas)	1
Caso probable (presencia de signos y síntomas)	2
Caso confirmado (diagnóstico de certeza)	3
APTITUD	
Apto	0
Apto con limitaciones o determinadas restricciones	1
INDICACION LEGAL (PERIODICIDAD MÍNIMA LEGALMENTE ESTABLECIDA)	
Sin indicacion	0
Con indicacion	1
RESULTADO	
PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA
TRIENAL	<2
BIENAL	2 - 6
ANUAL	> 6

5.3. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. *Protocolos de vigilancia sanitaria específica de los trabajadores*. [citado 09 de febrero de 2023].
2. Cortes-Franch I (Coord.) *Riesgo psicosocial. Guía de buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial*. Barcelona: Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. [citado 09 Feb 2023].
3. Gálvez M, Mingote C, Núñez C, Otero C. *Guía de buenas prácticas para la prevención y el manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario*. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo; 2012. [citado 09 Feb 2023].
4. Reglamento de los Servicios de Prevención. Real Decreto 39/97, de 17 de enero. BOE nº 27 (31/01/1997).
5. Fundación de la Comunidad Valenciana para la prevención de riesgos laborales. *II Encuesta de Condiciones de Trabajo en la Comunidad Valenciana*. Valencia, 2009.
6. Ruiz E, Idoate V. MPF *Cuestionario de Factores Psicosociales (Mini Psychosocial Factors)*. 2005. Ruíz García E. Idoate García VM. Pamplona.
7. García AM, Santibáñez M, Soriano G. *Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores*. Arch Prev Riesgos Labor. 2004;7(3):88-98.
8. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. [Internet]. [Acceso 9 de febrero de 2023].
9. Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. *Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de DG Goldberg (un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad)*. Archivos Neurobiol 1979; 42(2):139-58.
10. Goldberg D. *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor. NFER Publishing;1978.
11. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez M y cols. *Prevalencia de problemas de salud mental y asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud en España*. Psicothema 2010; 22(3): 389-95.
12. Sanchez-Lopez MP, Dresch V. *The 12-Item General Health Questionnaire: reliability external validity and factor structure in the spanish population*. Psicothema 2008; 20(4):839-43.
13. Idoate VM, García E. *El Cuestionario GHQ. Características y utilización*. Revista Navarra de Ergonomía 2008;4(3):13-20. [citado 06/06/2023].
14. Elo AL, Leppänen A, Jankola A. *Validity of a single-item measure of stress symptoms*. Scand J Work Environ Health 2003;29(6):444-51.
15. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F et al. *Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms*. Applied Ergonomics 1987, 18(3):233-37.

16. Derogatis LR. SCL-90-R *Cuestionario de 90 síntomas*. Florencia: UVA-CONICET; 1991 [citado 06 Jun 2023].

17. RD 843, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 158, de 4 de julio de 2011.

18. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Comunicación de Patologías no Traumáticas Causadas por el Trabajo PANOTRATSS. [citado 9 Feb 2023].

19. Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº 27 (08-11-1995), modificada parcialmente por la Ley 54/2003 del 12 de diciembre [citado 05 Jun 2023].

20. Esteban V, Santolaria E, Casanova S, Ferrer JA, López JB, Soriano G et al. *Guía para la vigilancia de la salud de los trabajadores de hostelería*. Valencia: Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana; 2010. [citado 09 Feb 2023].

Consulta toda
la bibliografía
incluida en
este capítulo
accediendo con
este **código QR**





Datos a remitir a las administraciones sanitarias

Vigilancia de la salud colectiva

- 6.1. Utilidad de las fuentes de información y limitaciones
- 6.2. Análisis epidemiológico de la vigilancia de la salud individual
- 6.3. Otros indicadores de Vigilancia de la Salud Colectiva de exposición a riesgo psicosocial y daños
- 6.4. Bibliografía

Autores

Guillen Robles, Pedro; Valle Robles, M^a Luisa;
Santo Domingo Mateos, Silvia; Soriano-Tarín, Guillermo;
Ruiz-Frutos, Carlos

El artículo 37 del Real Decreto 39/1997 establece que el personal sanitario del servicio de prevención deberá analizar los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores y de la evaluación de los riesgos, con criterios epidemiológicos y colaborará con el resto de los componentes del servicio, a fin de investigar y analizar las posibles relaciones entre la exposición a los riesgos profesionales y los perjuicios para la salud y proponer medidas encaminadas a mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo.

La vigilancia de la salud colectiva es una herramienta imprescindible para poder valorar la importancia de los efectos de los riesgos laborales, explicar o sospechar las causas de los daños relacionados con el trabajo, su frecuencia, gravedad y tendencia, para establecer hipótesis causa-efecto entre los riesgos laborales y los problemas de salud derivados de estos, preparar estrategias preventivas para eliminar el riesgo o atenuar sus consecuencias, así como priorizar actividades de prevención y evaluar la efectividad de estas medidas¹.

La vigilancia epidemiológica de los daños a la salud atribuidos a la exposición a los riesgos psicosociales permite, si se hace de forma sistemática, tener información de las características de la organización, de la tarea de un grupo social y las condiciones de salud de los trabajadores, a fin de realizar acciones de intervención, que con el adecuado seguimiento permitan mostrar su impacto dando soporte a los procesos de prevención, atención e investigación².

Dicha vigilancia colectiva debe ir dirigida tanto hacia la detección precoz de daños en estadios preclínicos (accidentes, enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo) mediante la prevención secundaria, como hacia los determinantes de la salud, incluyendo en éstos el conjunto de condiciones y situaciones de trabajo que están en la génesis del daño. Desde este enfoque, la vigilancia epidemiológica en el trabajo puede abarcar tanto la vigilancia de daños a la salud como la vigilancia de las exposiciones a riesgos psicosociales y de los determinantes laborales de los mismos¹.



El reto de la vigilancia de la salud colectiva



6.1. Utilidad de las fuentes de información y limitaciones

Tabla 1. Principales fuentes de información sobre el estado de salud de los trabajadores e indicadores que podrían ser de utilidad para la vigilancia de la salud colectiva		
Datos	Utilidad	Indicadores
Accidentes de trabajo	Daño laboral reconocido como AT	-Índice de incidencia (II): N° de accidentes ocurridos en un periodo / n° de trabajadores durante ese mismo periodo. -Índice de frecuencia (IF): = n° de bajas/ n° de horas trabajadas. -Índice de gravedad (IG): número de días no trabajados por accidentes trabajo /n° horas trabajadas por los trabajadores expuestos al riesgo
Enfermedades profesionales	Daño laboral reconocido como EP	-Incidencia= n° de casos nuevos durante un periodo de tiempo/ n° de personas expuestas al riesgo durante el periodo -Prevalencia= n° de casos existentes en un momento determinado / n° de trabajadores en ese momento
IT por enfermedad común	Daño laboral no reconocido	-Prevalencia=n° de trabajadores ausentes en un momento determinado por IT por enfermedad común/ n° de trabajadores durante ese momento -Índice de frecuencia= n° de bajas/ n° de horas trabajadas.
Vigilancia de la salud individual	Detección de nuevas enfermedades	-Incidencia= n° de casos nuevos durante un periodo de tiempo/ n° de personas expuestas al riesgo durante el periodo -Prevalencia= n° de casos existentes en un momento determinado / n° de trabajadores en ese momento
Encuestas de salud	Detección precoz daño laboral	Cuestionarios generales y específicos para valoración de daño psicosocial
Indicadores de fallos o errores consignados en la realización del trabajo	Morbilidad percibida por los trabajadores	Que han provocado pérdidas, paradas, averías, sanciones, quejas de clientes o público, etc.

En la **tabla 1**, se recogen las principales fuentes de información sobre distintos aspectos del estado de salud de los trabajadores y los indicadores que podrían ser de utilidad para la vigilancia de la salud colectiva de los trabajadores expuestos a riesgo psicosocial. Generalmente son compatibles con los daños producidos por otros factores de riesgo. Sin embargo, en la práctica pueden existir ciertas limitaciones para el acceso a los datos o para la obtención de los indicadores. La vigilancia de la salud individual permite obtener información sobre detección precoz de daño laboral, así como sobre la morbilidad percibida por los trabajadores (a través de los cuestionarios de síntomas y signos exploratorios a los que debemos estar alerta) y mediante el análisis de los datos de una forma homogénea y reglada, podremos lograr una adecuada prevención secundaria. Sus limitaciones son analizadas en el siguiente apartado.

Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, —tanto los que cursan con baja como sin baja—, son la principal fuente de información sobre daño laboral establecido y reconocido como tal. Pero los problemas de salud debidos a la exposición a riesgo psicosocial no suelen estar representados, aunque desde el año 2010 se ha incluido en el grupo 5 del sistema de registro de accidentes de trabajo no traumáticos (PANOTRATSS)³, algunos desórdenes mentales.

La vigilancia de la salud colectiva de los trabajadores debería incluir un análisis anual de los accidentes de trabajo de la empresa, así como de las enfermedades profesionales y de su evolución. Además, el estudio de la Incapacidad Temporal (IT) por enfermedad común puede proporcionar información sobre daño laboral no reconocido y resulta imprescindible para la detección de nuevas enfermedades relacionadas con el trabajo.

Entre los diferentes indicadores destaca el estudio de la duración media de los procesos de IT frente a los estándares establecidos en los casos en los que el personal sanitario del servicio de prevención tenga acceso al diagnóstico, lo cual nos proporcionará información para el estudio del trabajador y la posible detección de riesgo psicosocial.

Finalmente, ante la sospecha de determinados problemas de salud en la empresa pueden realizarse investigaciones específicas, como encuestas de salud, que constituyen una información muy relevante para la Prevención de Riesgos Laborales.

6.2. Análisis epidemiológico de la vigilancia de la salud individual

Como hemos señalado, las diferentes actuaciones relativas a la vigilancia individual de la salud de las personas trabajadoras constituyen una fuente de información de especial interés para la prevención de riesgos laborales ya que proporciona información entre otras, sobre morbilidad percibida por los trabajadores y sobre daño laboral precoz. La vigilancia de la salud colectiva debiera permitir conocer los cambios en la incidencia para poder valorar el estado

de salud de la colectividad a nivel de puesto de trabajo, departamento, empresa, sector de actividad o en una población laboral determinada. Así las comparaciones entre diversas secciones / centros / empresas de similar actividad facilitarían el que aflorasen esos indicadores relacionados con la exposición a riesgo psicosocial, que indicarían la existencia de problemas, el tipo y localización, siendo informaciones fundamentales para la prevención, que constituye el principal objetivo.

Sin embargo, en el ámbito de la salud laboral existen una serie de características de la vigilancia de la salud que dificultan la obtención de la información necesaria, así como la correcta interpretación de esta. El análisis exhaustivo del conjunto de los datos podría paliar algunas de estas **limitaciones**, entre las que destacan:

- El tamaño de las empresas: El tejido empresarial de nuestro país se caracteriza por el predominio de empresas de pequeño y muy pequeño tamaño, lo que dificulta el análisis estadístico de la información. En las grandes empresas que aglutinan trabajadores de diferentes centros de producción, hay que tener en cuenta que los riesgos pueden ser diversos y distintos según el centro de trabajo (incluso según las diferentes secciones de estos), por lo que la unidad de análisis debería ser el centro de trabajo.
- La temporalidad y rotación del personal dificulta poder atribuir el problema de salud detectado al trabajo realizado en la empresa actual, así como la comparabilidad de los resultados entre los distintos años.
- La voluntariedad y la periodicidad de la vigilancia de la salud. En general, la cobertura de la vigilancia individual de la salud no alcanza al 100 % de los trabajadores al no ser obligatoria, y aunque las empresas ofrezcan su realización, en la práctica muchos trabajadores no acuden a los controles periódicos de salud.
- Dificultad para determinar si se trata de un fenómeno incidente o prevalente y solo seremos capaces de conocer la prevalencia de determinados procesos.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta a la hora de valorar los datos de salud colectivos, el denominado "sesgo del trabajador sano", que puede minimizar el resultado de algunos indicadores de daño, debido a que muchos trabajadores enfermos o han abandonado el trabajo o al encontrarse en situación de Incapacidad Temporal, no se realizan los controles del estado de salud, y la información sobre las causas de las ausencias al trabajo por motivos de salud no son conocidas por parte de los profesionales sanitarios responsables de la vigilancia de la salud, siendo esto un problema acuciante en los servicios de prevención ajenos (SPA).

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, se propone marcar unos objetivos básicos como son:

- Detectar los posibles efectos de los Riesgos Psicosociales en la población laboral.
- Identificar grupos de trabajadores expuestos a riesgos específicos.
- Complementar las evaluaciones de riesgos psicosociales.
- Empezar acciones colectivas lo antes posible, para evitar la generalización del daño.

Por ello se proponen las tablas siguientes que entendemos pueden facilitar la comparación entre empresas de similares condiciones. Esas tablas aportan datos para uniformizar tanto la actividad sectorial de las empresas desde la clasificación dada por el Real Decreto 475/2007 que aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (en adelante CNAE 2009)⁴, como las tareas que los trabajadores realizan en base al Real Decreto 1591/2010, que aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (en adelante CNO 2011)⁵.

Tabla 2. Vigilancia de la salud colectiva. Datos básicos (I)												
	PUESTOS DE TRABAJO / DEPARTAMENTOS /EMPRESA / SECTOR											
Perfil (Puesto/Dpto/Empresa /Sector)	PT1			PT2			PTn			TOTAL		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Número total de trabajadores												
Nº de exámenes de salud realizados Nivel de Intervención 0												
Nº de exámenes de salud realizados Nivel de Intervención 1												
Nº de exámenes de salud realizados Nivel de Intervención 2												
Nº de exámenes de salud realizados Nivel de Intervención 3												
Total, Nº de exámenes de salud realizados												
Nº aptos												
Nº aptos con limitaciones												
Nº no aptos												
Nº de pendientes de calificación de la aptitud												
Nº de trabajadores con alguna alteración posible o probable												
Nº de trabajadores con alguna alteración detectada confirmada												
Nº de trabajadores con alguna alteración posible o probable producida por el trabajo												
Nº de trabajadores con alguna alteración confirmada producida por el trabajo												

Tabla 2. Vigilancia de la salud colectiva. Datos básicos (II)									
Puesto de trabajo ⁽¹⁾	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
VALORACIÓN									
SISTEMA OSTEOMUSCULAR									
PIEL									
SISTEMA CIRCULATORIO									
SOMATIZACIONES									
SALUD MENTAL									

(1) Cumplimentar una tabla para cada puesto de trabajo según la Evaluación de riesgos

TOTAL (suma de todos los puestos)									
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tabla 2. Vigilancia de la salud colectiva. Datos básicos (III)									
PERFIL LABORAL: Puesto/Dpto/Empresa/Sector	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
SISTEMA OSTEOMUSCULAR		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
Cervicalgia									
Dolor de espalda no especificado									
Mialgia y miositis no especificada									
Otra									
PERFIL LABORAL: Puesto/Dpto/Empresa/Sector	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
CARDIOVASCULAR		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
Infarto agudo de miocardio									
Hipertensión esencial									
Disrritmias									
Otra									
PERFIL LABORAL: Puesto/Dpto/Empresa/Sector	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
PIEL		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
Dermatitis seborreica									
Dermatitis eritematoescamosa									
Eccema									
Otra									
PERFIL LABORAL: Puesto/Dpto/Empresa/Sector	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
DIGESTIVO		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
Úlcera Péptica									
Gastritis /Duodenitis									
Colon irritable									
Otra									
PERFIL LABORAL: Puesto/Dpto/Empresa/Sector	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
SOMATIZACIONES		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
PERFIL LABORAL: Puesto/Dpto/Empresa/Sector	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
SALUD MENTAL		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
Ansiedad									
Depresión									
Estrés									
Síndrome de estar quemado por el trabajo									
Estrés postraumático									
Otra									

Tabla 3.- Indicadores de resultados		
INDICADOR	FÓRMULA	ESTRATIFICACIÓN
% de exámenes de salud realizados respecto al total de trabajadores	$\text{N}^\circ \text{ de exámenes de salud realizados} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ total de trabajadores de la empresa}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores aptos	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores aptos} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de exámenes de salud realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores aptos con restricciones	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores aptos con restricciones} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de exámenes de salud realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores que presentan alguna alteración psicosocial posible o probable	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que presentan alguna alteración (posible o probable)} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de exámenes realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores que presentan alguna alteración psicosocial confirmada	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que presentan alguna alteración confirmada} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de exámenes realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores que presentan alguna alteración confirmada producida o agravada por el trabajo	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que presentan alguna alteración confirmada producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de exámenes realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores con alteraciones del sistema osteomuscular producidas o agravadas por el trabajo	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que presentan alguna alteración del sistema osteomuscular producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de exploraciones del sistema osteomuscular}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 10
% de trabajadores con alteraciones cardiovasculares producidas o agravadas por el trabajo	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que presentan alguna alteración del aparato cardiovascular producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de exploraciones del sistema cardiovascular}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 10
% de trabajadores con alteraciones dermatológicas producidas o agravadas por el trabajo	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que presentan alguna alteración dermatológica producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de exploraciones de la piel}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 10
% de trabajadores con alteraciones del aparato digestivo producidas o agravadas por el trabajo	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que presentan alguna alteración del aparato digestivo producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de exploraciones del aparato digestivo}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 10
% de trabajadores con sospecha de somatizaciones producidas o agravadas por el trabajo	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que presentan alguna somatización producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de cuestionarios de somatizaciones aplicados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 10
% de trabajadores con sospecha de alteraciones de la salud mental producidas o agravadas por el trabajo	$\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que presentan alguna somatización producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de cuestionarios de salud mental aplicados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 10

6.3. Otros indicadores de Vigilancia de la Salud Colectiva de exposición a riesgo psicosocial y daños

Por último, se presentan otros indicadores para la vigilancia de la salud colectiva derivada de la exposición a factores psicosociales y sus consecuencias sobre la salud complementarios a los descritos anteriormente.

La dificultad para identificar un riesgo psicosocial obliga a utilizar cuestionarios específicos o datos indirectos. Ante la ausencia de evaluaciones específicas que identifiquen un riesgo psicosocial las fuentes de información son los exámenes de salud periódicos a los trabajadores, completado con los datos de bajas laborales y las asistencias a consulta médica o enfermería en el centro de trabajo o a los servicios asistenciales del servicio público de salud. La mala percepción de salud durante la vigilancia de la salud, la asistencia a consultas médicas sin diagnóstico o las bajas reiteradas sin diagnosticar son el mejor indicador indirecto de riesgo psicosocial.

En necesario poder analizar estos datos para ver diferencias dentro de una empresa, tipo de empresa, actividades o colectivos concretos (contrato temporal, grupos de edad, sexo, etc...) y así se podrán evaluar entre otros los siguientes indicadores:

- Percepción de salud negativa por el trabajador. Durante la vigilancia de la salud del trabajador se debería introducir la pregunta de percepción del estado de salud (¿Cómo considera su estado de salud actual?: muy malo, malo, regular, bueno o muy bueno). Los que contestan malo o muy malo, y más aún si lo relaciona con el trabajo, habría que estudiar la presencia de algún factor psicosocial percibido como negativo. Aparte del indicador individual de riesgo psicosocial se podría analizar de forma colectiva y servir como Indicador Colectivo de posible riesgo psicosocial de empresas o colectivos de trabajadores por actividad.
- Asistencia reiterada de un trabajador a su médico de Atención Primaria y/o asistencia a su Centro de Salud. Se puede utilizar como Indicador Colectivo de riesgo psicosocial el número de consultas médicas o ausencia al trabajo por asistencia al médico de la Seguridad Social o visita al médico en la empresa que no han seguido una baja laboral. Si se analizan por colectivos o tipo de empresa pueden indicar "percepción de enfermedad sin causa biológica objetivable".
- Bajas repetidas sin diagnóstico y sin enfermedad de base. Analizarlo por empresas o tipo de actividad.

- Investigar si en determinadas secciones/unidades, existe un agrupamiento de bajas laborales, en trabajadores sin patologías diagnosticadas.
- En el reconocimiento médico, preguntar al trabajador si cree que hay más problemas de salud en su unidad/sección que en otras de la misma empresa o en empresas cercanas o del sector. Analizarlo por secciones dentro de la empresa o por tipo de empresa.
- Que el trabajador lo relacione con el trabajo, especialmente, si no hay ningún agente físico, químico o biológico que pueda justificarlo. Ver modificación temporal o por tipo de empresa.
- El incremento o reiteración de síntomas (dolores de espalda, mala digestión, dolores de cabeza, nerviosismo, alteraciones del carácter, insomnio, pérdida de memoria, etc.), en un mismo trabajador o equipo de trabajo/departamento/ centro, debe ser una señal de alarma. Especialmente, si no hay ningún agente físico, químico o biológico que pueda justificarlo.

Finalmente, señalar la importancia del conocimiento de las causas de las ausencias al trabajo por motivos de salud, por lo que abogamos para la **historia clínica única**, compartida tanto por el personal autorizado de los servicios públicos de salud como por parte de los profesionales sanitarios que han de velar por la salud de las personas trabajadoras.

6.4. Bibliografía

1. Urbaneja-Arrúe F, Lijón-Bilbao A, Cabrerizo-Benito JI, Idiazabal-Garmendia J, Zubía-Ortiz de Guinéa AR, Padilla-Magunacelaya A. *Vigilancia epidemiológica en el trabajo: Guía para la implantación de la vigilancia colectiva por parte de los servicios de prevención*. Barakaldo: OSALAN, 2015 [citado 05 Jun 2023].

2. Gloria H, Villalobos F. *Vigilancia epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa*. *Ciencia & Trabajo* 2004, 6(14):197-201.

3. Gobierno de España. Seguridad Social. PANOTRATSS. Sistema de registro de Patologías No Traumáticas causadas por el Trabajo. [citado 05 Jun 2023].

4. Real Decreto 475/2007, de 13 de abril, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE-2009). BOE núm. 102, de 28 de abril de 2007.

5. Real Decreto 1591/2010, que aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. BOE núm. 306 de 17 de diciembre de 2010.

Consulta toda
la bibliografía
incluida en
este capítulo
accediendo con
este **código QR**





Revisión

Se efectuará una revisión de esta guía a los 5 años, siempre y cuando no aparezcan con antelación evidencias científicas o cambios normativos que aconsejen una revisión precedente.

Asimismo, se revisarán los puntos de corte actualmente propuestos en cada uno de los niveles de intervención e instrumentos que se incluyen en cada uno de ellos, en el caso de que el contexto en el que se han basado se modifique sustancialmente, la evidencia científica o la normativa de prevención de riesgos laborales así lo haga necesario en su caso.

Anexos


Anexo I: Escala Psicomet niveles 1 y 2

Anexo II: Modelo de derivación por enfermedad común

Anexo III: Modelo de derivación por sospecha de contingencia laboral

Anexo I: Escala Psicomet niveles 1 y 2

Batería de preguntas Protocolo PSICOVS2023, Psicomet Affor Health, 2023



Batería de preguntas Protocolo PSICOVS2022, Psicomet Affor Health, 2022)

Nivel de valoración 1 (screening)

Escala 10 QFRP

A continuación, encontrará sentimientos y pensamientos que las personas tenemos con mayor o menos frecuencia. Indique, por favor, si relacionados con su trabajo, los ha experimentado en los últimos seis meses, según la puntuación de la tabla que se encuentra a la derecha.

		A-Casi nunca o nunca	B-Pocas veces	C-Algunas veces	D-Muchas veces	E-Casi siempre
P1	Sientes que tus tareas laborales requieren excesivo esfuerzo físico y/o mental					
P2	Consideras tu trabajo monótono, o rutinario, o poco motivador					
P3	Existe mal ambiente en tu área de trabajo					
P4	Se has sentido humillado, vejado o despreciado en tu trabajo					

(Dividir los bloques de preguntas directas e indirectas)

A continuación, encontrará sentimientos y pensamientos que las personas tenemos con mayor o menos frecuencia. Indique, por favor, si relacionados con su trabajo, los ha experimentado en los últimos seis meses, según la puntuación de la tabla que se encuentra a la derecha.

		A-Casi nunca o nunca	B-Pocas veces	C-Algunas veces	D-Muchas veces	E-Casi siempre
P5	Piensas que puedes aplicar tus capacidades en tu empresa					
P6	Se tiene en cuenta tu opinión sobre la forma de realizar el trabajo					
P7	Tienes posibilidades de promoción en su trabajo					
P8	Se te informa sobre los objetivos y la marcha de su departamento					
P9	Los horarios de tu actividad laboral te permiten mantener una vida personal acorde a tus deseos e intereses					
P10	Considerando todos los aspectos de tu puesto de trabajo, en general, ¿te sientes satisfecho?					

Criterio de corte: ≥15 puntos y/o una pregunta puntuada como 4, y/o 2 preguntas puntuadas como 3

Descarga el protocolo y criterios de valoración con este código QR



Anexo II: Modelo de derivación por enfermedad común

Modelo de informe Derivación al Servicio Público de Salud o Servicio Especializado concertado.

Caso posible/probable/ confirmado/ de psicopatología no relacionada con el trabajo (contingencia común)

(Logo del servicio de prevención)

D./D^a....., núm. Colegiado.....,
con DNI....., Especialista Medicina del Trabajo, Servicio de Prevención
....., le comunico que D./D^a.....,
con DNI:....., Núm. SIP:..... Residente en:
....., teléfono:....., Puesto de trabajo:
..... Nombre empresa

Tras evaluación y valorar los factores psicosociales de su puesto de trabajo, los antecedentes y exploración psicofísica realizada, cumple los criterios para ser considerado/a:

caso posible

caso probable

caso confirmado

Por lo que, se remite a ese centro de salud para valoración y confirmación de sospecha diagnóstica, y/o posible derivación para atención especializada o iniciar tratamiento si se considera oportuno.

Lugar y fecha,

Fdo.

Descarga
el modelo
con este
código QR



Anexo III: Modelo de derivación por sospecha de contingencia laboral

Modelo de informe Derivación a la Mutua Colaboradora de la Seguridad Social/INSS.

Caso posible/probable/ confirmado/ de psicopatología relacionada con el trabajo (contingencia laboral)

(Logo del servicio de prevención)

D./D^a....., núm. Colegiado.....,
con DNI....., Especialista Medicina del Trabajo, Servicio de Prevención
....., le comunico que D./D^a
con DNI:....., Núm. SIP:..... Residente en:
....., teléfono:....., Puesto de trabajo:
..... Nombre empresa

Tras evaluación y valorar los factores psicosociales de su puesto de trabajo, los antecedentes y exploración psicofísica realizada, cumple los criterios para ser considerado/a:

caso posible

caso probable

caso confirmado

Por lo que, se remite a su Entidad a los efectos de valoración por los servicios médicos y/o de atención especializada para estudio y notificación en el registro PANOTRATSS o iniciar tratamiento si se considera oportuno.

Lugar y fecha,

Fdo.



AfforHealth

