

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

*La importancia de los riesgos psicosociales en la
vigilancia de la salud: determinación de la necesidad de
incluirlos en el cuadro de enfermedades profesionales*

Director:

Dr. D. Jerónimo Maqueda Blasco

Alumna:

Carmen Saavedra Menchón

Curso académico 2020-2021

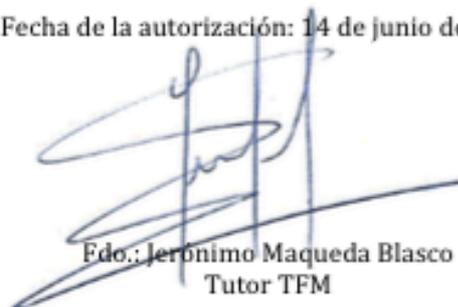


INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D/D^a Jerónimo Maqueda Blasco, Tutor del Trabajo Fin de Máster, titulado *La importancia de los riesgos psicosociales en la vigilancia de la salud: determinación de la necesidad de incluirlos en el cuadro de enfermedades profesionales* realizado por la estudiante D^a. Carmen Saavedra Menchón.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 14 de junio de 2021



Edo.: Jerónimo Maqueda Blasco
Tutor TFM

Resumen

Introducción: el Real Decreto 1299/2006 establece el cuadro de enfermedades profesionales, sin que se encuentren incluidas las enfermedades derivadas de los factores psicosociales en el trabajo. No obstante, los riesgos psicosociales podrían tener un efecto perjudicial sobre la salud física, psicológica y social de los trabajadores. **Objetivos:** determinar la importancia de los riesgos psicosociales en la vigilancia de la salud y de su necesidad de incluirlos en el cuadro de enfermedades profesionales, describiendo el impacto sobre la salud física, la salud mental y el bienestar emocional y social de los trabajadores. **Metodología:** se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura mediante una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas (PubMed, ProQuest Central, Academic Search Premier y Web of Science) en el período 2011-2021. Los estudios seleccionados se han analizado en su nivel de evidencia mediante la escala SIGN y en su calidad mediante la escala STROBE. **Resultados:** tras la búsqueda bibliográfica se han encontrado 1748 estudios, de los que 15 se han seleccionado, todos ellos estudios descriptivos transversales (nivel de evidencia 2+), con adecuada calidad según la escala STROBE. Los hallazgos indican que los factores psicosociales en el trabajo, como el desequilibrio esfuerzo-recompensa, el estrés, las demandas cuantitativas, emocionales y cognitivas, la violencia en el trabajo y otros tienen efectos perjudiciales sobre la salud física, con problemas músculo-esqueléticos, deterioro del metabolismo de los lípidos y glucosa, así como con problemas de salud mental, como depresión y ansiedad. La salud emocional y social también puede verse afectada negativamente por estos factores. **Conclusiones:** estos hallazgos indican que los factores psicosociales en el trabajo se asocian con enfermedades que pueden deteriorar gravemente el bienestar de los trabajadores, por lo que es necesario prestar atención a dichos riesgos en la labor preventiva así como proponer su inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales.

Palabras clave: factores de riesgo psicosocial, estrés, salud física, salud psicológica, salud social, prevención de riesgos.

ABSTRACT

Introduction: Royal Decree 1299/2006 establishes the list of occupational diseases, without including diseases derived from psychosocial factors at work. However, psychosocial risks could have a detrimental effect on the physical, psychological and social health of workers.

Objectives: to determine the importance of psychosocial risks in health surveillance and the need to include them in the list of occupational diseases, describing the impact on workers' physical health, mental health and emotional and social well-being. **Methodology:** a systematic review of the literature was carried out by means of a literature search in electronic databases (PubMed, ProQuest Central, Academic Search Premier and Web of Science) in the period 2011-2021. The selected studies were analysed for their level of evidence using the SIGN scale and for their quality using the STROBE scale. **Results:** after the literature search, 1748 studies were found, of which 15 were selected, all of them cross-sectional descriptive studies (level of evidence 2+), with adequate quality according to the STROBE scale. The findings indicate that psychosocial factors at work, such as effort-reward imbalance, stress, quantitative, emotional and cognitive demands, violence at work and others have detrimental effects on physical health, with musculoskeletal problems, impaired lipid and glucose metabolism, as well as mental health problems, such as depression and anxiety. Emotional and social health can also be negatively affected by these factors.

Conclusions: These findings indicate that psychosocial factors at work are associated with diseases that can seriously impair the well-being of workers, so it is necessary to pay attention to these risks in preventive work and to propose their inclusion in the list of occupational diseases.

Keywords: Psychosocial Risk Factors, Stress, Physical Health, Psychological Health, Social Health, Risk Prevention.

Índice

1.	Introducción	7
1.1	Enfermedades profesionales: definición y clasificación.....	7
1.2	Los riesgos psicosociales en el trabajo	10
1.3	Normativa sobre prevención de riesgos psicosociales.....	13
1.4	Epidemiología de los riesgos psicosociales en el trabajo.....	14
1.5	Factores organizacionales de los riesgos psicosociales	16
1.6	La prevención de los riesgos psicosociales.....	18
2.	Justificación	23
3.	Objetivos	25
3.1	Objetivo general.....	25
3.2	Objetivos específicos.....	25
4.	Material y métodos.....	26
4.1.	Diseño de investigación.....	26
4.2.	Estrategia de búsqueda.....	27
4.3.	Criterios de inclusión	28
4.4.	Procesamiento de la información	29
5.	Resultados y discusión	30
5.1	Resultados de la búsqueda	30
5.2	Características de los estudios.....	31
5.3	Hallazgos principales.....	32
5.4	Limitaciones del estudio	33
5.5	Aplicación práctica.....	34
5.6	Líneas de investigación futura.....	34
6.	Conclusiones	43

6.1	Implicaciones para la prevención	44
7.	Bibliografía	46



1. Introducción

1.1 Enfermedades profesionales: definición y clasificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) una "enfermedad profesional" es cualquier enfermedad contraída principalmente como resultado de una exposición a factores de riesgo derivados de la actividad laboral. "Las enfermedades relacionadas con el trabajo" tienen múltiples causas, en las que los factores del entorno laboral pueden desempeñar un papel, junto con otros factores de riesgo, en el desarrollo de dichas enfermedades (World Health Organization, 2021).

Según la Lista de Enfermedades Profesionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Organización Internacional del Trabajo, 2010), los criterios para establecer una enfermedad profesional:

- Que exista una relación causal entre la enfermedad y un agente, una exposición o un proceso de trabajo específicos.
- Que la enfermedad ocurra en relación con el ambiente de trabajo y/o en ocupaciones específicas.
- Que la enfermedad tenga lugar entre grupos de trabajadores afectados con una frecuencia que excede la incidencia media en el resto de la población.
- Y que haya evidencia científica de un patrón bien definido de la enfermedad tras la exposición y verosimilitud de la causa.

De acuerdo con el artículo 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, la enfermedad profesional se define como "la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional".

La Comisión de la Unión Europea, en su Recomendación de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales, establece en su artículo 1 que se introduzca en las legislaciones la lista europea de enfermedades profesionales, en la que se basa el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que

se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

El Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre especifica 6 grupos de enfermedades profesionales:

- Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.
- Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos.

Aunque la estimación de la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el trabajo en un solo país puede ser posible, los intentos de hacerlo a nivel global se han enfrentado a enormes desafíos de disponibilidad, calidad y cotejo de datos. No menos importante es la cuestión de qué es exactamente lo que constituye un riesgo laboral y cuáles de éstas y sus enfermedades asociadas es factible incluir. Por tanto, las estimaciones de la carga mundial de las enfermedades profesionales varían, aunque la conclusión general es que el problema es importante y que probablemente la mayoría de las estimaciones son infravaloradas (World Health Organization, 2021).

Tanto la Organización Internacional del Trabajo como la Organización Mundial de la Salud han sido actores clave en el esfuerzo por enumerar este problema; ambas organizaciones actualizan sus estimaciones a intervalos regulares. Llegan a estimaciones similares del 5-7% de las muertes mundiales atribuibles a las enfermedades relacionadas con el trabajo y a las lesiones profesionales (ILO, 2006; Murray y Lopez, 1996). Takala et al.. (2012) ofrecen una visión general de los datos sobre la mortalidad y la morbilidad en el trabajo, la bibliografía disponible públicamente y los informes sobre la carga de morbilidad en el trabajo. Calculan que en todo el mundo se producen cada año 2,3 millones de muertes relacionadas con el trabajo, la mayoría de las cuales, 2,0 millones, se deben a enfermedades profesionales. En general, el cáncer constituye el mayor componente (32%), seguido de las enfermedades circulatorias relacionadas con el trabajo (23%), las enfermedades transmisibles (17%) y los accidentes laborales (18%), siendo estos dos últimos mucho más frecuentes en los países en desarrollo y de rápida industrialización.

En el caso del cáncer, esto se traduce en 660.000 muertes, siendo el amianto la exposición que contribuye en mayor proporción (Takala, 2015). Otra publicación de la Organización Internacional del Trabajo ofrece información sobre los accidentes laborales no mortales y los cánceres laborales mortales. Se calcula que en 2010 se produjeron más de 313 millones de accidentes laborales no mortales (con al. menos 4 días de baja) y más de 666.000 cánceres mortales relacionados con el trabajo (Nenonen et al., 2014).

La OMS ha llevado a cabo Evaluaciones Comparativas de Riesgos para estimar la carga de la enfermedad como parte del proyecto Carga Mundial de la Enfermedad; esto proporciona datos descriptivos completos, incluidas las tendencias, de la mortalidad y la morbilidad de las principales enfermedades, lesiones y factores de riesgo. Se han publicado varias estimaciones desde 1990 (Murray y López, 1997) y 2010 (Lim et al., 2012), y el estudio Global Burden Disease (GBD) de 2010 se actualizó en 2015 (GBD 2015 Risk Factors Collaborators, 2016). Para intentar garantizar la coherencia en todo el mundo, el proyecto GBD tiene unos requisitos de datos muy estrictos, lo que ha limitado los factores de riesgo evaluados y, en particular, la ocupación, que se ha incluido desde el año 2000. Las primeras estimaciones ocupacionales incluían únicamente el cáncer de pulmón (8 carcinógenos pulmonares), el mesotelioma y la leucemia (3 leucemógenos) y estimaban que, a nivel mundial, se producían 152.000 muertes anuales por cánceres ocupacionales (cáncer de pulmón 102.000, leucemia 7.000, mesotelioma 43.000) y casi 1,6 millones de AVAD originados principalmente por el cáncer de pulmón y el mesotelioma (Driscoll et al., 2005). La actualización más reciente (2015) incorporó y amplió los métodos utilizados por el estudio británico sobre la carga del cáncer profesional e incluyó 14 carcinógenos (grupo 1 de la IARC) (en comparación con los 30 carcinógenos del grupo 1 y los 10 carcinógenos del grupo 2A del estudio británico) relacionados con siete tipos de cáncer: de riñón (tricloroetileno), de pulmón (arsénico, amianto, berilio, cadmio, cromo VI, gases de escape de motores diésel, humo de segunda mano (del tabaquismo) (SHS), níquel, hidrocarburos aromáticos policíclicos (PAH), sílice), laringe (amianto, nieblas de ácidos inorgánicos fuertes), leucemia (benceno, formaldehído), mesotelioma (amianto), nasofaringe (formaldehído) y ovario (amianto). Además, se estimó la carga ocupacional para los asmagénicos, las partículas, los gases y los humos (PMGF), el ruido, los factores de riesgo ergonómicos para la lumbalgia y los factores de riesgo para las lesiones laborales (GBD 2015 Risk Factors Collaborators, 2016). Se calcula que se producen 1.086.000 muertes en todo el mundo debido a los riesgos laborales. Entre ellas se incluyen 489.000 muertes por cáncer relacionado con el trabajo, siendo las causas más importantes el amianto (180.000), los gases de escape de los motores diésel (120.000), el sílice (86.000) y el SHS en el

trabajo (96.000); el SHS se ha prohibido en gran medida en el lugar de trabajo en muchos países desarrollados, pero sigue siendo un problema importante en los países en desarrollo y de rápida industrialización. Se calcula que la exposición laboral a los asmagénicos es la causa de 42.000 muertes, mientras que el PMGF es la causa de 357.000 (principalmente EPOC) y las lesiones en el lugar de trabajo son la causa de 204.000 muertes.

Sin embargo, en todos estos conjuntos de datos se observa la ausencia de datos correspondientes a los efectos de los riesgos psicosociales sobre la salud de los trabajadores.

1.2 Los riesgos psicosociales en el trabajo

La Organización Internacional del Trabajo (ILO, 1986) define los riesgos psicosociales en términos de las interacciones entre el contenido del trabajo, la organización y gestión del mismo y otras condiciones ambientales y organizativas, por un lado, y las competencias y necesidades de los empleados, por otro. Como tales, se refieren a aquellas interacciones que resultan tener una influencia peligrosa sobre la salud de los empleados a través de sus percepciones y experiencias (ILO, 1986). Una definición más sencilla de los riesgos psicosociales podría ser la de aquellos aspectos del diseño y la gestión del trabajo, y sus contextos sociales y organizativos, que tienen el potencial de causar daños psicológicos o físicos (Cox y Griffiths, 2005). Existe un consenso razonable en la bibliografía sobre la naturaleza de los riesgos psicosociales, pero hay que las nuevas formas de trabajo dan lugar a nuevos riesgos, de los que no todos están representados en las publicaciones científicas (Cox, 1993). En Europa y en otros lugares existen varios modelos para la evaluación de los riesgos asociados a los peligros psicosociales (denominados riesgos psicosociales) y sus repercusiones en la salud y la seguridad de los trabajadores y en la salubridad de organizaciones (en términos, entre otros, de productividad, calidad de los productos y servicios y el clima general de la organización).

Los riesgos psicosociales van de la mano de la experiencia del estrés laboral. El estrés relacionado con el trabajo es la respuesta que pueden tener las personas cuando se les presentan exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontarlas (WHO, 2003). Además, el tema del burnout también ha ganado prevalencia como resultado de la exposición a un entorno psicosocial deficiente y la consiguiente experiencia de estrés laboral. El burnout ha

sido definido en la literatura como un estado de agotamiento físico, emocional y mental que resulta de la participación a largo plazo en situaciones de trabajo que son emocionalmente exigentes (Schaufeli y Greenglass, 2001). Los riesgos psicosociales, el estrés laboral, la violencia, el acoso y la intimidación (o mobbing) son ahora los principales retos reconocidos para la salud y la seguridad en el trabajo (EU-OSHA, 2007).

La OMS (2003) ha propuesto una clasificación de los riesgos psicosociales en el trabajo:

- Contenido del trabajo: falta de variedad o ciclos de trabajo cortos, trabajo fragmentado o sin sentido, infrutilización de las habilidades, alta incertidumbre, exposición continua a las personas a través del trabajo
- Carga y ritmo de trabajo: sobrecarga o infracarga de trabajo, ritmo de trabajo de la máquina, altos niveles de presión de tiempo, continuamente sujeto a plazos
- Horario de trabajo: trabajo por turnos, turnos de noche, horarios de trabajo inflexibles, horarios imprevisibles, horarios largos o insociables
- Control: poca participación en la toma de decisiones, falta de control sobre la carga de trabajo, el ritmo, etc.
- Entorno y equipamiento: disponibilidad, idoneidad o mantenimiento inadecuados de los equipos; condiciones ambientales deficientes, como falta de espacio, mala iluminación o ruido excesivo.
- Cultura y funcionamiento de la organización: comunicación deficiente, bajo nivel de apoyo para la resolución de problemas y el desarrollo personal, falta de definición o acuerdo sobre los objetivos de la organización
- Relaciones interpersonales en el trabajo: aislamiento social o físico, malas relaciones con los superiores, conflictos interpersonales, falta de apoyo social, intimidación, acoso
- Papel en la organización: ambigüedad de roles, conflicto de roles y responsabilidad por las personas
- Desarrollo de la carrera profesional: estancamiento e incertidumbre en la carrera profesional, escasa o excesiva promoción, mala remuneración, inseguridad laboral, escaso valor social del trabajo
- Interfaz entre el hogar y el trabajo: conflicto entre las exigencias del trabajo y el hogar, poco apoyo en casa, problemas de doble carrera

Hay pruebas sólidas que indican una asociación entre las quejas de salud relacionadas con el trabajo y la exposición a riesgos psicosociales, o a una interacción entre riesgos físicos y psicosociales a una serie de resultados en materia de salud a nivel individual y organizativo (Cox, Griffiths y Rial-González, 2000). En concreto, se ha demostrado que los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo han demostrado tener un posible impacto perjudicial en la salud física, mental y social de los trabajadores (Wieclaw et al., 2008) además, un creciente número de pruebas indica un papel directo e indirecto del entorno laboral psicosocial en los índices de salud de salud organizativa (como el absentismo, las bajas por enfermedad, la productividad, la satisfacción laboral y la intención de abandonar el trabajo) (Vahtera et al., 2004; van den Berg et al., 2009).

La exposición a peligros físicos y psicosociales puede afectar a la salud psicológica y física. Las pruebas sugieren que estos efectos sobre la salud pueden estar mediados por, al menos, dos procesos: en primer lugar, una vía directa, y en segundo lugar, una vía indirecta mediada por el estrés (Cox, Griffiths y Rial-González, 2000). Estos dos mecanismos ofrecen explicaciones complementarias de la asociación entre peligro y salud y, en la mayoría de las situaciones de peligro, ambos operan e interactúan en distinta medida y de diversas maneras (Cox y Cox, 1993). Levi (1984) señaló además que son posibles tanto las interacciones aditivas como las sinérgicas. El resultado de los efectos que interactúan de forma aditiva es simplemente la suma de los efectos separados; sin embargo, el resultado de los efectos que interactúan de forma sinérgica es distinto de la suma de los efectos por separado. Puede ser mayor, cuando un conjunto de efectos facilita o potencia otro, o puede ser menor, cuando un conjunto atenúa o debilita otro (Cox, Griffiths y Rial-González, 2000).

La consideración de los peligros asociados a los problemas de salud más comunes de los trabajadores de las personas que trabajan permite comprender los patrones de exposición que proporcionan los medios para prevenir estos problemas. Está claro que las vías causales de estas dolencias son complejas y multifactoriales. Los factores que hay que tener en cuenta son la exposición ambiental y la exposición organizativa (Leka et al., 2008). La investigación sobre la relación entre el peligro y el estrés y la salud se ha centrado en los peligros físicos del trabajo y en los riesgos psicosociales (Cox, Griffiths y Rial-González, 2000; Leka et al., 2008). Los efectos psicológicos de los peligros físicos reflejan no sólo su acción directa sobre el cerebro y su carácter desagradable, sino también la conciencia, la sospecha o el temor de los trabajadores de que están expuestos a un daño. Esto último es lo que puede dar lugar a la experiencia de estrés. Por ejemplo, la exposición

a riesgos químicos puede tener un efecto psicológico en el trabajador por sus efectos directos sobre el cerebro, por lo desagradable de su olor y por el temor del trabajador a que dicha exposición pueda ser perjudicial, lo que a su vez puede tener consecuencias para la salud (Cox, Griffiths y Rial-González, 2000).

1.3 Normativa sobre prevención de riesgos psicosociales

De acuerdo con el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), la normativa nacional de riesgos psicosociales está clasificada en tres apartados. En primer lugar la normativa general, que incluyen la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. Específicamente, el artículo 4.7.d) establece que las características del trabajo incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador, son consideradas condiciones de trabajo. Además, el artículo 15.1.g indica que el empresario deberá planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.

El Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención también se incluye en esta sección general de normas aplicables a los riesgos psicosociales, específicamente los artículos 3 a 7 relativos a la evaluación de riesgos, ya que en la misma se deberán considerar todas aquellas condiciones susceptibles de provocar un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores. Además, los anexos IV a VI establecen los contenidos mínimos de los programas de formación de los técnicos de prevención, entre los que se incluyen contenidos relativos a la especialidad de ergonomía y psicología aplicada.

Dentro del ámbito de la Unión Europea, la norma de referencia mediante la cual se regula a nivel comunitario la seguridad y salud en el trabajo es la Directiva 89/391/CEE del Consejo, del 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (Directiva Marco), cuyo artículo 6 establece como uno de los principios generales de la prevención la necesidad de adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos de trabajo y los métodos de

trabajo y de producción, con miras en particular, a atenuar el trabajo monótono y el trabajo repetitivo y a reducir los efectos de los mismos en la salud.

Otra norma clave formulada a nivel europeo y en la que se regulan factores de riesgo psicosociales la constituye la Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, del 4 de noviembre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. En esta norma se regulan requisitos en cuanto a los descansos diarios, semanales y vacacionales, ritmo de trabajo, protección aplicable a trabajadores nocturnos y a régimen de turnos, trabajadores off-shore, trabajadores a bordo de buques y otros.

1.4 Epidemiología de los riesgos psicosociales en el trabajo

Los datos de la Encuesta de Población Activa muestran que más de 1 de cada 4 trabajadores declara estar expuesto a factores de riesgo que pueden afectar negativamente al bienestar mental. Entre 2007 y 2013, el porcentaje aumentó del 25% al 28%. La exposición a la presión del tiempo o a la sobrecarga de trabajo es el factor de riesgo más elegido (23,3%), seguido del acoso o la intimidación (2,6%) y la violencia o la amenaza de violencia (2,2%) (Eurostat, Labour Force Survey, 2014).

La sexta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (Eurofund, 2015) utiliza el índice de intensidad del trabajo para medir cómo afectan las exigencias del trabajo. El índice de intensidad del trabajo incluye aspectos sobre las demandas cuantitativas (trabajar rápido), la presión del tiempo (tener plazos ajustados, no tener suficiente tiempo para hacer el trabajo), las interrupciones frecuentes, los determinantes del ritmo y la interdependencia, y las demandas emocionales. En general, el índice de intensidad del trabajo se ha mantenido relativamente estable entre 2005, 2010 y 2015. Por sectores, el sector sanitario es el que presenta una mayor intensidad. Le siguen la construcción, la industria y los servicios financieros, y el comercio y la hostelería, todos ellos con niveles de intensidad laboral superiores a la media (Eurofound, 2017).

Los factores de riesgo psicosocial tienen un impacto negativo en la salud y provocan un aumento del absentismo laboral, lo que conlleva costes tanto para las empresas como para la sociedad. EU-OSHA (2014) informa de que el coste total de la mala salud mental en Europa es de 240.000 millones de euros al. año, de los cuales 136.000 millones de euros al. año son el coste de la reducción de la productividad, incluido el absentismo, y 104.000 millones de euros al. año son el coste de los gastos directos, como el tratamiento médico. La

reducción del rendimiento debida a problemas psicosociales puede costar el doble que el absentismo.

La Encuesta sobre los riesgos nuevos y emergentes en los establecimientos de toda Europa (ESENER) (EU-OSHA, 2019) incluye los factores de riesgo psicológico señalados por los centros de trabajo europeos (Tabla 1). El hecho de tener que tratar con clientes, pacientes o alumnos difíciles es lo que más se señala, seguido de la presión por el tiempo.

Tabla 1. Factores de riesgo psicosocial más comunes

Factor de riesgo psicosocial	Prevalencia
Presión por el tiempo	45%
Falta de comunicación y cooperación en la organización	18%
Miedo a perder el trabajo	13%
Lidiar con clientes, pacientes, alumnos, u otros interesados difíciles	60%
Largas e irregulares jornadas de trabajo	22%

Fuente: ESENER, 2019

En cuanto al. contexto laboral, el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) considera que el agotamiento profesional puede afectar a casi toda la población trabajadora. En concreto, estudios recientes han revelado que un porcentaje de entre el 25% y el 30% de los trabajadores sufre un alto nivel de estrés a causa de su trabajo (NIOSH, 1999). Además, estudios recientes han establecido relaciones entre el agotamiento emocional de los trabajadores y su comportamiento y rendimiento al volante. Por ejemplo, Li et al.. (2017) descubrieron que los niveles más altos de estrés en el trabajo están positiva y significativamente relacionados con la ira y agresividad durante la conducción, y que dicho estrés puede ser un predictor relevante de los comportamientos de alto riesgo al volante que pueden conducir a colisiones de tráfico; también, Montoro et al. (2018) encontraron asociaciones significativas entre el estrés laboral y el índice de multas de tráfico recibidas como consecuencia de los malos comportamientos de los conductores en la carretera.

1.5 Factores organizacionales de los riesgos psicosociales

El impacto del horario de trabajo se considera sobre todo en términos de trabajo por turnos, o de horas de trabajo largas e insociables. Caruso et al. (2004) llevaron a cabo una revisión científica de varios estudios empíricos, que mostraron una relación significativa entre los horarios de trabajo prolongados y las quejas de salud; así como las lesiones en el trabajo, y los comportamientos de salud inadaptados. Los riesgos para la salud suelen aparecer cuando la jornada laboral semanal supera las 48 horas.

Se ha demostrado que el trabajo por turnos está relacionado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares (Torquati et al., 2018), hipertensión y lípidos aterogénicos (Peter et al., 1999). Sin embargo, un estudio de Hublin et al. (2010) no encontró ninguna asociación entre el trabajo por turnos y la morbilidad cardiovascular. Una revisión de varios estudios realizada por Wang et al. (2011) encontró una relación significativa entre el trabajo por turnos y la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico y la diabetes. La relación entre el trabajo por turnos y la enfermedad cardiovascular se confirma en el estudio de Torquati et al. (2018), pero descubrieron que la asociación no es lineal y parece aparecer solo después de los primeros cinco años de exposición.

La evidencia de la relación entre el trabajo por turnos y la mala salud mental es escasa en la literatura científica. Bara y Arber (2009) encontraron riesgos elevados de ansiedad y depresión en los trabajadores por turnos, pero el riesgo de padecer enfermedades mentales variaba según el tipo de trabajo por turnos y el sexo. Una revisión sistemática sobre el trabajo nocturno y el riesgo de depresión (Angerer et al., 2017) aportó pruebas de que el trabajo nocturno aumenta el riesgo de depresión, pero que estas pruebas no son lo suficientemente sólidas como para sostener una recomendación médica general contra el trabajo por turnos para los empleados con cuadros depresivos. Otro estudio (Torquati et al., 2019) concluyó, basándose en un metaanálisis de estudios longitudinales, que los trabajadores por turnos en general, y especialmente las mujeres, tienen un mayor riesgo de padecer una mala salud mental, especialmente síntomas depresivos.

Los factores relacionados con el entorno y los equipos de trabajo se refieren, en general, a la disponibilidad, idoneidad o mantenimiento inadecuados de los equipos; y a las malas condiciones ambientales: como, por ejemplo, la falta de espacio, la mala iluminación y el ruido excesivo. Los factores pertenecientes a esta categoría de riesgos están relacionados con el entorno físico de trabajo, pero esto no significa que el impacto de estos peligros esté relacionado con los resultados para la salud física, exclusivamente. La

exposición a un entorno y un equipo de trabajo deficientes se ha relacionado con el estrés y las alteraciones de la salud mental de los trabajadores (Wang et al., 2008). Aunque son muy pocos los estudios que aportan pruebas sobre la vía peligro-estrés-daño, existen amplias pruebas empíricas sobre la relación directa entre los factores de riesgo físicos y los resultados negativos para la salud, así como sobre las interacciones entre los factores de riesgo físicos y también psicosociales y su impacto en la salud (WHO, 2010).

Las ausencias por enfermedad y las dolencias musculoesqueléticas se han relacionado con exigencias físicas extenuantes en el trabajo: por ejemplo, flexión o torsión extremas del cuello o la espalda, trabajar principalmente de pie o en cuclillas, levantar o transportar cargas, y empujar o tirar de ellas (Lund et al., 2006). Algunos aspectos de la distribución del lugar de trabajo (como la distancia entre los puestos de trabajo, la distribución de las oficinas abiertas frente a las celulares o el uso compartido de los escritorios) han demostrado estar relacionados con la salud y el rendimiento de los trabajadores de forma negativa, pero también positiva (Leka y Jain, 2010). El ruido es otro factor del entorno laboral que ha recibido una atención continua. Aparte de los daños en el oído medio e interno, se ha demostrado que el ruido excesivo y crónico complica la comunicación y está relacionado con el estrés, la ansiedad, la irritabilidad, la tensión, la fatiga, el deterioro del rendimiento y el aumento de las bajas por enfermedad, especialmente en los hombres.

Los principales factores que se han examinado en relación con el rol laboral son la "ambigüedad del rol", la "claridad del rol" y el "conflicto del rol". Además, los aspectos que pueden afectar a la salud de los individuos son: la sobrecarga de rol, la insuficiencia de rol y la responsabilidad por otras personas. En un estudio realizado por Väänänen et al. (2004) se observó que cuando la claridad del rol era baja, el riesgo de comportamiento de ausencia era tres veces mayor. En un estudio realizado por Borritz et al. (2005), se observó que la baja claridad de los roles y los altos conflictos de rol predecían el agotamiento en un seguimiento de 3 años. Lang et al. (2007) descubrieron que en un estudio que cuando había altas exigencias con alta claridad de rol los participantes informaban de menos tensión física y psicológica.

La cultura organizativa y, en particular, los estilos de gestión pueden ser fuentes de estrés en el lugar de trabajo. El liderazgo y la gestión deficientes, por ejemplo, en el lugar de trabajo se han relacionado con numerosas consecuencias negativas para los empleados (Mullen y Kelloway, 2011). Una revisión de la evidencia encontró una relación moderadamente fuerte entre las dimensiones del liderazgo y el aumento del bienestar de los

empleados (es decir, menor ansiedad, depresión y estrés laboral), la disminución de las bajas por enfermedad y la reducción de la pensión por incapacidad (Kuoppala et al., 2008). Además, numerosos estudios han descubierto que un liderazgo fuerte y eficaz tiene un impacto positivo en la salud y el bienestar de los empleados (Mullen y Kelloway, 2011). Por ejemplo, en un estudio realizado por Nyberg et al. (2005) se observó una relación entre el liderazgo transformacional y el orientado a las relaciones y una buena salud mental y bienestar. Estos estilos de liderazgo incluyen comportamientos como, por ejemplo, mostrar consideración a los subordinados, proporcionar objetivos con los que los trabajadores puedan identificarse, proporcionar estructura cuando sea necesario y dejar el control del trabajo a los subordinados en la medida de lo posible. Un estudio de meta-análisis realizado por Montano et al. (2016) sobre las asociaciones entre el liderazgo, la salud mental de los seguidores y el rendimiento laboral llegó a conclusiones similares. Los resultados de su estudio muestran que una alta calidad de la interacción líder-seguidor se asocia positivamente con la salud mental. En particular, el tamaño y la estructura de la organización (tener una estructura plana con relativamente pocos niveles), los procedimientos engorrosos y arbitrarios, y las cuestiones relacionadas con los roles se han relacionado con la mala salud de los trabajadores.

1.6 La prevención de los riesgos psicosociales

Para gestionar los riesgos psicosociales y prevenir el estrés laboral, las organizaciones deben adoptar una estrategia global a largo plazo. Esta estrategia debe tener en cuenta las políticas, la estructura, los recursos, los sistemas y operaciones existentes y las prácticas de la organización. Al desarrollar políticas adecuadas para gestionar los riesgos psicosociales, las organizaciones deben considerar si existe un ajuste sinérgico entre las diferentes políticas de la organización y si se adhieren a la legislación y las normas existentes. Por ejemplo, las organizaciones deben considerar cómo encajan las políticas de salud y seguridad, de recursos humanos y de responsabilidad social corporativa (RSC) para lograr objetivos comunes y promover el aprendizaje y el desarrollo de la organización (British Standards Institution, 2011).

De acuerdo con la OMS (WHO, 2008) existen unos principios clave en la gestión del riesgo psicosocial:

- Una buena gestión de los riesgos psicosociales es un buen negocio: las buenas prácticas en relación con la gestión de los riesgos psicosociales reflejan esencialmente las buenas prácticas en la gestión organizativa, el aprendizaje y el desarrollo, la responsabilidad social y la promoción de la calidad de la vida laboral y el buen trabajo
- Compromiso de los trabajadores y de la dirección: es muy importante que los directivos y los trabajadores hagan suyo el proceso de gestión de los riesgos psicosociales. Para que la gestión de los riesgos psicosociales tenga éxito, la alta dirección debe demostrar su liderazgo y compromiso.
- Enfoque participativo: el proceso de gestión de los riesgos psicosociales reconoce la validez de los conocimientos que tienen los trabajadores en relación con sus puestos de trabajo y trata de implicar a los empleados en la prevención de los riesgos psicosociales y no exigirles que cambien sus percepciones y comportamientos.
- Práctica informada por la evidencia: la gestión de los riesgos psicosociales es una estrategia sistemática, informada por la evidencia y práctica para la resolución de problemas. La evaluación de riesgos proporciona información sobre la naturaleza y el tamaño de los posibles problemas y sus efectos, así como el número de personas expuestas. Estos datos deben utilizarse para elaborar un plan de acción que priorice las medidas para abordar los problemas en su origen.
- Identificación de los factores clave Para que la gestión de los riesgos psicosociales sea eficaz, es importante comprender los factores causales subyacentes más importantes antes de seleccionar las soluciones. En consecuencia, no suele haber soluciones rápidas al alcance de la mano, sino que se requiere un proceso de gestión continua.
- Pertinencia del contexto Como los contextos de trabajo difieren, es necesario optimizar el diseño de las actividades de gestión de riesgos, para orientar el proceso y maximizar la validez y el beneficio del resultado. La adaptación mejora el enfoque, la fiabilidad y la validez del proceso de gestión de riesgos, así como la utilización de los resultados de la evaluación de riesgos y la viabilidad de los mismos, y ayuda a elaborar planes de acción eficaces
- Soluciones adecuadas a la finalidad: la gestión de los riesgos psicosociales es un proceso orientado a la acción. Es importante hacer que los problemas

en el lugar de trabajo sean el punto de partida para la acción, y desarrollar conocimientos y soluciones que sean "aptos para el propósito".

- **Ética:** la gestión de los riesgos psicosociales tiene que ver con las personas, su estado de salud y los intereses empresariales y sociales. Proteger la salud y la seguridad de las personas no es sólo una obligación legal, sino también una responsabilidad ética.
- **Relevancia para las agendas políticas de las organizaciones:** la gestión de los riesgos psicosociales es fundamental para la política y la práctica de la salud y la seguridad en el trabajo. La gestión de los riesgos psicosociales puede contribuir a la creación de entornos de trabajo positivos en los que el compromiso, la motivación, el aprendizaje y el desarrollo desempeñen un papel importante y sostengan el desarrollo organizativo.
- **Consideración de las capacidades necesarias:** la aplicación del proceso de gestión de los riesgos psicosociales requiere capacidades que comprenden: conocimientos adecuados de los agentes clave (dirección y trabajadores); información pertinente y fiable para apoyar la toma de decisiones; disponibilidad de métodos y herramientas eficaces y fáciles de utilizar; apropiación y participación de los directivos y los trabajadores o sus representantes; disponibilidad de estructuras de apoyo competentes (expertos, consultores, servicios). La competencia debe desarrollarse mediante una formación adecuada cuando se carezca de ella.

La gestión de los riesgos psicosociales implica cinco pasos principales (British Standards Institution, 2011):

1. **Identificación del peligro y evaluación del riesgo.** Para que la gestión de los riesgos psicosociales sea eficaz, es importante comprender los factores causales subyacentes más importantes y evaluar el riesgo que suponen para la salud y la seguridad de los trabajadores antes de seleccionar las soluciones. La evaluación de riesgos proporciona información sobre la naturaleza y la gravedad del problema, los peligros psicosociales y la forma en que podrían afectar a la salud y la seguridad de las personas expuestas a ellos y a la salubridad de su organización (en términos de cuestiones como el absentismo, el compromiso con la organización, la satisfacción de los trabajadores, la intención de marcharse y la productividad). Una evaluación de riesgos bien realizada no sólo identifica los retos en el entorno de trabajo,

sino también los aspectos positivos del mismo que deben promoverse y mejorarse.

2. Traducción/planificación de la acción. Una vez comprendida la naturaleza de los problemas y sus causas, debe elaborarse un plan de acción razonable y práctico para reducir el riesgo (intervenciones). Esto implica decidir: a qué se dirige; cómo; por quién (quién es responsable); quién más debe participar; cuál será el calendario; qué recursos se necesitarán; cuáles serán los beneficios (sanitarios y empresariales) esperados; cómo pueden medirse; y cómo se evaluarán el plan de acción y sus efectos. Es preferible que las acciones/intervenciones elegidas sean "adecuadas para el propósito" y den prioridad a la modificación de los factores de riesgo psicosocial en su origen, centrándose en la organización o en los grupos que la componen.
3. Reducción del riesgo (intervenciones/control). Las intervenciones para gestionar los riesgos psicosociales se dividen en tres grandes categorías: primarias (dirigidas a los riesgos en su origen a nivel de la organización), secundarias (destinadas a desarrollar los conocimientos y las capacidades individuales) y terciarias (destinadas a reducir los efectos negativos de los riesgos psicosociales mediante programas de retorno al trabajo y de rehabilitación). La aplicación eficaz de las intervenciones de gestión de los riesgos psicosociales depende de la disposición de una organización para el cambio, de la naturaleza del plan de intervención (en términos de su realismo, practicidad y amplitud para abordar eficazmente las áreas problemáticas clave), y de la adecuación entre el plan de intervención y las actividades empresariales cotidianas para evitar que la intervención sea perturbadora y promover la mejora continua del entorno de trabajo.
4. Evaluación y revisión. Es esencial que todo plan de acción sea evaluado para determinar si ha funcionado bien y en qué aspectos. Tanto el proceso de aplicación como los resultados del plan de acción deben ser evaluados y revisados. La evaluación debe tener en cuenta diversos tipos de información y extraerla de una serie de perspectivas relevantes (por ejemplo, el personal, la dirección, las partes interesadas). Los resultados de la evaluación deben permitir valorar los puntos fuertes y débiles tanto del plan de acción como del proceso de aplicación. Esta información debe servir para reevaluar el problema original y el proceso general de gestión de riesgos, así como para proporcionar información sobre los resultados.

5. Aprendizaje y desarrollo de la organización. La organización debe utilizar la evaluación para la mejora continua y también como base para compartir (discutir y comunicar) los puntos de aprendizaje que pueden ser de utilidad en la futura gestión de riesgos. La evaluación también puede servir de base para el (re)diseño de la organización y los lugares de trabajo como parte del proceso normal de desarrollo organizativo. Una orientación a largo plazo es esencial y debe ser adoptada por las organizaciones. La gestión de los riesgos psicosociales puede contribuir a la creación de entornos de trabajo positivos en los que el compromiso, la motivación, el aprendizaje y el desarrollo desempeñen un papel importante y sostengan el desarrollo organizativo.



2. Justificación

Los factores psicológicos y sociales pueden influir positiva o negativamente en el trabajo que realiza cualquier empleado. La satisfacción en el trabajo depende de las expectativas del empleado y de las posibilidades del entorno laboral para satisfacerlas. Estas expectativas pueden estar relacionadas con el salario, las oportunidades de desarrollo profesional, la gestión, las relaciones de colaboración con los demás y con el grado de libertad del empleado para influir en la organización del trabajo (Stansfeld y Candy 2006). Los factores que influyen positivamente son: las oportunidades del empleado para influir en el proceso de trabajo, las oportunidades de desarrollo profesional, la sensación de seguridad relacionada con el mantenimiento del puesto de trabajo y la seguridad en el trabajo en general, así como las buenas relaciones con los compañeros y con la dirección de la empresa.

Ejemplos de factores que influyen negativamente en el empleado son: el miedo y las amenazas respecto a un posible despido, los recortes salariales, un margen de maniobra muy limitado, menos oportunidades para que los empleados influyan en su propio entorno de trabajo, malas relaciones con los compañeros y con la dirección de la empresa, un contenido laboral menos estimulante o aburrido y un apoyo social insuficiente. Estos factores negativos provocan malestar y pueden causar enfermedades profesionales. Las investigaciones nacionales e internacionales han demostrado una fuerte conexión entre los factores ambientales en el trabajo y los problemas mentales/reacciones psicósomáticas de los empleados (Chirico et al., 2019).

La preocupación por estar expuesto a la violencia o a las amenazas en el lugar de trabajo suele ser una carga para la psique de los empleados, especialmente para los que realizan un trabajo solitario. Normalmente, una persona expuesta a la violencia tiene varios tipos de reacciones psiquiátricas y psicósomáticas que, en el peor de los casos, pueden causar problemas psicológicos permanentes, y el llamado trastorno de estrés postraumático (TEPT). El trabajo monótono y repetitivo, que no implica la capacidad de pensar del ser humano, sino sólo las funciones motoras, puede tener diferentes efectos a largo plazo. Algunos ejemplos de estas reacciones psicológicas son: baja autoestima, pasividad, indiferencia y falta de interés por las tareas profesionales (Godin et al., 2005). Una gran cantidad de trabajo o el trabajo a contrarreloj pueden provocar reacciones negativas de estrés que, a largo plazo, pueden causar enfermedades mentales. También pueden disminuir la atención del trabajador y, por tanto, provocar el riesgo de lesiones. Entre otras

cosas, las investigaciones epidemiológicas han demostrado que aumenta el riesgo de agotamiento mental, ansiedad, depresión y enfermedades psicosomáticas. Muchos tipos de trabajo requieren el compromiso en las relaciones con otras personas, así como una gran responsabilidad personal en campos como: los servicios sociales, los servicios sanitarios y la atención médica, la educación y la gestión. Este tipo de trabajo puede hacer que el empleado se sienta incapaz de hacer frente a las tareas laborales y también puede provocar agotamiento y síntomas psicosomáticos (Biron y Saksvik, 2009). Las relaciones conflictivas con los compañeros y con la dirección de la empresa, la marginación y el acoso sexual resultaron ser factores centrales que conducen a las enfermedades profesionales del sistema nervioso. Las investigaciones han demostrado que los malentendidos en cuanto a la distribución de las tareas y responsabilidades laborales pueden conducir a la falta de confianza en uno mismo, a la depresión y a reacciones psicosomáticas, así como a la aceleración de la actividad cardíaca y a la hipertensión arterial. La incertidumbre sobre el mantenimiento del puesto de trabajo, la falta de competencia y desarrollo profesional satisfactorio, así como el riesgo de ser redistribuido a otro puesto de trabajo o de ser despedido, debido a la introducción de nuevas tecnologías automatizadas, pueden afectar a la salud mental y provocar síntomas psicosomáticos.

A pesar de la abundante evidencia que relaciona los riesgos psicosociales con la mala salud de los trabajadores, el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro no ha incluido el riesgo psicosocial como un agente causante de enfermedad, no recogiendo en el cuadro de enfermedades profesionales todas aquellas que surgen como consecuencia de dichos riesgos. Por este motivo, la revisión de la evidencia sobre la influencia de los factores psicosociales en el trabajo con la salud física, mental y social de los trabajadores es una tarea necesaria.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar la importancia de los riesgos psicosociales en la vigilancia de la salud y de su necesidad de incluirlos en el cuadro de enfermedades profesionales.

3.2 Objetivos específicos

1. Describir el impacto de los riesgos psicosociales sobre la salud física de los trabajadores.
2. Evaluar el efecto sobre la salud mental de los riesgos psicosociales.
3. Determinar la influencia de los riesgos psicosociales sobre el bienestar emocional y social de los trabajadores.



4. Material y métodos

4.1. Diseño de investigación

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica mediante la metodología de revisión sistemática. Concretamente se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda bibliográfica de estudios y documentos sobre los efectos de los riesgos psicosociales en el trabajo con la salud física, mental y social de los trabajadores. Para ello se ha realizado una búsqueda de artículos publicados en revistas científicas cuyo diseño sea tanto estudios descriptivos, como ensayos clínicos, o revisiones de la literatura, en los que el objetivo fuera estudiar los factores relacionados con los riesgos psicosociales en personas trabajadoras.

La calidad de la evidencia científica se ha clasificado de acuerdo con la escala SIGN (ver Tabla 3). Se ha examinado la calidad individual de los estudios seleccionados mediante la escala STROBE. Los ítems incumplidos se han señalado en la Tabla 3.

Se ha definido el tema de búsqueda a través de la aplicación de la estrategia PICO (P: población; I: intervención/exposición; C: control/comparación; O: outcomes/resultados).

Los constructos implicados en la pregunta PICO en esta revisión son los siguientes:

- P: población de trabajadores en situación activa
- I: exposición riesgos psicosociales en el trabajo
- C: no hay
- O: problemas de salud física, mental y social de los trabajadores.

A partir de estos constructos se ha definido la siguiente pregunta de investigación:

¿En población trabajadora, la exposición a riesgos laborales como la sobrecarga de trabajo, la manipulación de cargas, las posturas forzadas, la falta de apoyo, etc. se relacionan con una aparición de trastornos de salud física, psicológica y social?

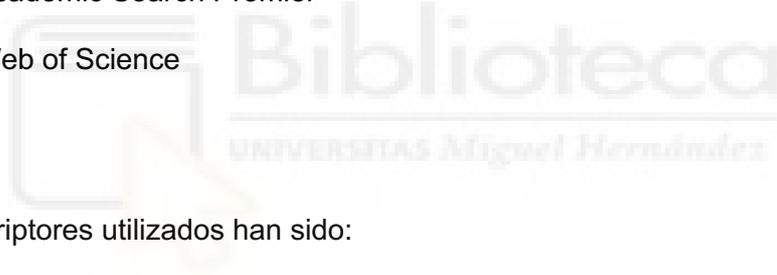
4.2. Estrategia de búsqueda

La búsqueda de artículos se ha realizado durante el mes de mayo de 2021, con los siguientes parámetros:

- Período de publicación: últimos 10 años (2011-2021).
- Textos completos.
- Artículos originales y revisiones de la literatura.

Las bases de datos en las que se ha realizado la búsqueda son las siguientes:

- a) PubMed
- b) ProQuest Central
- c) Academic Search Premier
- d) Web of Science



Los descriptores utilizados han sido:

- Riesgos laborales (Occupational hazards)
- Trabajadores (Workers)
- Trastornos mentales (Mental disease)
- Enfermedades física (Physical disease)
- Problemas sociales (Social problems)

En la siguiente tabla se indican las ecuaciones de búsqueda para cada base de datos con los operadores booleanos empleados (Tabla 2).

Tabla 2

Base de datos	Ecuación de búsqueda
PubMed	(("occupant"[All Fields] OR "occupant s"[All Fields] OR "occupants"[All Fields] OR "occupational"[All Fields] OR "occupations"[MeSH Terms] OR "occupations"[All Fields] OR "occupation"[All Fields]) AND ("hazard"[All Fields] OR "hazard s"[All Fields] OR "hazardous"[All Fields] OR "hazardously"[All Fields] OR "hazardousness"[All Fields] OR "hazards"[All Fields]) AND ("occupational groups"[MeSH Terms] OR ("occupational"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "occupational groups"[All Fields] OR "worker"[All Fields] OR "workers"[All Fields] OR "worker s"[All Fields]) AND ("mental disorders"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "mental disorders"[All Fields] OR ("mental"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "mental disease"[All Fields] OR ("physical examination"[MeSH Terms] OR ("physical"[All Fields] AND "examination"[All Fields]) OR "physical examination"[All Fields] OR "physical"[All Fields] OR "physically"[All Fields] OR "physicals"[All Fields]) AND ("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields] OR "diseases"[All Fields] OR "disease s"[All Fields] OR "diseased"[All Fields])) OR ("social problems"[MeSH Terms] OR ("social"[All Fields] AND "problems"[All Fields]) OR "social problems"[All Fields]))))
ProQuest Central	((occupational hazards) AND (workers)) AND (mental disease OR physical disease OR social problems)
Academic Search Premier	((occupational hazards) AND (workers)) AND (mental disease OR physical disease OR social problems)
Web of Science	((occupational hazards) AND (workers)) AND (mental disease OR physical disease OR social problems)

4.3. Criterios de inclusión

Criterios de inclusión:

- a) Artículos científicos: ensayos clínicos, estudios descriptivos transversales, estudios retrospectivos, estudios prospectivos, meta-análisis, revisiones de la literatura.
- b) Período 2011-2021.
- c) Contenidos en exposición a riesgos en el trabajo y consecuencias para la salud de los trabajadores.
- d) Idiomas castellano o inglés.
- e) Textos completos.

Criterios de exclusión:

- a) Artículos de opinión, guías de actuación sanitaria.
- b) Personal laboral con enfermedades crónicas no relacionadas con el trabajo.

4.4. Procesamiento de la información

Para la extracción de datos se ha realizado una lectura completa de los artículos seleccionados, registrado las características de los mismos, el número y tipo de participantes, los instrumentos de medida y los resultados principales.

Los campos de información analizados en los diferentes estudios se presentan en la tabla siguiente (Tabla 3).

Tabla 3. Campos de información analizados

Datos de publicación	Autores, año
Introducción	Objetivos
Metodología	Nº participantes, ocupación de los participantes, instrumentos de medida, resultados (nivel de estrés, malestar psicológico, burnout, salud mental, resiliencia, apoyo social, actividad física, consumo de alcohol,
Resultados	Nivel de estrés, malestar psicológico, burnout, salud mental, resiliencia, apoyo social, actividad física, consumo de alcohol, calidad de vida, hipertensión arterial, trastornos lipídicos, dolor músculo-esquelético, salud percibida, trastornos del sueño

5. Resultados y discusión

5.1 Resultados de la búsqueda

Para la recogida de la información se ha buscado a través de bases de datos informatizadas, dónde se han localizado un total de 1748. Se han eliminado 1232 estudios que eran anteriores a 2011, no estaban disponibles a texto completo o estaban publicados en otros idiomas. De los 516 artículos restantes se han descartado 479 porque eran protocolos de estudios o no incluía riesgos relacionados con el trabajo. Los 37 estudios que se han conservado han sido examinados a texto completo, eliminando 22 por no cumplir con los objetivos del estudio. Finalmente se incluyeron 15 artículos en esta revisión sistemática (ver diagrama de flujo en página siguiente, Figura 1).

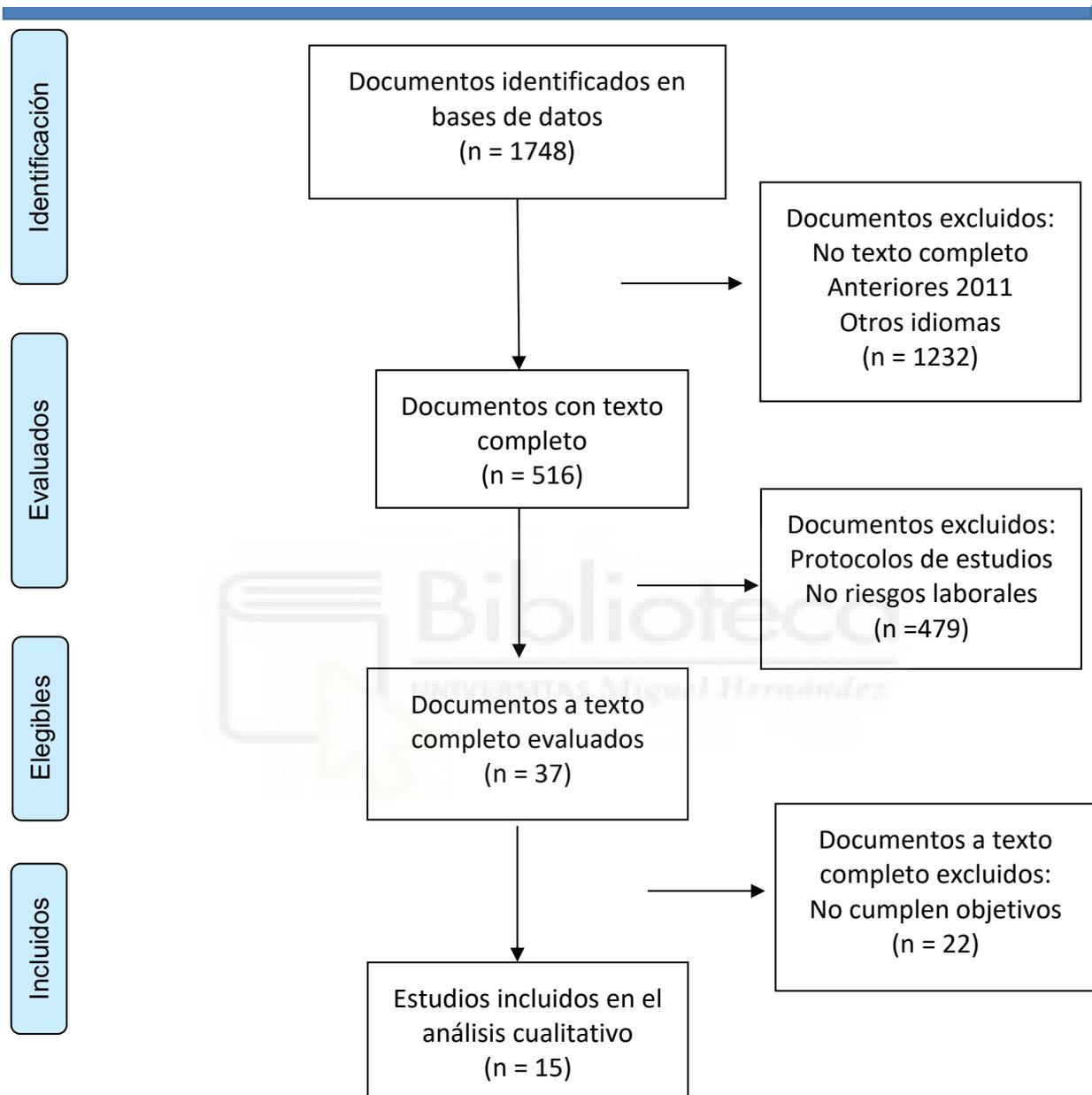
En la tabla siguiente se exponen los resultados de la búsqueda (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados de la búsqueda bibliográfica por bases de datos.

	Resultados	Seleccionados
PubMed	614	7
ProQuest Central	518	2
ASP	139	1
Web of Science	477	5
Total	1748	15

ASP: Academic Search Premier

Figura 1. Diagrama de flujo modelo PRISMA.



5.2 Características de los estudios

Los estudios que fueron utilizados en la revisión se realizaron entre el los años 2012 y 2020, son de diseño transversal. En este período no se identificaron ensayos clínicos, estudios de cohorte o estudios de casos control. En ellos se analizaron datos sobre el estrés

laboral, angustia, salud mental, depresión y factores psicosociales, de los trabajadores. Participaron en los estudios: personal sanitario, farmacéuticos, músicos, albañiles, profesores universitarios y conductores de transporte (ver Tabla 5).

5.3 Hallazgos principales

Los autores que realizaron intervenciones con el personal sanitario: Bardhan et al. (2019); Cai et al. (2020); Cheung et al. (2015); Bernburg et al. (2016); Teles et al. (2014); Vásquez-Trespacios et al. (2016); Freimann et al. (2016) y Sun et al. (2017), obtuvieron como resultados que los factores de riesgo psicosociales relacionados con el trabajo y los problemas de salud mental, como las exigencias cuantitativas(carga de trabajo), las exigencias emocionales, el ritmo de trabajo pueden contribuir a niveles altos de estrés. Por ejemplo, Bardhan et al. (2019) observaron que el exceso de compromiso está relacionado con un mayor estrés oxidativo ($U = 89$; $p = 0,03$). En el estudio desarrollado por Cai et al. (2020) se observó que las personas sin experiencia en el tratamiento de emergencias sanitarias públicas mostraban un peor rendimiento en ansiedad fóbica ($t = 2,405$; $p = 0,017$), tenacidad ($t = 5,743$; $p < 0,001$), fortaleza ($t = 6,539$; $p < 0,001$), optimismo ($t = 4,642$; $p < 0,001$) y resiliencia ($t = 5,976$; $p < 0,001$) según la prueba t de Student.

Higuchi et al. (2016) examinaron la angustia psicológica por parte de los farmacéuticos encontrando que existe una alta prevalencia de malestar psicológico y burnout/CF relacionado con el trabajo. Según este estudio, existe una asociación significativa de años de experiencia con GHQ-12 ($r = -0,223$; $p < 0,001$) y fatiga por compasión ($r = -0,116$; $p = 0,023$).

Asimismo, también se investigó el entorno laboral psicosocial y el estrés en los músicos de orquestas sinfónicas (Holst et al., 2012). Los resultados fueron que las mujeres músicas informaron de mayores exigencias laborales ($59,7 \pm 8,9$ vs $54,9 \pm 9,7$, $p < 0,001$) y mayores síntomas de estrés emocional ($35,1 \pm 16,9$ vs $26,5 \pm 15,3$, $p < 0,001$), cognitivo ($22 \pm 17,1$ vs $17 \pm 14,2$, $p < 0,01$) y somático ($27,4 \pm 14,6$ vs $18,1 \pm 13,9$, $p < 0,001$) que sus colegas varones. En el conjunto de la muestra, las demandas en el trabajo se asociaron positivamente con estrés emocional ($b = 0,49$), cognitivo ($b = 0,25$) y somático ($b = 0,45$) en los análisis de regresión.

Boschman et al. (2013) valoraron el entorno laboral psicosocial, la prevalencia de las quejas de salud mental de los albañiles en las que se encontraron relación con la alta

necesidad de recuperación después del trabajo (14%; 25%), angustia (5%, 7%), depresión (18%, 20%) y trastorno de estrés postraumático (11%, 7%).

Por otra parte, Shen et al. (2014) exploraron la asociación entre el estrés laboral y los síntomas depresivos en un grupo de profesores universitarios. Estos autores observaron que La depresión se asocia con desequilibrio esfuerzo-recompensa ($r = 0,463$; $p < 0,01$) y sobrecompromiso ($r = 0,382$; $p < 0,01$), y que el capital psicológico es un factor protector de depresión ($r = -0,461$; $p < 0,01$).

También se realizó un estudio con conductores profesionales de transporte (Đjindžić et al., 2013) para determinar la asociación del índice de estrés laboral (IET) en conductores y sus aspectos con la hipertensión arterial y los trastornos lipídicos. El estudio aporta pruebas de la asociación significativa del IET (alta exigencia, rigor, infracarga, presión de tiempo extrínseca, exposición nociva, evitación y conflicto) total y la infracarga con los trastornos lipídicos y la elevación de la presión arterial en los conductores profesionales, lo que podría constituir un posible vínculo entre el estrés laboral y la cardiopatía coronaria. Los análisis de regresión logística mostraron asociaciones de estrés laboral con hipertensión arterial (OR = 5,5; IC95%: 2,24-7,95) y dislipidemia (OR = 1,43; IC95%: 1,09-2,80).

5.4 Limitaciones del estudio

Hay que tener en cuenta ciertas limitaciones en el presente estudio. El diseño transversal, lo que constituyó una forma adecuada y eficiente de evaluar la prevalencia, pero no permite hacer afirmaciones causales sobre la relación entre un entorno laboral psicosocial adverso sus efectos sobre la salud mental. Sin embargo, hemos optado a priori por asociar únicamente los factores de riesgo psicosociales relacionados con el trabajo y los síntomas de los efectos sobre la salud mental.

Además, los datos proceden de cuestionarios completados y devueltos voluntariamente o realizados en línea. Por lo tanto, la participación selectiva puede haber influido en los resultados de nuestro estudio. Se desconoce si este hecho puede dar lugar a un sesgo. Además, sólo se utilizaron medidas autoinformadas para medir tanto las características psicosociales del trabajo como los síntomas de las quejas de salud mental. Esto podría haber llevado a un sesgo y posiblemente a una inflación de las asociaciones, ya que las personas que sufren síntomas de quejas de salud mental podrían juzgar su entorno

de trabajo psicosocial más negativamente. En un diseño de estudio longitudinal esto sería un problema menor que en nuestro diseño transversal.

5.5 Aplicación práctica

Los exámenes periódicos regulares y las intervenciones en el lugar de trabajo encaminadas a disminuir la asociación del índice de estrés laboral total y la infracarga son aspectos importantes en la prevención del estrés y así poder reducir el riesgo en la salud de los trabajadores.

5.6 Líneas de investigación futura

Sería adecuado realizar un estudio longitudinal que incluyera a mayor número de trabajadores en cada área para reforzar la asociación del estrés laboral psicosocial, realizando técnicas de muestreo rigurosas.

Es necesario seguir investigando para identificar las estrategias de intervención más eficaces para prevenir el estrés, síntomas somáticos, síntomas depresivos y agotamiento en los trabajadores.

Tabla 5. Características de los estudios seleccionados

Autor (año)	Objetivo	Diseño	Participantes	Medidas	Resultados	Sesgos
Evidencia SIGN						
Barthan et al. (2019)	Investigar la prevalencia del estrés laboral y el estrés oxidativo en las enfermeras.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	42 enfermeras del servicio de urgencias.	Se evaluaron los indicadores de estrés laboral, la relación esfuerzo-recompensa y el sobrecompromiso a partir de cuestionarios de encuesta utilizando el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa.	El 93% de las enfermeras del estudio informaron de niveles elevados de estrés (ERR > 1). El test Mann-Whitney muestra que el sobrecompromiso se asocia con mayor estrés oxidativo (U = 89; p = 0,03)	Fuentes de sesgo, tamaño muestral
Higuchi et al. (2016)	Examinar la prevalencia de la angustia psicológica, el agotamiento y la fatiga por compasión entre los farmacéuticos de hospital.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	823 farmacéuticos del hospital.	Se enviaron por correo cuestionarios autoadministrados a todos los farmacéuticos. Cuestionario de Salud General (GHQ-12), Escala de Calidad de Vida Profesional V (Pro.QOL)	Existe una alta prevalencia de malestar psicológico (54,7%), burnout (49,7%) y fatiga por compasión (29,2%). La correlación de Pearson muestra asociación de años de experiencia con GHQ-12 (r = -0,223; p < 0,001) y fatiga por compasión (r = -0,116; p = 0,023).	Fuentes de sesgo, tamaño muestral

Tabla 6. Características de los estudios seleccionados (continuación)

Autor (año)	Objetivo	Diseño Evidencia SIGN	Participantes	Medidas	Resultados	Sesgos
Holst et al. (2012)	Ilustrar el entorno laboral psicosocial y el estrés en los músicos de orquestas sinfónicas danesas.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	342 músicos de seis orquestas sinfónicas danesas.	Se realizó una encuesta transversal con cuestionario sobre los factores psicosociales del trabajo (Cuestionario Psicosocial de Copenhagen, COPSOQ) y los síntomas de estrés.	Las mujeres músicas informaron de mayores exigencias laborales (59,7±8,9 vs 54,9±9,7, p < 0,001) y mayores síntomas de estrés emocional (35,1±16,9 vs 26,5±15,3, p < 0,001), cognitivo (22±17,1 vs 17±14,2, p < 0,01) y somático (27,4±14,6 vs 18,1±13,9, p < 0,001) que los hombres, según la prueba t de Student. Las demandas en el trabajo se asocian positivamente con estrés emocional (b = 0,49), cognitivo (b = 0,25) y somático (b = 0,45) en los análisis de regresión	Fuentes de sesgo, tamaño muestral

Tabla 7. Características de los estudios seleccionados (continuación)

Autor (año)	Objetivo	Diseño Evidencia SIGN	Participantes	Medidas	Resultados	Sesgos
Cai et al. (2020)	Explorar la anormalidad psicológica en los trabajadores sanitarios que luchan contra la epidemia de COVID-19 y las asociaciones entre el apoyo social, la resiliencia y la salud mental.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	1521 trabajadores sanitarios.	Completaron la Symptom Check-List-90 (SCL-90), la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y la Social Support Rating Scale (SSRS).	Las personas sin experiencia en el tratamiento de emergencias sanitarias públicas mostraban un peor rendimiento en ansiedad fónica ($t = 2,405$; $p = 0,017$), tenacidad ($t = 5,743$; $p < 0,001$), fortaleza ($t = 6,539$; $p < 0,001$), optimismo ($t = 4,642$; $p < 0,001$) y resiliencia ($t = 5,976$; $p < 0,001$) según la prueba t de Student	Fuentes de sesgo, tamaño muestral
Cheung et al. (2015)	Estudiar examina la prevalencia ponderada y los factores de riesgo asociados de la depresión, la ansiedad y el estrés entre las enfermeras de Hong Kong.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	850 enfermeras.	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés 21 y regresión logística múltiple para determinar las relaciones significativas entre variables.	La satisfacción laboral se asocia significativamente con depresión (Odd ratio – OR = 3,155, IC95%: 2,35-4,24), ansiedad (OR = 2,027, IC95%: 1,52-2,70) y estrés (OR = 2,560, IC95%: 1,92-3,41), según las pruebas de regresión.	Fuentes de sesgo, tamaño muestral

Tabla 8. Características de los estudios seleccionados (continuación)

Autor (año)	Objetivo	Diseño Evidencia SIGN	Participantes	Medidas	Resultados	Sesgos
Bernburg et al. (2016)	Analizar y comparar las diferencias en el estrés laboral, los síntomas depresivos, la capacidad de trabajo y el entorno laboral.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	435 médicos residentes de hospitales alemanes.	Condiciones de trabajo (COPSOQ), capacidad de trabajo (Work Ability Index), salud mental (ICD-10 Symptom Rating) y estrés (Perceived Stress Questionnaire)	17% de los médicos con altos niveles de malestar laboral; 9% con altos niveles de síntomas depresivos. El 11% tenían baja capacidad de trabajo. Las demandas cuantitativas ($r = 0,26$; $p < 0,01$) y emocionales ($r = 0,25$; $p < 0,01$) se asocian con depresión en los análisis de regresión	Fuentes de sesgo, tamaño muestral
Teles et al. (2014)	Comprobar la asociación entre las condiciones psicosociales adversas en el trabajo y la mala calidad de vida entre los trabajadores de Atención Primaria.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	797 trabajadores de Atención Primaria de Salud.	Los datos se recogieron mediante entrevistas. La calidad de vida se evaluó mediante el WHOQOL-BREF. Las condiciones psicosociales de trabajo adversas se investigaron mediante el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa.	Mala calidad de vida en el 15,4%. Alto esfuerzo/baja recompensa se asocia con mala calidad de vida (OR = 1,91; IC95%: 1,07-3,42). El sobrecompromiso se asocia con mala calidad de vida en los ámbitos físico (OR = 1,55; IC95%: 1,06-2,26) y ambiental (OR = 1,69; IC95%: 1,08-2,65), según las pruebas de regresión	Fuentes de sesgo, tamaño muestral

Tabla 9. Características de los estudios seleccionados (continuación)

Autor (año)	Objetivo	Diseño	Participantes	Medidas	Resultados	Sesgos
Evidencia SIGN						
Boschman et al. (2013)	Valorar el entorno laboral psicosocial, la prevalencia de las quejas de salud mental y la asociación entre ambos entre los albañiles y los supervisores de la construcción.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	1.500 albañiles y supervisores.	Se midieron las características psicosociales del trabajo mediante el Cuestionario Holandés sobre la Experiencia y la Evaluación del Trabajo y se compararon con la población laboral en general.	En albañiles, la alta velocidad y cantidad de trabajo se asoció con depresión (OR = 4,1, IC95%: 1,2-14,3). En supervisores, la alta velocidad y cantidad de trabajo (OR = 2,8, IC95%: 1,0-7,7), baja participación en toma de decisiones (OR = 5,5, IC95%: 1,7-17,9) y bajo apoyo social del supervisor (OR = 7,5, IC95%: 1,9-30,0) se asociaron con depresión en la regresión	Fuentes de sesgo, tamaño muestral
Vásquez-Trespalacios et al. (2016)	Indagar la relación entre el trabajo por turnos actual y los síntomas de estrés laboral que presentan los trabajadores de la salud.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	160 trabajadores de la salud. El 50,5% realizaba turnos rotativos y el 49,5% trabajaba durante el día.	Los participantes completaron un cuestionario demográfico, ocupacional y de estilo de vida. y un instrumento de síntomas de estrés laboral autoinformado.	Se observó que las enfermeras y auxiliares de enfermería en turnos presentaban mayores síntomas de estrés psicoemocional (0,59±0,59 vs 0,40±0,27, p = 0,047) y menores síntomas de estrés fisiológico (5,9±3,1 vs 7,8±3,8, p = 0,030) según la prueba t de Student	Fuentes de sesgo, tamaño muestral

Tabla 10. Características de los estudios seleccionados (continuación)

Autor (año)	Objetivo	Diseño Evidencia SIGN	Participantes	Medidas	Resultados	Sesgos
Shen et al. (2014)	Explorar la asociación entre el estrés laboral y los síntomas depresivos en un grupo de profesores universitarios, y evaluar el papel mediador del capital psicológico entre estas variables.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	1210 profesores universitarios.	La escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, la escala de desequilibrio esfuerzo-recompensa y el cuestionario de capital psicológico (PCQ-24), así como preguntas sobre factores demográficos y laborales.	La depresión se asocia con desequilibrio esfuerzo-recompensa ($r = 0,463$; $p < 0,01$) y sobrecompromiso ($r = 0,382$; $p < 0,01$). El capital psicológico es un factor protector de depresión ($r = -0,461$; $p < 0,01$)	Fuentes de sesgo, tamaño muestral
Djindjić et al. (2013)	Determinar la asociación del índice de estrés laboral (IET) en conductores y sus aspectos con la hipertensión arterial y los trastornos lipídicos.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	439 conductores en grupos (conductores de autobuses, camiones y taxis)	Se aplicó un cuestionario estandarizado y se determinaron los lípidos séricos, la presión arterial (PA) y los factores de riesgo cardiovascular.	Los análisis de regresión logística mostraron asociaciones de estrés laboral con hipertensión arterial (OR = 5,5; IC95%: 2,24-7,95) y dislipidemia (OR = 1,43; IC95%: 1,09-2,80)	Fuentes de sesgo, tamaño muestral

Tabla 11. Características de los estudios seleccionados (continuación)

Autor (año)	Objetivo	Diseño Evidencia SIGN	Participantes	Medidas	Resultados	Sesgos
Freimann et al. (2016)	Informar sobre la prevalencia del dolor musculoesquelético entre las enfermeras de hospital y explorar las asociaciones de los factores psicosociales relacionados con el trabajo.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	404 enfermeras	Se llevó a cabo una encuesta transversal entre las enfermeras sobre factores psicosociales y una evaluación de problemas músculo-esqueléticos	Las demandas cuantitativas (OR = 1,13, IC95%: 1,02-1,25) y cognitivas (OR = 1,12, IC95%: 1,01-1,25), la falta de confianza con compañeros (OR = 1,20, IC95%: 1,05-1,38) y supervisores (OR = 1,16, IC95%: 1,05-1,28) y la falta de justicia (OR = 1,18, IC95%: 1,08-1,30) se asocian con problemas músculo-esqueléticos según el modelo de regresión	Tamaño muestral
Freimann et al. (2015)	Investigar los posibles impactos de los cambios psicosociales en enfermería.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	906 enfermeras registradas a tiempo completo	Se midieron los factores psicosociales del trabajo (COPSOQ-II) y la salud mental (estrés, síntomas somáticos, síntomas depresivos y agotamiento)	Las demandas cuantitativas se asociaron con estrés ($r = 0,38$, $p < 0,01$), síntomas somáticos ($r = 0,25$; $p < 0,01$), síntomas depresivos ($r = 0,34$; $p < 0,01$) y burnout ($r = 0,38$, $p < 0,01$) según el coeficiente de correlación de Pearson	Tamaño muestral

Tabla 12. Características de los estudios seleccionados (continuación)

Autor (año)	Objetivo	Diseño Evidencia SIGN	Participantes	Medidas	Resultados	Sesgos
Hanson et al. (2015)	Comprobar la prevalencia de la violencia en el lugar de trabajo entre los trabajadores de atención domiciliaria y examinar la relación entre estas experiencias y el estrés, el agotamiento, la depresión y el sueño de los trabajadores de atención domiciliaria.	Descriptivo transversal SIGN: 2+	1.214 trabajadores de atención domiciliaria.	Encuesta en línea o telefónica (información demográfica y medidas para evaluar la violencia en el lugar de trabajo, el miedo, el estrés, el agotamiento, la depresión y los problemas de sueño)	La exposición a las agresiones y situaciones violentas se asoció con un mayor estrés ($p < 0,001$), depresión ($p < 0,001$), problemas de sueño ($p < 0,001$) y agotamiento ($p < 0,001$), según el modelo de regresión lineal	Fuentes de sesgo, tamaño muestral
Sun et al. (2017)	Identificar la tasa de incidencia de la violencia en el de trabajo (VLT) contra los médicos, examinar la asociación entre la exposición a VLT, el estrés psicológico, la calidad del sueño y la salud subjetiva de médicos chinos y verificar el papel mediador del estrés	Descriptivo transversal SIGN: 2+	1.740 médicos	Encuesta en línea (Violencia en el trabajo, estrés psicológico, calidad del sueño y salud percibida)	El 83,4% de los participantes declararon haber sufrido más de un tipo de VLT. La VLT está asociada con estrés psicológico ($b = 0,378$, $p < 0,001$), calidad del sueño ($b = -0,275$, $p < 0,001$) y salud subjetiva ($b = -0,307$, $p < 0,001$), según los análisis de regresión.	Fuentes de sesgo, tamaño muestral

6. Conclusiones

El propósito de este estudio era analizar la importancia de los riesgos psicosociales para la vigilancia de la salud con el fin de determinar la necesidad de incluir dichos riesgos en el cuadro de enfermedades profesionales del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre. Para ello se ha revisado la literatura científica reciente que vincula los factores psicosociales con el estado de salud de los trabajadores. Los hallazgos permiten concluir que dichos factores psicosociales, entre los que se encuentran el desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, la falta de apoyo de compañeros y de la organización, la violencia en el trabajo, o las altas demandas cuantitativas cognitivas y emocionales entre otras producen un efecto negativo sobre la salud física, psicológica y social de los trabajadores. En relación con la salud física, se ha observado que los factores psicosociales producen una mayor incidencia de trastornos músculo-esqueléticos, así como un desequilibrio en el metabolismo de la glucosa y de los lípidos, lo que podría estar en la base de trastornos cardiovasculares y obesidad, entre otros. También se observan mayores problemas del sueño, fatiga y hábitos tóxicos, como tabaquismo y consumo de alcohol.

Respecto al efecto sobre la salud psicológica, los factores de riesgo psicosocial se relacionan con trastornos del estado de ánimo, como depresión, así como con ansiedad, enfermedades psiquiátricas graves que de momento no se encuentran contempladas en el cuadro de enfermedades profesionales, a pesar de que la evidencia empírica apunta a una relación inequívoca. Todos estos factores pueden desembocar también en un deterioro de la salud social, debido al aislamiento que conlleva la depresión, siendo estas consecuencias capaces de afectar a la calidad de vida de los trabajadores con tanta intensidad como las enfermedades recogidas actualmente en el cuadro de enfermedades profesionales.

En definitiva, después de haber examinado detalladamente la evidencia empírica se puede determinar que es necesario revisar y modificar el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre con el fin de incluir un nuevo grupo de enfermedades profesionales causadas por factores psicosociales en el trabajo.

No obstante, la evidencia examinada se basa en estudios observacionales de bajo nivel de evidencia científica, ya que son estudios descriptivos transversales, por lo que para reforzar esta propuesta sería preciso realizar estudios de casos y controles y estudios de cohortes prospectivos que permitieran reforzar el nexo causal entre los factores de riesgo psicosocial y el estado de salud de los trabajadores.

6.1 Implicaciones para la prevención

Los hallazgos de esta revisión muestran el efecto de los factores de riesgo psicosocial sobre la salud física, psicológica y emocional/social de los trabajadores. En este sentido, la labor del Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales es fundamental para organizar la prevención en la empresa a partir de una adecuada identificación y evaluación de riesgos.

A partir de estos hallazgos, se van a proponer cinco pasos que se consideran importantes para la prevención de los riesgos psicosociales en las organizaciones.

1) Concienciación

El primer paso para los empresarios es concienciar sobre lo que son los riesgos psicosociales, y conseguir el compromiso de los trabajadores y los supervisores para prevenir y gestionar activamente estos riesgos. Lo más importante es comunicar que los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo son tan importantes como los físicos, y que el estrés es malo tanto para la salud individual como para la empresa. Todos los miembros de la organización deben colaborar para abordar estos riesgos e intervenir cuando vean señales de alarma.

2) Evaluar los riesgos

El segundo paso es evaluar los riesgos. Al igual que una organización haría evaluaciones de riesgos para otros peligros del lugar de trabajo, los mismos principios se aplican para identificar los factores en el lugar de trabajo que pueden causar o contribuir al estrés de los trabajadores. Un buen punto de partida es adaptar una evaluación tradicional de los riesgos en el lugar de trabajo para buscar las causas del estrés psicosocial. Observar el trabajo en curso y pedir a los trabajadores que describan sus tareas y cómo se sienten al respecto es otra buena forma de reunir información para una evaluación de riesgos.

3) Tomar medidas preventivas

El tercer paso es la adopción de medidas preventivas. Los resultados de la evaluación de riesgos del segundo paso determinarán en qué deben centrarse los empresarios. Normalmente, esto implicará la mejora de la gestión del trabajo en la organización. Lo más probable es que la acción preventiva aborde cuestiones como las

demandas excesivas, la falta de control personal, el apoyo inadecuado, las relaciones deficientes o conflictivas, el conflicto de roles o la falta de claridad en los mismos, y la mala gestión del cambio.

4) Tomar medidas correctivas

Tomar medidas correctivas es el cuarto paso. Los expertos de la EU-OSHA recomiendan examinar las formas en que el trabajo o la carga de trabajo han cambiado, y tomar medidas para resolver los problemas. Por ejemplo, los trabajadores pueden descubrir que su formación está desfasada, o que están mal equipados para hacer frente a la naturaleza cambiante del trabajo debido a los cambios tecnológicos. Además, los empresarios pueden esforzarse más en hacer partícipes a los trabajadores de las decisiones que les afectan, ya que el desconocimiento de lo que ocurre es una fuente importante de estrés. Los empresarios también pueden ayudar a los trabajadores a encontrar información y apoyo, incluso si la fuente de estrés no proviene del lugar de trabajo.

5) Construir la resiliencia

El quinto paso consiste en desarrollar la resiliencia reforzando la salud, el bienestar y la capacidad de recuperación emocional de los empleados para que puedan afrontar mejor los retos. La resiliencia es la capacidad de hacer frente a los acontecimientos adversos y volver a la normalidad, incluso ante una presión importante. Los empresarios pueden contribuir en gran medida al bienestar físico y emocional de los trabajadores animándoles a comer de forma saludable, a hacer ejercicio con regularidad y a dedicar tiempo a los descansos y a la relajación. Los empresarios también pueden fomentar la resiliencia personal de los trabajadores proporcionándoles recursos para el pensamiento positivo, la gestión del tiempo, la asertividad y la fijación de objetivos.

Bibliografía

- Angerer, P., Schmook, R., Elfantel, I., & Li, J. (2017). Night Work and the Risk of Depression. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(24), 404–411. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0404>
- Bara, A. C., & Arber, S. (2009). Working shifts and mental health--findings from the British Household Panel Survey (1995-2005). *Scandinavian journal of work, environment & health*, 35(5), 361–367. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1344>
- Bardhan, R., Heaton, K., Davis, M., Chen, P., Dickinson, D. A., & Lungu, C. T. (2019). A Cross Sectional Study Evaluating Psychosocial Job Stress and Health Risk in Emergency Department Nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3243. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183243>
- Bernburg, M., Vitzthum, K., Groneberg, D. A., & Mache, S. (2016). Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals. *BMJ open*, 6(6), e011369. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011369>
- Biron, C., & Saksvik, P. Ø. (2009). *Sickness presenteeism and attendance pressure factors: Implications for practice*. In C. L. Cooper, J. C. Quick, & M. J. Schabracq (Eds.), *International handbook of work and health psychology* (p. 77–96). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470682357.ch5>
- Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K. B., Villadsen, E., & Kristensen, T. S. (2006). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and environmental medicine*, 63(2), 98–106. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.019364>
- Boschman, J. S., van der Molen, H. F., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. (2013). Psychosocial work environment and mental health among construction workers. *Applied ergonomics*, 44(5), 748–755. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.01.004>

- British Standards Institution (2011). Guidance on the management of psychosocial risks in the workplace. <http://mtpinnacle.com/pdfs/Guidance-on-the-management-of-psychosocial-risks-in-the-workplace-1.pdf>
- Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., & Li, H. (2020). A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102111>
- Caruso, C., Hitchcock, E. M., Dick, R. B., Russo, J. M. & Schmit, J. M. (2004). *Overtime and Extended Work Shifts: Recent Findings on Illnesses, Injuries, and Health Behaviors*. Cincinnati: NIOSH- National Institute for Occupational Safety and Health.
- Cheung, T., & Yip, P. S. (2015). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), 11072–11100. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911072>
- Chirico, F., Heponiemi, T., Pavlova, M., Zaffina, S., & Magnavita, N. (2019). Psychosocial Risk Prevention in a Global Occupational Health Perspective. A Descriptive Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(14), 2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142470>
- Cox, T. (1993). *Stress research and stress management: Putting theory to work*. HSE Contract Research Report No 61/1993). Sudbury: HSE Books.
- Cox, T., & Cox, S. (1993). *Psychosocial and Organizational Hazards: Monitoring and Control*. Occasional Series in Occupational Health, No.5. Copenhagen, Denmark: WHO.
- Cox, T., & Griffiths, A. (2005). The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. En: J. R. Wilson, & N. Corlett, (Eds.), *Evaluation of Human Work*, 3rd ed. Abingdon, UK: Routledge.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Djindjić, N., Jovanović, J., Djindjić, B., Jovanović, M., Pesić, M., & Jovanović, J. J. (2013). Work stress related lipid disorders and arterial hypertension in professional drivers - a

cross-sectional study. *Vojnosanitetski pregled*, 70(6), 561–568.
<https://doi.org/10.2298/vsp1306561d>

Driscoll, T., Nelson, D. I., Steenland, K., Leigh, J., Concha-Barrientos, M., Fingerhut, M., & Prüss-Ustün, A. (2005). The global burden of disease due to occupational carcinogens. *American journal of industrial medicine*, 48(6), 419–431.
<https://doi.org/10.1002/ajim.20209>

EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work (2014). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks, 2014*.
https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks/view

EU-OSHA (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EU-OSHA (2019) *ESENER 2019, Third European Survey of Enterprises on New and Emerging*. <https://visualisation.osha.europa.eu/esener#!/en/survey/overview/2019>

Eurofound (2017). *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update)*. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2016/working-conditions/sixth-european-working-conditions-survey-overview-report>

Eurostat, Labour Force Survey (2014). *Persons reporting exposure to risk factors that can adversely affect mental well-being by sex, age and NACE Rev. 2 activity (hsw_exp5b)*- <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Freimann, T., & Merisalu, E. (2015). Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. *Scandinavian journal of public health*, 43(5), 447–452.
<https://doi.org/10.1177/1403494815579477>

Freimann, T., Pääsuke, M., & Merisalu, E. (2016). Work-Related Psychosocial Factors and Mental Health Problems Associated with Musculoskeletal Pain in Nurses: A Cross-Sectional Study. *Pain research & management*, 2016, 9361016.
<https://doi.org/10.1155/2016/9361016>

- GBD 2015 Risk Factors Collaborators (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)*, 388(10053), 1659–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
- Godin, I, Kittel, F., Coppieters, Y., & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC PublicHealth* 2005; 5:67. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-67>
- Hanson, G. C., Perrin, N. A., Moss, H., Laharnar, N., & Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15, 11. <https://doi.org/10.1186/s12889-014-1340-7>
- Higuchi, Y., Inagaki, M., Koyama, T., Kitamura, Y., Sendo, T., Fujimori, M., Uchitomi, Y., & Yamada, N. (2016). A cross-sectional study of psychological distress, burnout, and the associated risk factors in hospital pharmacists in Japan. *BMC public health*, 16, 534. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3208-5>
- Holst, G. J., Paarup, H. M., & Baelum, J. (2012). A cross-sectional study of psychosocial work environment and stress in the Danish symphony orchestras. *International archives of occupational and environmental health*, 85(6), 639–649. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0710-z>
- Hublin, C., Partinen, M., Koskenvuo, K., Silventoinen, K., Koskenvuo, M., & Kaprio, J. (2010). Shift-work and cardiovascular disease: a population-based 22-year follow-up study. *European journal of epidemiology*, 25(5), 315–323. <https://doi.org/10.1007/s10654-010-9439-3>
- ILO (1986). *Psychosocial factors at work: Recognition and control (Vol. 56)*. Geneva: International Labour Office.
- International Labor Organization (ILO) (2006). *Occupational Safety and Health: synergies between security and productivity*. Geneva: WHO.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects--a systematic review and a meta-analysis. *Journal of occupational and*

environmental medicine, 50(8), 904–915.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31817e918d>

- Lang, J., Thomas, J. L., Bliese, P. D., & Adler, A. B. (2007). Job demands and job performance: the mediating effect of psychological and physical strain and the moderating effect of role clarity. *Journal of occupational health psychology*, 12(2), 116–124. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.2.116>
- Leka, S., Hassard, J., Jain, A., Makrinov, N., Cox, T., Kortum, E., Ertel, M., Hallsten, L., Iavicoli, S., Lindstrom, K., & Zwetsloot, G. (2008). *Towards the development of a psychosocial risk management framework*. SALTSA report. Nottingham: I-WHO publications.
- Levi, L. (1984). *Stress in industry: Causes, effects and prevention*. *Occupational Safety and Health Series no. 51*. Geneva: International Labour Organization.
- Li, F., Wang, G., Li, Y., & Zhou, R. (2017). Job demands and driving anger: The roles of emotional exhaustion and work engagement. *Accident; analysis and prevention*, 98, 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2016.10.013>
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., Amann, M., Anderson, H. R., Andrews, K. G., Aryee, M., Atkinson, C., Bacchus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker-Collo, S., Baxter, A., Bell, M. L., Blore, J. D., Blyth, F., ... Memish, Z. A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, 380(9859), 2224–2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- Lund, T., Labriola, M., Christensen, K. B., Bültmann, U., & Villadsen, E. (2006). Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7539), 449–452. <https://doi.org/10.1136/bmj.38731.622975.3A>
- Montano, D., Reeske, A., Franke, F., & Hüffmeier, J. (2017). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3), 327–350. <https://doi.org/10.1002/job.2124>

- Montoro, L., Useche, S., Alonso, F., & Cendales, B. (2018). Work Environment, Stress, and Driving Anger: A Structural Equation Model for Predicting Traffic Sanctions of Public Transport Drivers. *International journal of environmental research and public health*, 15(3), 497. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030497>
- Mullen, J., & Kelloway, E. K. (2011). *Occupational Health and Safety Leadership. The Handbook of Occupational Health Psychology* (2ª ed.). Washington: APA.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1996). The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1. Cambridge, MA: Harvard Sch. Public Health/WHO/World Bank. 990 pp. 1996.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet (London, England)*, 349(9063), 1436–1442. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07495-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07495-8)
- Nenonen N, Hämäläinen P, Takala J, Saarela KL, Lim SL, & Lim GK, (2014). *Global estimates of occupational accidents and work-related illnesses 2014*. Singapore: Tampere.
- NIOSH (1999). *Stress At Work National Institute for Occupational Safety and Health Public Health Service*. Cincinnati: U.S. Department of Health and Human Service.
- Nyberg, A., Bernin, P., & Theorell, T. (2005). *The Impact of Leadership on the Health of Subordinates*. Stockholm: National Institute for Working Life, Elanders Gotab.
- Organización Internacional del Trabajo (2010). *Lista de enfermedades profesionales de la OIT (revisada en 2010)*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_125164.pdf
- Peter, R., Alfredsson, L., Knutsson, A., Siegrist, J., & Westerholm, P. (1999). Does a stressful psychosocial work environment mediate the effects of shift work on cardiovascular risk factors? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25(4), 376–381. <https://doi.org/10.5271/sjweh.448>
- Schaufeli, W.B., & Greenglass, E.R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 16, 501-510.

- Shen, X., Yang, Y. L., Wang, Y., Liu, L., Wang, S., & Wang, L. (2014). The association between occupational stress and depressive symptoms and the mediating role of psychological capital among Chinese university teachers: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, *14*, 329. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0329-1>
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, *32*(6), 443–462. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050>
- Sun, T., Gao, L., Li, F., Shi, Y., Xie, F., Wang, J., Wang, S., Zhang, S., Liu, W., Duan, X., Liu, X., Zhang, Z., Li, L., & Fan, L. (2017). Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ open*, *7*(12), e017182. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017182>
- Takala J. (2015). Eliminating occupational cancer. *Industrial health*, *53*(4), 307–309. <https://doi.org/10.2486/indhealth.53-307>
- Takala, J., Hämäläinen, P., Saarela, K. L., Yun, L. Y., Manickam, K., Jin, T. W., Heng, P., Tjong, C., Kheng, L. G., Lim, S., & Lin, G. S. (2014). Global estimates of the burden of injury and illness at work in 2012. *Journal of occupational and environmental hygiene*, *11*(5), 326–337. <https://doi.org/10.1080/15459624.2013.863131>
- Teles, M. A. B., Barbosa, M. R., Vargas, A. M. D., Gomes, V. E., Ferreira e Ferreira, E., de Barros Lima Martins, A. M., Conceicao Ferreira, R. (2014). Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, *12*, 72. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-72>
- Torquati, L., Mielke, G. I., Brown, W. J., & Kolbe-Alexander, T. (2018). Shift work and the risk of cardiovascular disease. A systematic review and meta-analysis including dose-response relationship. *Scandinavian journal of work, environment & health*, *44*(3), 229–238. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3700>
- Torquati, L., Mielke, G. I., Brown, W. J., Burton, N. W., & Kolbe-Alexander, T. L. (2019). Shift Work and Poor Mental Health: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *American journal of public health*, *109*(11), e13–e20. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305278>
- Väänänen, A., Kalimo, R., Toppinen-Tanner, S., Mutanen, P., Peiró, J. M., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2004). Role clarity, fairness, and organizational climate as predictors of

- sickness absence: a prospective study in the private sector. *Scandinavian journal of public health*, 32(6), 426–434. <https://doi.org/10.1080/14034940410028136>
- Vahtera, J., Pentti, J., & Kivimäki, M. (2004). Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *Journal of epidemiology and community health*, 58(4), 321–326. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.011817>
- van den Berg, T. I., Elders, L. A., de Zwart, B. C., & Burdorf, A. (2009). The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*, 66(4), 211–220. <https://doi.org/10.1136/oem.2008.039883>
- Vásquez-Trespalcios, E. M., Palacio-Jaramillo, V., Gómez-Parra, M., & Romero-Arrieta, L. (2016). Shift work and work-related stress symptoms in health care workers in a tertiary hospital in Medellín, Colombia: A cross-sectional study. *Revista CES Psicología*, 9(2), 28-39. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.3>
- Wang, J. L., Lesage, A., Schmitz, N., & Drapeau, A. (2008). The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study. *Journal of epidemiology and community health*, 62(1), 42–47. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.050591>
- Wang, X. S., Armstrong, M. E., Cairns, B. J., Key, T. J., & Travis, R. C. (2011). Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 61(2), 78–89. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr001>
- WHO (2003). *Work Organization and Stress. Protecting Workers' Health Series, No. 3*. Geneva: World Health Organization.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tuchsén, F., & Bonde, J. P. (2008). Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC public health*, 8, 280. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-280>
- World Health Organisation (2008). *PRIMA-EF: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: A Resource for Employers and Worker Representatives. Protecting workers' health series; no. 9*. Geneva: WHO. https://www.who.int/occupational_health/publications/PRIMA-EF%20Guidance_9.pdf

World Health Organization (2021). *Occupational and work-related diseases*.
https://www.who.int/occupational_health/activities/occupational_work_diseases/en/

