Trabajo y salud mental: hoja de ruta para las administraciones sanitarias en España

SANIDAD 2025
MINISTERIO DE SANIDAD

Trabajo y salud mental: hoja de ruta para las administraciones sanitarias en España

SANIDAD 2025
MINISTERIO DE SANIDAD

Trabajo y salud mental: hoja de ruta para las administraciones sanitarias en España

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

Comisionado de Salud Mental

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-25-065-6
El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

https://cpage.mpr.gob.es/

DIRECCIÓN

Belén González Callado
Comisionada de Salud Mental del Ministerio de Sanidad.

COORDINADORES DEL PROYECTO

Natalia Pérez Arango
Jefa de servicio en el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad.

Álvaro Cerame del Campo
Psiquiatra especializado en salud mental laboral.

COORDINADORES DE CONTENIDOS

Parte 1. Fundamentos y modelos explicativos de la relación entre salud mental y trabajo

Álvaro Cerame del Campo
Psiquiatra especializado en salud mental laboral.

Parte 2. Riesgos psicosociales laborales: modelos, evidencias y estrategias de intervención.

Montserrat García Gómez
Jefa de Área de Salud Laboral de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral del Ministerio de Sanidad.

Parte 3. Abordaje clínico: diagnóstico, evaluación de la sospecha y tratamiento.

Francisco González Aguado
Subdirector General del Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad.

Parte 4. Vigilancia y seguimiento de los daños derivados del trabajo.

Montserrat García Gómez
Jefa de Área de Salud Laboral de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral del Ministerio de Sanidad.

LISTADO DE AUTORES Y COLABORADORES

Amaia Bacigalupe de la Hera
Profesora Titular en el Departamento de Sociología y Trabajo Social y miembro del grupo de investigación OPIK. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Ha trabajado en el análisis de la salud mental desde la perspectiva de género y los procesos de medicalización de la misma, tanto en población adulta como adolescente.

Ana M. Gálvez Martínez
Jefa de sección. Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad del Ministerio de Sanidad.

Anthyma Violeta Franco Soler
Psicóloga Especialista en psicología clínica en el CSM de Aguacate, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Antonio José Ramírez-Melgarejo
Doctor en Sociología por la Universidad de Murcia, PDI en la Universidad Complutense de Madrid. Miembro del Grupo de Investigación UCM Charles Babbage en Ciencias Sociales del Trabajo del Comité de Investigación en Sociología del Trabajo de la FES y secretario de la Revista Sociología del Trabajo.

Aurora Fernández Moreno
Representante del grupo de trabajo de Salud mental de Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFyC).

Carmen Bellido Cambrón
Médica especialista en Medicina del Trabajo. Coordinadora del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Salud de Castellón. Hospital General Universitario de Castellón. Miembro de la Junta Directiva de la AEEMT (Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo). Coordinadora del Grupo de Sostenibilidad, Economía y Empresa de la Alianza por el Sueño.

Carmen Mancheño Potenciano
Médica del trabajo y técnica superior en prevención de riesgos laborales. Coordinadora técnica de la Secretaría de Salud Laboral de CC. OO. Representante de CC. OO. en la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y en otros ámbitos institucionales.

Clara Llorens Serrano
Socióloga del Trabajo (PhD). Miembro del equipo de ISTAS-Fundación Primero de Mayo de CC. OO. (@ISTASF1M), como

experta en prevención de riesgos laborales psicosociales, en las áreas de investigación para la acción, asesoramiento y formación. Profesora asociada de la Universidad Autónoma de Barcelona y del Grupo de Investigación POWAH-UAB. Forma parte del comité de dirección de la red internacional del COPSOQ.

Javier Sanz Fuentenebro
Psiquiatra, Jefe de sección. Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo PAIPSE. Servicio Madrileño de Salud.

Jesús Oliva Domínguez
Jefe de servicio de Salud Laboral de la Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral del Ministerio de Sanidad.

Joan Benach de Rovira
Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud, Ecología-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET) del Departamento de Política y Ciencias Sociales de la Universitat Pompeu Fabra. Johns Hopkins University-Universitat Pompeu Fabra Public Policy Center, UPF Barcelona School of Management (UPF-BSM). Ecological Humanities Research Group (GHECO), Universidad Autónoma de Madrid.

José Luis Ayuso Mateos
Catedrático, Jefe de servicio de Psiquiatría del Hospital de la Princesa y Director del Centro Colaborador de la OMS para Investigación y Docencia en Servicios de Salud Mental de la UAM, CIBERSAM.

José Manuel Menchón Magriñá

Representante de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Cibersam. Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona.

Fernando Alonso

Filósofo (Universidad Autónoma de Madrid), peer support specialist, miembro del Comité de personas expertas en Precariedad Laboral y Salud Mental del Ministerio de trabajo y economía social.

Fernando Simón Soria
Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad.

Ferran Muntané Isart
Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud, Ecología-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET) del Departamento de Política y Ciencias Sociales de la Universitat Pompeu Fabra. Johns Hopkins University-Universitat Pompeu Fabra Public Policy Center, UPF Barcelona School of Management (UPF-BSM).

Kai Solagaistua Barrenechea
Jefa de la Unidad Especializada de Seguridad y Salud Laboral Asturias. Inspectora de Trabajo y Seguridad Social.

Laura Armesto Luque
Facultativa especialista de área Psicología clínica (Hospital Universitario Virgen del Rocío). Presidenta de la Sociedad Española de Psicología Clínica (ANPIR).

Luz de Myotanh Vázquez Canales
MD, PhD. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Actualmente en el Centro de Atención Primaria Estivella. Coordinadora del Grupo nacional de Salud Mental de la semFYC. Coordinadora del Grup del Medicament de la SoVaMFiC. Colaboradora docente con la Unidad Docente Multiprofesional de Valencia.

María Fernanda González Gómez
Jefa de la Unidad Técnica de Salud Laboral (SDG de Vigilancia en Salud Pública) de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

María José Sierra Moros
Subdirectora Adjunta del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad.

Marina Ortiz López
Responsable de la Unidad Técnica de Investigación del Departamento de ergonomía, psicosociología e investigación del Centro Nacional de nuevas Tecnologías. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.

Marta García Hernández
Jefa de servicio. Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad del Ministerio de Sanidad

Nayra Caballero Estebaranz
Doctora en ciencias médicas y neuropsicóloga clínica. Representante de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Responsable del programa Individual Placement and Support (IPS) para la integración laboral de las personas con Trastorno Mental Grave. Sinpromi. Cabildo de Tenerife.

Olga Sebastián García
Directora del Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.

Pablo López Álvarez
Profesor Titular del Área de Filosofía en el Departamento de Filosofía y Sociedad de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Junto con la Profesora Nuria Sánchez Madrid, investigador principal del Proyecto "Precariedad laboral, cuerpo y vida dañada" (Ministerio de Ciencia e Innovación). Codirector del Grupo de investigación Normatividad, emociones, discurso y sociedad (UCM).

Pablo López Calle
Profesor titular de Sociología del Trabajo de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Director del Grupo de Investigación Charles Babbage en Ciencias Sociales del Trabajo (UCM); Director de la Revista Sociología del Trabajo; Coordinador del Máster en Estudios Avanzados en Trabajo y Empleo de la UCM.

Pablo Ruisoto Palomera
Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra. Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud, Ecología-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET) del Departamento de Política y Ciencias Sociales de la Universitat Pompeu Fabra. Johns Hopkins University-Universitat Pompeu Fabra Public Policy Center, UPF Barcelona School of Management (UPF-BSM).

Paloma Calleja Toledano
Asesora del Secretario de Estado de Sanidad del Ministerio de Sanidad.

Pilar Soler Crespo
Consejera Técnica del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad.

Sergio Vega Jiménez
Investigador predoctoral por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Licenciado en Filosofía y Máster en Estudios Avanzados en Filosofía por la UCM y Postgrado en Análisis del Capitalismo y Políticas transformadoras por la Universidad de Barcelona. Investigador visitante en Sophiapol (Université Paris X-Nanterre) y en el Institut de Psychodinamique du Travail (IPDT, París). Sus investigaciones se centran en las teorías críticas del trabajo, la subjetividad y el sufrimiento psíquico en el trabajo.

Vega García López
MD. PhD. Médico del Trabajo del Servicio de Prevención del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea
Responsable de la implantación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral de Navarra: Sucesos Centinela en Salud Laboral, Registro de Trabajadores laboralmente expuestos a amianto, Encuestas de Salud y Condiciones de Trabajo, entre otros. Desarrollo del Sistema de Información en Salud Laboral en Navarra desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (1998-2023).

Índice

Prólogo 13

Resumen Ejecutivo 16

1. Fundamentos y modelos explicativos de la relación entre salud mental y trabajo 19

1.1. Trabajo y salud: El trabajo como determinante social de la salud 19

1.1.1. El trabajo como determinante social fundamental e Infravalorado de la salud 20

1.1.2. El modelo de la precariedad integral y su relación con el trabajo 23

1.1.3. Trabajo productivo y reproductivo y su impacto sobre la salud 26

1.2. Sufrimiento, problemas de salud mental y trastornos mentales derivados del trabajo: derecho a la protección a la salud y los sistemas de atención a la salud mental 27

1.2.1. Sufrimiento, problemas de salud mental y trastornos mentales 27

1.2.2. El enfoque de salud mental en todas las políticas para la mejora de las condiciones de trabajo 28

1.2.3. El sistema sanitario en el abordaje y la prevención de los problemas de salud mental y trastornos mentales derivados del trabajo 29

1.2.4. Trabajo, salud y discapacidad 31

1.3. Resumen ejecutivo y marco conceptual 33

1.4. Referencias 37

2. Riesgos psicosociales laborales: modelos, evidencias y estrategias de intervención 43

2.1. Riesgos laborales psicosociales y salud mental 43

2.1.1 Modelos explicativos 43

2.1.2. Resumen de la evidencia de los daños para la salud mental derivados de los riesgos laborales psicosociales 45

2.1.3. Desigualdades de exposición 46

2.2. ¿Cómo intervenir en los lugares de trabajo? 49

2.3. ¿Cómo actuar desde el ámbito sanitario? 53

2.3.1. Herramientas de identificación de la exposición a riesgos laborales psicosociales desde el sistema sanitario 53

2.4. Referencias 59

3. Abordaje clínico: diagnóstico, evaluación de la sospecha y tratamiento 62
3.1. Problemas de salud mental derivados del trabajo 62
3.2. Evaluación clínica 64
3.2.1. Detección de trastorno de salud mental 64
3.2.2. Valoración de sospecha de origen laboral 66
3.2.3. Comunicación de sospecha de trastorno mental derivado del trabajo o agravado por el trabajo 69
3.2.3.1. Ventajas de reconocer una enfermedad como profesional 69
3.2.3.2. Manejo clínico de los pacientes con trastornos mentales derivados o agravados por el trabajo 70
3.3. Codificación complementaria para la sospecha basada en exposición a estresores laborales (Códigos Z relevantes) 74
3.4. Referencias 74

4. Vigilancia y seguimiento de los daños derivados del trabajo 76
4.1. Trastornos mentales derivados del trabajo: vigilancia epidemiológica 76
4.2. Atribución de causalidad laboral 77
4.3. Daño agravado por el trabajo 78
4.4. Criterios, definiciones y algoritmo para la valoración de la relación laboral del trastorno mental 79
4.4.1. Agrupaciones de casos 80
4.4.2. Manual de procedimientos del sistema 80
4.5. Modo de vigilancia 81
4.5.1. Fuentes de declaración 81
4.5.2. Circuitos de la información 81
4.6. Ejemplo de buena práctica: Vigilancia de trastornos mentales comunes derivados del trabajo en Navarra 84
4.7. Referencias 85

Prólogo

Europa vive una crisis silenciosa en la salud mental de su población trabajadora, alimentada por el empeoramiento de las condiciones laborales y el avance sostenido de la precariedad. Este fenómeno, de origen multifactorial, está profundamente influido por las lógicas del capitalismo contemporáneo: la maximización de beneficios, la intensificación de los ritmos de trabajo, la erosión de los derechos colectivos o la reducción de las estructuras de protección social. Todo ello ocurre sin asumir, de forma clara, los costes humanos que estos modelos productivos imponen a quienes los sostienen.

En un contexto donde cada vez es más difícil acceder a una vivienda digna, y donde la inestabilidad laboral marca el ritmo de vida de muchas personas, aceptar cualquier forma de empleo se convierte en necesidad. A esta imposición se suma la dificultad, a menudo la imposibilidad, de rechazar condiciones laborales dañinas sin poner en riesgo el propio sustento. Esta doble exposición, la necesidad de trabajar y la dificultad para protegerse de los efectos del trabajo, genera una vivencia subjetiva muchas veces negativa del hecho de trabajar, con consecuencias evidentes para la salud mental.

Sin embargo, cuando las condiciones laborales son adecuadas, el trabajo puede ser una fuente poderosa de bienestar, estructura vital, reconocimiento social y sentido de propósito. El trabajo no es solo un medio de subsistencia, sino también una dimensión central del desarrollo humano, de la posibilidad de contribuir a lo común y de sostener la vida en sus múltiples formas: económica, relacional y simbólica. Precisamente por su importancia, cuando el trabajo se convierte en una fuente de malestar o daño, sus efectos son especialmente profundos. Por eso, garantizar entornos laborales dignos, seguros y justos no es solo una obligación legal o económica, sino también un imperativo de salud pública y de justicia social.

La pandemia por COVID-19 supuso una herida colectiva cuyo impacto acumulado apenas comenzamos a comprender. Si a ello añadimos un contexto cultural que ensalza valores individualistas, competitivos, y que otorga al trabajo productivo un lugar central en la identidad y el valor social de las personas, nos encontramos ante una tormenta perfecta para el aumento de los problemas de salud mental relacionados con el trabajo.

Durante los últimos años, se han impulsado desde el Gobierno reformas que han contribuido a mejorar las condiciones laborales. Destacan entre ellas la reforma laboral orientada a reducir la temporalidad, o las propuestas encaminadas a la reducción de la jornada laboral. Estas medidas, necesarias, deben continuar ampliándose desde una visión integral, que incorpore la salud mental como un eje estratégico de protección de las personas trabajadoras.

En la actualidad, nuestro país carece de un sistema estandarizado para reconocer de forma sistemática el origen laboral de los trastornos mentales. No obstante, la evidencia científica es abundante, y las herramientas clínicas disponibles –como la exploración psicopatológica, la formulación individual o el uso de instrumentos validados– permiten establecer con suficiente solidez el vínculo entre exposición a riesgos psicosociales y daño psíquico. Esta dificultad para establecer causalidad no

es exclusiva de la salud mental: también aparece en muchos otros procesos de salud que sí están reconocidos como enfermedades de origen laboral, como ocurre con los trastornos musculoesqueléticos. Por tanto, la complejidad diagnóstica no puede seguir siendo un argumento para negar el reconocimiento.

La ausencia de dicho reconocimiento genera además un impacto desigual por razón de género. Las mujeres están sobrerrepresentadas en sectores más precarios y con menor protección social, y asumen mayoritariamente la carga del trabajo reproductivo y de cuidados que está sistemáticamente invisibilizado, no remunerado y desvalorizado. Ignorar los efectos del trabajo en la salud mental refuerza estas desigualdades estructurales y deja a las mujeres especialmente expuestas y desprotegidas frente al daño.

La relación entre trabajo y salud mental plantea un reto doble. Por un lado, las personas con trastorno mental grave tienen enormes dificultades de acceso al empleo: más del 80% no accede al mercado laboral, y quienes lo hacen ocupan empleos mal remunerados y poco adaptados. Por otro, el propio trabajo, en contextos de precariedad e inseguridad, se ha convertido en un factor generador de sufrimiento, identificado tanto como desencadenante de psicopatología subyacente como generador directo de síntomas.

Desde el punto de vista normativo, el reconocimiento de la incapacidad laboral está anclado en un listado de enfermedades profesionales que no incluye actualmente ningún trastorno mental. Esta omisión contraviene recomendaciones como la Recomendación 194 de la Organización Internacional del Trabajo, que ya en 2002 instó a los Estados a incorporar los trastornos mentales en sus listas nacionales. A día de hoy, pocos países lo han hecho, y España no ha sido uno de ellos.

De esta omisión se derivan consecuencias tanto individuales como colectivas: menor compensación económica, ausencia de reconocimiento de la causa, y falta de asunción de responsabilidad por parte de las empresas o instituciones causantes del daño. En términos políticos, los beneficios de la presión laboral son privatizados, mientras que los costes económicos, sociales y sanitarios, son socializados.

Desde la práctica clínica, vemos con claridad cómo este fenómeno atraviesa la atención en Atención Primaria y en los dispositivos de salud mental. Las personas afectadas por condiciones laborales nocivas saturan las consultas y las listas de espera. Si no incorporamos una mirada estructural sobre los determinantes sociales del sufrimiento, corremos el riesgo de que la atención sanitaria –en lugar de reparar el daño– lo reproduzca, individualizando la causa y medicalizando lo que tiene origen colectivo. Las consultas deberían ser espacios donde construir, junto a las personas atendidas, narrativas compartidas, sociales y justas.

La dimensión del problema es innegable. Según el informe PRESME, solo en 2022 podrían haberse evitado aproximadamente 170.000 cuadros depresivos en España si no existieran condiciones laborales precarias. Esta cifra ilustra no solo la magnitud sanitaria del fenómeno, sino también su coste económico, humano y social.

Afortunadamente, asistimos a un cambio de enfoque. Cada vez más investigaciones, estrategias, documentos y resoluciones nacionales e internacionales reconocen la estrecha relación entre salud mental y condiciones de trabajo y empleo. Este informe se inscribe en ese proceso. Reúne el conocimiento y el compromiso de un grupo multidisciplinar de personas expertas, y propone una hoja de ruta sólida para avanzar en el reconocimiento institucional, la detección

clínica, la prevención organizativa y la vigilancia epidemiológica del daño psíquico derivado del trabajo.

Como comisionada de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, considero imprescindible que el sistema sanitario disponga de mecanismos eficaces clínicos, normativos y organizativos para detectar, notificar y vigilar los trastornos mentales relacionados con el trabajo. Esta tarea es una pieza esencial en la protección de la salud pública, y en la construcción de un sistema que sitúe el bienestar colectivo por encima de las lógicas del beneficio a cualquier precio.

Agradezco profundamente la labor rigurosa, comprometida y generosa del equipo del Comisionado de Salud Mental, del Área de Salud Laboral de la Dirección General de Salud Pública y Equidad y de otras unidades del Ministerio de Sanidad y de todas las personas que han contribuido a hacer posible este informe. Pero sobre todo, quiero dar las gracias a Jesús, a María, a Juana, a Óscar, a Soledad y a tantas otras personas que pasaron por mi consulta. Vosotras, que me pedisteis que, si alguna vez podía, hiciera algo para que el daño que os causó el trabajo no se repitiera en otras vidas.

Este trabajo es por y para vosotras.

Belén González Callado

Comisionada de Salud Mental del Ministerio de Sanidad

Resumen Ejecutivo

En este documento proponemos una hoja de ruta para las administraciones sanitarias en España con el fin de reforzar el papel del sistema sanitario en la prevención, identificación y abordaje de los problemas de salud mental relacionados con el trabajo. La salud mental de la población trabajadora no puede desligarse de las condiciones en las que se produce la actividad laboral, y este informe quiere contribuir a cerrar una brecha histórica en la comprensión institucional del sufrimiento de origen laboral.

El texto se estructura en cuatro partes: un marco teórico, una revisión de la evidencia científica sobre riesgos psicosociales, orientaciones clínicas específicas y una propuesta de sistema de vigilancia epidemiológica.

Primera parte. Marco teórico

Partimos del reconocimiento del trabajo como un determinante social clave de la salud mental. Cuando se realiza en condiciones dignas, estables y con sentido, puede ser un factor de protección. Sin embargo, cuando se desarrolla en contextos de precariedad, inseguridad, sobrecarga, violencia o falta de reconocimiento, se convierte en una fuente persistente de malestar psíquico.

Proponemos un modelo conceptual estructural y ecosocial que articula cinco niveles de análisis: factores políticos y económicos globales, posición social, condiciones de empleo, condiciones de trabajo y características biopsicosociales individuales. Este modelo no solo permite comprender cómo se producen desigualdades en salud mental, sino que orienta estrategias de intervención pública y sanitaria con perspectiva de equidad.

Segunda parte. Riesgos psicosociales laborales y salud mental

En esta parte presentamos los principales modelos de análisis de los riesgos psicosociales laborales y su relación con la salud mental, apoyándonos en la mejor evidencia científica disponible. Exponemos cómo determinadas condiciones laborales están vinculadas a la aparición de síntomas o síndromes de salud mental, tanto en su forma subclínica como en cuadros clínicamente definidos.

Detallamos cómo la exposición prolongada a exigencias emocionales excesivas, altas exigencias cuantitativas, la ausencia de autonomía, la inseguridad contractual, el acoso, la falta de reconocimiento o la injusticia organizacional se asocian a trastornos de ansiedad y depresión, trastornos adaptativos y del sueño, y consumo de psicotrópicos.

La relación entre estos riesgos y la salud mental ha sido documentada de forma sistemática durante las últimas décadas. Sin embargo, los problemas derivados de estas exposiciones siguen infranotificados en el sistema sanitario y en los registros de

salud laboral. Esta infranotificación tiene causas estructurales: la dificultad administrativa para su reconocimiento, la ausencia de mecanismos estables de coordinación entre sistemas, la falta de formación específica en los equipos clínicos y el estigma que rodea a los trastornos mentales.

Es importante recordar que la Organización Internacional del Trabajo ya solicitó hace más de veinte años la inclusión de los trastornos mentales en la lista de enfermedades profesionales, sin que esa recomendación haya tenido un desarrollo normativo amplio en la mayoría de los países. Este documento quiere contribuir a demostrar la urgencia de avanzar en esa dirección.

Tercera parte. Abordaje clínico

Desde el sistema sanitario, el abordaje clínico de los problemas de salud mental relacionados con el trabajo requiere herramientas y criterios adaptados a su origen social y estructural. A menudo, las manifestaciones clínicas de origen laboral son tratadas de forma exclusivamente sintomática, lo que puede conducir a una atención insuficiente, iatrogénica o incluso a la cronificación del malestar.

Proponemos tres ejes de intervención:

1. Evaluación clínica con perspectiva laboral

Recomendamos incluir de forma sistemática preguntas sobre las condiciones laborales del paciente: tipo de contrato, jornada, turnicidad, carga emocional, relaciones jerárquicas, experiencias de violencia o acoso, y equilibrio entre trabajo y vida personal. Esta información es clave para una evaluación precisa del origen y mantenimiento del malestar.

2. Valoración de la sospecha de origen laboral

Cuando los síntomas de la persona coinciden con condiciones laborales de riesgo ya descritas y se establece una relación temporal o contextual con el entorno de trabajo, debe plantearse la sospecha clínica de que el trabajo está contribuyendo al problema de salud mental. Esta valoración orienta el manejo del caso y contribuye a tomar decisiones más ajustadas a las causas del sufrimiento.

3. Codificación y comunicación

La sospecha debe registrarse en la historia clínica mediante los Códigos Z de la Clasificación Internacional de Enfermedades (en adelante, CIE) que permiten reflejar los factores sociales y laborales que contribuyen al trastorno. Esta práctica no solo mejora la calidad asistencial individual, sino que permite generar datos agregados para una mejor vigilancia epidemiológica.

La identificación del trabajo como posible factor desencadenante o agravante del sufrimiento psíquico constituye un paso esencial en la atención clínica. Ante la sospecha fundada de que un problema de salud mental pueda estar relacionado con condiciones laborales adversas, el proceso asistencial debe seguir tres pasos clave:

1. **Detección y diagnóstico del trastorno de salud mental,** mediante entrevista clínica, exploración psicopatológica y herramientas diagnósticas habituales.

2. **Valoración de la sospecha del origen laboral**, integrando el relato de la persona atendida, la cronología de los síntomas y la exposición a riesgos psicosociales en el entorno de trabajo.
3. **Comunicación de la sospecha** a los servicios de prevención o a las autoridades competentes en salud laboral, siempre con el consentimiento informado de la persona afectada.

Este proceso debe quedar documentado en la historia clínica mediante los **códigos Z de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)**, que permiten reflejar los factores sociales y laborales asociados al trastorno. Esta práctica no solo mejora la calidad asistencial, sino que también contribuye a la generación de datos útiles para la vigilancia epidemiológica y la formulación de políticas preventivas.

Reconocer formalmente la sospecha de origen laboral permite a la persona dar sentido a su experiencia, acceder a sus derechos y activar recursos de apoyo social, institucional o jurídico. La práctica clínica, en este sentido, no solo alivia síntomas, sino que también puede contribuir a la protección de la salud mental en el ámbito del trabajo.

Cuarta parte. Vigilancia epidemiológica

Proponemos la puesta en marcha de un sistema de vigilancia de los trastornos mentales de posible origen laboral, articulado con los servicios de salud pública, salud laboral y atención primaria. Esta vigilancia no solo debe cuantificar la carga de enfermedad, sino también orientar medidas de prevención y reparación en los lugares de trabajo.

El sistema deberá regular los fines, los eventos objeto de vigilancia, la información a obtener, el mecanismo, forma y periodicidad de recogida de datos, el circuito de comunicación y los mecanismos de coordinación específicos cuando se requiera la coordinación entre varias administraciones, organismos y entidades; así como cualquier otro aspecto que se considere necesario.

Este sistema no puede entenderse como una herramienta exclusivamente técnica. Es, ante todo, un mecanismo de reconocimiento institucional de un problema estructural invisibilizado. Nuestro objetivo con este documento es contribuir a visibilizar ese vacío y ofrecer propuestas realistas para comenzar a llenarlo.

1. Fundamentos y modelos explicativos de la relación entre salud mental y trabajo

1.1. Trabajo y salud: El trabajo como determinante social de la salud

Concepto de trabajo y de salud mental

El concepto *trabajo* ha evolucionado a lo largo de la historia y se ha definido de diversas maneras según el contexto. De acuerdo con la definición de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el trabajo es el "conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos" (Organización Internacional del Trabajo, 2025). El trabajo juega un rol central en el sostenimiento de la vida y la formación de la subjetividad al moldear capacidades cognitivas, emocionales y morales, además de ser un eje estructurante de la identidad personal y colectiva.

El concepto de *salud* propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, define un "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad". Sin embargo, el adjetivo *completo* ha sido objeto de fuertes críticas, ya que puede llevar a una forma de entender la salud en la que gran parte de la población quedaría excluida de esta definición durante la mayor parte del tiempo. Una propuesta alternativa consistiría en definir la salud como la "habilidad para adaptarnos y cuidar de nosotros mismos" (Huber et al., 2011); o, en la misma línea, como postula la propia OMS en definiciones contemporáneas sobre el concepto de salud mental: "un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad" (World Health Organization [WHO], 2022).

En este contexto, el trabajo se configura como un determinante social clave que influye de manera profunda en el bienestar físico, psicológico y social de las personas y las comunidades. Condiciones laborales adversas erosionan la identidad personal, el sentido de propósito vital y están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar numerosos problemas de salud mental, además de contribuir al incremento de la discapacidad asociada (Ervasti et al., 2021).

Por ello, la relación entre el trabajo y la salud mental ha sido reconocida como una prioridad estratégica en las políticas sanitarias y en materia de salud mental de la Unión Europea (UE) (European Commission [EC], 2023; European Parliament, 2022; EC 2008), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (World Health Organization & International Labour Organization, 2022), la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2021) así como los Estados miembros de estas organiza-

ciones entre los que se encuentra España. Cabe destacar que el tema elegido por la OMS para conmemorar el Día Mundial de la Salud Mental en el año 2024 reflejaba esta preocupación: *Salud mental en el trabajo* (OMS, 2024).

A continuación, se presenta un marco conceptual basado en la mejor evidencia disponible que describe como las condiciones y dinámicas laborales influyen en la salud mental individual y de la población. Este marco proporciona una base estructurada para orientar intervenciones sanitarias y políticas públicas dirigidas a la prevención y a la promoción de la salud mental en el trabajo.

Trabajo y subjetividad

El trabajo es una actividad esencial para el ser humano que implica la realización de tareas físicas y mentales destinadas a mantener unas condiciones de vida determinadas. Además de organizar colectivamente la producción de bienes y servicios, el trabajo estructura nuestro tiempo, nos permite relacionarnos con otros, contribuye a la adquisición de identidad y, en muchos casos, nos ayuda a realizarnos como seres humanos.

El concepto de trabajo no se limita únicamente a la ejecución de tareas productivas propias del empleo asalariado, sino que puede presentarse de diversas formas: dentro o fuera del hogar (trabajo reproductivo o productivo), de manera voluntaria, obligatoria o forzada (trabajo comunitario, remunerado, forzoso o esclavo), con o sin contrato (trabajo formal o informal), con o sin remuneración, regulado o no por el Derecho del Trabajo y la Seguridad Social y bajo condiciones seguras o peligrosas.

El trabajo produce y transforma a las personas, plantea exigencias físicas y psíquicas y demanda de manera constante respuestas del individuo. Cualquier actividad laboral no solo implica cumplir con las tareas prescritas, sino que también supone tareas de adaptación, de interpretación de situaciones, de resolución de problemas y de movilización de capacidades físicas e intelectuales. El trabajo involucra a la personalidad de manera profunda, exponiéndola al fracaso y la frustración, al mismo tiempo que al éxito y al desarrollo.

La evidencia de la que disponemos en la actualidad vincula condiciones de trabajo y empleo nocivas con el deterioro de la salud mental y ha convertido esta relación en un problema de salud pública y un reto para las políticas públicas. Sin embargo, el abordaje sigue centrado en intervenciones individuales que descontextualizan el malestar y obvian sus causas estructurales. Esta misma lógica domina la percepción social, que prioriza la reducción de síntomas y adaptación a las exigencias del trabajo por encima del reconocimiento del trabajo como determinante clave de la salud mental.

1.1.1. El trabajo como determinante social fundamental e infravalorado de la salud

La salud mental, del mismo modo que la salud en general, se distribuye desigualmente en la población. Estas desigualdades no solo son sistemáticas, perjudicando especialmente a las clases y grupos sociales más desfavorecidos de la sociedad, sino que son injustas y evitables, ya que responden a determinantes sociales ligados a decisiones y prioridades de los actores y grupos sociales con influencia política (Navarro et al., 2006; Whitehead, 1992; Benach & Muntaner, 2005). Como señala la Comisión de

Determinantes Sociales de la Salud de la OMS: "la injusticia social está matando a la población a gran escala", por lo que "la reducción de las inequidades en salud, entre y dentro de los países, es un imperativo ético" (Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008).

El modelo biopsicosocial de la salud mental subraya la interrelación entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, destacando la importancia de los determinantes psicosociales (Engel, 1977; Havelka, Lucanin, & Lucanin, 2009; Prince et al., 2007). A diferencia de otros enfoques reduccionistas, el modelo biopsicosocial es crucial para entender como las desigualdades socioeconómicas se traducen en desigualdades en salud mental. Así, la posición que ocupamos en la jerarquía social condiciona el grado de control que podemos ejercer sobre nuestras propias vidas, las oportunidades de participar socialmente y, por extensión, determinan nuestra salud (Marmot, 2004; 2016; Sapolsky, 2005). Por ejemplo, el riesgo de desarrollar problemas de salud mental con potencial diagnóstico psiquiátrico puede multiplicarse por diez entre los extremos del gradiente socioeconómico (Marmot, 2016; Muntaner et al., 2013). Desde el modelo biopsicosocial se priorizan intervenciones enfocadas a la prevención de los problemas de salud mental actuando sobre los determinantes sociales que configuran las condiciones de vida de la población, más allá del ámbito clínico o de quienes ya han sido diagnosticados (McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002; Woolf, 2007).

Las distintas condiciones de empleo y trabajo implican una distribución desigual de recursos y oportunidades para afrontar a las demandas de la vida, lo que se asocia estrechamente con diferencias en la percepción de falta de control o estrés psicológico, reconocido como un factor de riesgo bien establecido para la salud tanto física como mental (Benach et al., 2014; Torjesen, 2014). El modelo biopsicosocial amplía, además, el análisis de los determinantes sociales de la salud para incluir aquellos de naturaleza ecológica, reconociendo el impacto de factores sociales como el consumo (Starr et al., 2023) o las políticas económicas (Hope & Limberg, 2022) sobre la degradación de los límites planetarios, fundamentales tanto para la salud del planeta como para nuestra supervivencia como especie (Richardson et al., 2023; Bordera, Turiel, & Valladares, 2024; Muntaner & Benach, 2023).

En 2023, la revista Lancet publicó una serie de artículos sobre «Trabajo y salud» (The Lancet Series on Work and Health, 2023), uno de los cuales, se centra específicamente en la salud mental. En él se concluye que el trabajo es un determinante social clave para la salud, cuyo impacto ha sido históricamente infravalorado, especialmente en países de altos ingresos. Según los autores, la mejora de las condiciones laborales podría provocar un impacto sustancial en el bienestar de la población y contribuir a reducir las desigualdades en salud (Frank et al., 2023). El artículo incluye también un marco conceptual que facilita la comprensión de las complejas relaciones entre trabajo y salud. A continuación, se resumen brevemente sus distintos niveles de análisis:

- **Primer nivel: condiciones socioeconómicas y políticas.** Engloba factores estructurales como la situación económica, las políticas laborales, la gobernanza del mercado de trabajo, la innovación tecnológica y el cambio climático. Estos factores determinan cómo se organiza el mercado laboral y la disponibilidad de empleos. Por ejemplo, la tecnología ha transformado significativamente el mundo del trabajo mediante el auge del teletrabajo

y la automatización, mientras que el cambio climático ha generado nuevos riesgos, especialmente en trabajos que se realizan al aire libre o relacionados con situaciones de emergencia.

- **Segundo nivel: posición social.** Se refiere a características individuales que condicionan el acceso a las oportunidades laborales, como el nivel socioeconómico, el género, la orientación sexual, la edad, la etnia y el estatus migratorio. La interacción entre estas características y las condiciones de empleo genera desigualdades laborales estructurales. Algunos grupos sociales están sobrerrepresentados en empleos más precarios, menos estables y con menor protección.
- **Tercer nivel: condiciones de empleo.** Incluye los distintos tipos de relaciones laborales existentes en el mercado, desde contratos permanentes y a tiempo completo, hasta formas más precarias o menos protegidas, como contratos temporales, trabajos autónomos, empleos en plataformas digitales o trabajadores por cuenta propia. Estas condiciones afectan directamente la seguridad laboral, el acceso a derechos y prestaciones, y la estabilidad económica de las personas trabajadoras, afectando la salud de forma diferenciada según el tipo específico de empleo.
- **Cuarto nivel: condiciones de trabajo.** Este nivel aborda cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud de la población trabajadora. Algunos ejemplos incluyen: las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo; los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente laboral; así como los procedimientos de utilización de dichos agentes. También se consideran condiciones de trabajo todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a los que esté expuesta la persona trabajadora. Todas estas condiciones pueden tener efectos adversos significativos sobre la salud física y mental de quienes las experimentan.
- **Quinto nivel: características personales e individuales.** Cada persona trabajadora posee características individuales desarrolladas a lo largo de su trayectoria vital que pueden moderar o agravar el impacto de las condiciones laborales sobre la salud. Estas diferencias individuales influyen en la capacidad de afrontamiento y en el grado de vulnerabilidad frente a la exposición prolongada al estrés crónico (Acoba, 2024).

Otra aportación relevante del artículo de Frank et al. (2023) es la identificación de los principales desafíos emergentes en la relación entre trabajo y salud, que pueden sintetizarse en:

- El impacto a largo plazo de la introducción de la tecnología en el trabajo y los efectos del teletrabajo.
- La influencia que los diversos ejes de desigualdad como el género, la etnia y la clase social tienen en la relación que existe entre el trabajo y la salud.
- La creciente presencia de personas migrantes y la dependencia estructural de los países de altos ingresos respecto a estos flujos migratorios.

- El agravamiento de la precariedad en sus múltiples dimensiones.
- La extensión de las jornadas laborales, la irregularidad horaria y la erosión del tiempo de descanso.
- El impacto del cambio climático sobre las condiciones de trabajo, especialmente en ocupaciones expuestas al medio ambiente o a emergencias.

1.1.2. El modelo de la precariedad integral y su relación con el trabajo

Tal como plantea el artículo citado anteriormente (Frank et al. 2023) la precariedad constituye una dimensión clave para comprender el impacto del trabajo sobre la salud mental. Para ello, se recurre a un modelo multidimensional denominado *precariedad integral*, que combina no solo aspectos de la precariedad laboral, relativa a las condiciones y características del trabajo, sino también la precariedad en el empleo, vinculado a la inestabilidad y vulnerabilidad de la situación contractual. Este enfoque incorpora otras formas de precariedad social que abarcan ámbitos más amplios, como las condiciones de vida familiar y comunitaria. Desde esta perspectiva, la exposición a riesgos psicosociales en el ámbito individual o micro se redefine considerando simultáneamente las relaciones más amplias de poder, acceso a recursos y oportunidades presentes a nivel estructural o macro (Muntaner & O'Campo, 1993; Martikainen, Bartley, & Lahelma, 2002; Benach et al., 2010; Rönnblad et al., 2019; Kreshpaj et al., 2020; Méndez Rivero, 2022; Méndez Rivero et al., 2021; Méndez-Rivero et al., 2022).

Esta definición de precariedad laboral incorpora mecanismos sociales relacionados con el poder, como la explotación (Muntaner et al., 2015; Muntaner et al., 2006; Prins et al., 2021; Muntaner et al., 2011; Prins et al., 2015), las relaciones de dominación y subordinación (Muntaner et al., 1998; Muntaner et al., 2003), y la discriminación basada en distintos ejes de estratificación social como el género, la etnia o la clase social (Conferencia Internacional del Trabajo, 2003; Pascoe & Richman, 2009; Clausen, Rugulies, & Li, 2022). También se incluyen formas de violencia como el acoso laboral y/o sexual, así como amenazas o conductas reiteradas dirigidas a humillar, ofender o victimizar. Este enfoque amplía la mirada más allá del modelo clásico de riesgos psicosociales –que también los incluye– tales como los horarios nocturnos o rotatorios, las jornadas excesivas, los descansos insuficientes, la imprevisibilidad horaria(Muntaner et al., 2006; Prins et al., 2021; Muntaner et al., 2011; Prins et al., 2015; Muntaner et al., 1998; Muntaner et al., 2003; Conferencia Internacional del Trabajo, 2003; Pascoe & Richman, 2009; Clausen, Rugulies, & Li, 2022; International Labour Organization, 2019; Artazcoz et al., 2016; Åkerstedt, 2003; Kecklund & Axelsson, 2016; Karpman, Hahn, & Gangopadhyaya, 2019), o las altas exigencias emocionales (Kogovsek, 2014).

El fenómeno de la precarización laboral presenta tres características fundamentales: es histórico, relacional y multinivel.

En primer lugar, la precariedad laboral debe ser entendida desde un punto de vista histórico. Aunque su forma actual está estrechamente relacionada con la consolidación del sistema económico contemporáneo y a las reformas realizadas durante las últimas cinco décadas, sus raíces se remontan mucho más atrás. La precariedad ha caracterizado diversas formas de subordinación laboral a lo largo del tiempo: desde

el trabajo del campesinado medieval y los talleres de la Edad Moderna, hasta el trabajo manual de la clase obrera industrial y, más recientemente, el empleo en el sector servicios y la economía digital.

Resulta llamativo que, a lo largo de la historia, la precariedad laboral ha sido "redescubierta" de forma recurrente. En los años setenta, por ejemplo, se habló del descubrimiento de la economía informal. Más tarde, durante los años ochenta y noventa, la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral fue presentada como una novedad, a pesar de que las mujeres han trabajado históricamente de múltiples formas, tanto visibles como invisibilizadas. Más recientemente, la precariedad laboral ha vuelto a ocupar el centro del debate público con la aparición del concepto de "precariado": una clase social emergente caracterizada por la acumulación de múltiples inseguridades y falta de redes de apoyo comunitario (Standing, 2011).

Las políticas de desregulación, y en especial la desregulación del derecho laboral, han reforzado el poder de los empleadores, debilitando la protección de las personas trabajadoras y profundizado las desigualdades sociales y en salud (Chamayou, 2022). En los países donde las organizaciones sindicales son más fuertes, las personas trabajadoras tienen una mayor capacidad de negociación colectiva, una menor desigualdad salarial y una mayor calidad de empleo, lo que a su vez se traduce en una mayor equidad en salud y calidad de vida (Wilkinson & Pickett, 2019). La precariedad adopta diferentes formas según la evolución histórica y características sociales de cada país (Padrosa, Bolíbar, Julià, & Benach, 2021).

La segunda característica de la precariedad laboral es su naturaleza relacional, ya que obliga a considerar las relaciones de poder, tanto a nivel macro como micro, existentes entre los distintos grupos sociales que configuran una sociedad. El trabajo revela la interdependencia que define al ser humano: como relación social el trabajo remunerado está atravesado por dinámicas de poder, dominación y control, que pueden adoptar formas más o menos visibles, simbólicas o violentas. Nuestro sistema económico tiende a convertir esta interdependencia en competencia y fragmentación. Sin embargo, en sentido contrario, el trabajo puede ser fuente de cooperación, autonomía, reconocimiento y sentido de pertenencia (Wright, 1976) y (Pahl, 1988).

Finalmente, la precariedad es un fenómeno multinivel, como veremos, cuyos efectos dependen de la interacción entre múltiples factores económicos, legislativos, políticos, laborales y sociales, que operan simultáneamente en planos locales, nacionales y globales.

Por último, la evidencia indica que, en general, las personas laboralmente activas presentan mayores niveles de salud y bienestar que aquellas inactivas y especialmente las desempleadas. El desempleo, de hecho, es un factor de riesgo para sufrir múltiples problemas de salud mental (Yur'yev, Värnik, Värnik, Sisask, & Leppik, 2012; Das-Munshi & Thornicroft, 2018).

Para analizar la precariedad laboral desde una perspectiva multidimensional, se ha desarrollado el instrumento Employment Precariousness Scale (EPRES) validado internacionalmente (Padrosa, Bolíbar, Julià, & Benach, 2021). Este cuestionario evalúa seis dimensiones clave de la precariedad, entre ellas: temporalidad, salarios insuficientes y falta de poder de negociación colectiva (desempoderamiento). Más allá de su impacto sobre la salud, se ha demostrado que la precariedad laboral no se distribuye de forma equitativa: afecta en mayor intensidad a mujeres, jóvenes, personas migrantes y colectivos en situación de desventaja social (Padrosa, Vanroelen, Muntaner, & Benach, 2022).

Vías y mecanismos que relacionan el trabajo, la precariedad y la salud mental

El marco expuesto permite comprender las complejas relaciones entre distintas formas de precariedad laboral y en el empleo que afectan a trabajadoras y trabajadores en ocupaciones muy diversas. La prevalencia de esas situaciones no es aleatoria: se distribuye de forma desigual en función de factores como la clase social, el género, la edad, la situación migratoria, la etnia o el lugar de residencia. Además, el trabajo reproductivo no remunerado (doméstico y de cuidados) constituye una forma de precariedad frecuentemente invisibilizada, pese a ser fundamental para el sostenimiento de la economía y la cohesión social.

La precarización afecta tanto a la trayectoria laboral como a otras esferas de la vida, introduciendo inestabilidad, inseguridad y vulnerabilidad en el día a día. Como se ha señalado previamente, la precariedad puede manifestarse tanto en el empleo como en las condiciones de trabajo, y extenderse a otras esferas de la vida cotidiana mediante procesos de exclusión social, inestabilidad material y vulnerabilidad estructural. A partir de este marco, se identifican tres vías principales a través de las cuales la precariedad impacta en la salud mental:

- **La primera vía es la trayectoria laboral de los empleados.** La transformación del modelo tradicional de empleo, definido como fijo, estable, a tiempo completo, con derechos laborales y protección social, hacia formas progresivamente precarizadas ha dado lugar a trayectorias profesionales marcadas por la inestabilidad, la inseguridad, y la pérdida de derechos y protección social. Esta evolución difumina las fronteras entre situaciones laborales formalmente distintas, pero funcionalmente precaria.
- **La segunda vía es la exposición a condiciones de trabajo adversas.** La precariedad laboral se asocia con una mayor exposición a estresores psicosociales derivados del diseño y la organización del trabajo (sobrecarga de trabajo, bajo control o autonomía, altas demandas, bajo apoyo social, etc.), situaciones de explotación, dominación o discriminación y otros factores de riesgo (físicos, químicos, biológicos y ergonómicos). Estas exposiciones se ven favorecidas por una menor protección institucional (falta de indemnización, representación o negociación colectiva) y por una mayor incertidumbre, miedo e indefensión ante el despido (Karasek & Theorell, 1990; Siegrist & Theorell, 2006; Krieger, 2000; Muntaner et al., 2011; Muntaner & Lynch, 1999; Muntaner, Benach, Hadden, Gimeno, & Benavides, 2006; Prins et al., 2021).
- **La tercera vía es la precariedad en las condiciones de la vida cotidiana**. La vulnerabilidad generada en el ámbito laboral se extiende al hogar a través de procesos de privación material y empobrecimiento, afectando tanto a las personas trabajadoras como a su entorno familiar, en particular a menores (Rubery & Piasna, 2017). Ejemplos de esta precariedad social incluyen el acoso inmobiliario, los desahucios o la pobreza energética, todos ellos con consecuencias significativas sobre la salud mental (Caroz-Armayones, Benach, Delclós, & Julià, 2022; Belvis, Bolíbar, Benach, & Julià, 2022).

1.1.3. Trabajo productivo y reproductivo y su impacto sobre la salud

En este documento, el concepto de trabajo abarca tanto las actividades habitualmente remuneradas desarrolladas en el mercado laboral –reguladas por marcos legales– como aquellas de carácter reproductivo, es decir, el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado que se realiza fuera del ámbito mercantil.

Ambas formas de trabajo –productivo y reproductivo– tienen un impacto significativo sobre la salud mental de la población, especialmente cuando se combinan, como ocurre con frecuencia en el caso de las mujeres debido a la persistente desigualdad en la distribución del trabajo de cuidados. No obstante, el efecto del trabajo reproductivo sobre la salud mental ha sido históricamente invisibilizado y mucho menos investigado que el trabajo remunerado.

Por tanto, cualquier análisis riguroso sobre la relación entre trabajo y salud mental debe integrar ambos ámbitos, reconociendo el peso estructural del trabajo doméstico y de cuidados en la configuración de la salud mental.

En relación al trabajo reproductivo (doméstico y de cuidados), estas actividades tienen un impacto significativo en la salud mental debido, en parte por su interacción con el trabajo remunerado. Desde una perspectiva de género, a pesar del aumento progresivo de la participación de los hombres en estas tareas, las mujeres continúan asumiendo la mayor parte de la carga, con el consiguiente impacto sobre su salud y bienestar.

Esta desigual distribución del trabajo reproductivo desempeña un papel clave en las desigualdades de género que atraviesan la precariedad laboral. Uno de los principales factores que explican la mayor concentración de mujeres en trabajos precarios es el tiempo desproporcionado que dedican al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, en gran medida invisibilizado y no reconocido socialmente. Esta carga condiciona su posición en el mercado laboral e incrementa su vulnerabilidad a la discriminación (Buckingham et al., 2020; Krimshaw, 2015).

Las mujeres suelen ser socializadas para asumir el cuidado de los demás y, ante necesidades familiares, tienden a reducir o abandonar su participación en el mercado laboral para hacerse cargo tanto del cuidado infantil como del de personas en situación de dependencia. Con frecuencia, para compatibilizar el trabajo remunerado con las responsabilidades familiares, optan por empleos a tiempo parcial o cercanos al domicilio, aunque sean precarios, priorizando el cuidado de la familia sobre la calidad del trabajo (Verniers & Vala, 2018). Si bien cerca de la mitad de las personas que trabajan a tiempo parcial lo hacen por no haber encontrado empleo a jornada completa, las obligaciones familiares, especialmente el cuidado de menores o de personas en situación de dependencia, son cinco veces más frecuente en las mujeres. En cambio, los hombres alegan con mayor frecuencia motivos formativos, el doble que la de mujeres (Moya-Martínez, Escribano-Sotos, & Pardo-García, 2012).

En términos de impacto sobre la salud, parece que las mujeres dedicadas exclusivamente al trabajo doméstico y de cuidados presentan, en general, peores indicadores de salud que aquellas con trabajo remunerado. Esta diferencia se explica, en parte, por la falta de recompensas asociadas al empleo como la autonomía económica, el reconocimiento social, la identidad profesional o las relaciones interpersonales fuera del ámbito familiar.

Una dimensión del trabajo reproductivo aún poco explorada es la *carga mental*: un conjunto de actividades intangibles vinculadas a la anticipación, planificación, organización y seguimiento de las necesidades del hogar y de relaciones sociales. La escasa evidencia disponible sugiere que la gestión en solitario de estas responsabilidades afecta negativamente a la satisfacción vital y conyugal, y, por tanto, a la salud mental (Reich-Stiebert, Froehlich, & Voltmer, 2023).

En cuanto a la compatibilización entre el trabajo remunerado y el no remunerado, los estudios muestran que, cuando el reparto del trabajo doméstico es equitativo, el trabajo fuera del hogar tiene un efecto positivo sobre la salud mental de las mujeres, en comparación con aquellas sin trabajo remunerado. Sin embargo, este efecto beneficioso desaparece cuando la distribución el trabajo doméstico continúa siendo desigual (Bacigalupe & Martín, 2007).

Un reflejo del estadio aún incipiente en la detección sanitaria de problemas de salud mental relacionados con el trabajo reproductivo es la ausencia de códigos diagnósticos específicos que permitan identificar su vínculo con la salud mental. Actualmente, no existen códigos Z que recojan de forma explícita esta relación, lo que supone un doble agravio para quienes realizan este trabajo como ocupación principal (Stein, Palk, & Kendler, 2021).

1.2. Sufrimiento, problemas de salud mental y trastornos mentales derivados del trabajo: derecho a la protección a la salud y los sistemas de atención a la salud mental

1.2.1. Sufrimiento, problemas de salud mental y trastornos mentales

El ejercicio de una actividad laboral implica esfuerzo, lo que conlleva dosis de sufrimiento que pueden variar significativamente según los factores y condiciones de empleo y trabajo. Bajo ciertas condiciones, relacionadas con el nivel o tipo de exigencias y responsabilidades, el contexto donde se realiza la actividad y/o las relaciones/condiciones laborales, el trabajo puede conllevar sufrimiento y el riesgo de desarrollo de problemas de salud mental. A pesar de estas demandas, es esencial reconocer que no todo sufrimiento asociado a estas dinámicas puede ni debe considerarse susceptible de ser diagnosticado como un trastorno mental.

Los trastornos mentales son descriptores que hacen referencia a fenómenos clínicos como los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos psicóticos que están recogidos y codificados en manuales diagnósticos como la CIE de la Organización Mundial de la Salud (Stein, Palk, & Kendler, 2021; World Health Organization, 2019).

La irrupción de unos determinados síntomas psíquicos responde siempre a una compleja combinación de factores cuyo impacto en las personas es variable y va necesariamente más allá de las categorías empleadas. En este sentido, se hace necesaria la definición del concepto problemas de salud mental que trascienda el concepto de

trastorno mental e incluya una gama más amplia de situaciones relacionadas con la salud mental que abarcan también el continuo de las experiencias entre el sufrimiento y la patología; esto incluye situaciones subclínicas, así como condiciones que no se reconocen como patologías en los manuales de diagnóstico pero si están codificados en los mismos, por ejemplo, el síndrome de desgaste profesional o burnout (Rugulies et al., 2023).

Por ello, es necesario llevar a cabo un análisis contextual y ajustado a cada situación particular para diferenciar entre el sufrimiento generado por las demandas normales del trabajo (que no debería necesitar de respuestas por parte del sistema sanitario) y aquel que pueda derivar en problemas de salud mental y trastornos mentales cuando se acumulan factores de riesgo prolongados y condiciones laborales y de trabajo adversas.

Figura 1. Modelo del continuo del malestar psicológico asociado al trabajo

Fuente: Elaboración propia.

1.2.2. El enfoque de salud mental en todas las políticas para la mejora de las condiciones de trabajo

En un contexto donde las condiciones laborales influyen significativamente en la salud mental, cualquier intervención efectiva debe partir del fortalecimiento de las políticas públicas que afectan a los determinantes estructurales del empleo, incluyendo las políticas macroeconómicas, las condiciones de empleo y del puesto trabajo, la protección social y la prevención de riesgos derivados de la actividad laboral.

Proteger la salud mental de la población trabajadora requiere un enfoque transversal que integre la salud mental en todas las políticas (Mental Health in All Policies),

priorizando la creación de condiciones laborales dignas, seguras y saludables. En España, el derecho a la salud y a condiciones laborales adecuadas está recogido en los artículos 40.2 y 43 de la Constitución Española, y desarrollado mediante la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, que establece la obligación de proteger la salud física y mental en el trabajo a la salud y la seguridad y salud en el trabajo.

Sin embargo, aún queda mucho camino por recorrer a favor de un entorno que proteja activamente la salud mental en el lugar de trabajo, tal como defienden iniciativas como los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (United Nations, 2025), la Agenda de Trabajo Decente de la Organización Internacional del Trabajo (ILO, 2025) y las directrices de salud mental en el trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OIT (WHO & ILO, 2022). Destaca también la iniciativa de la Unión Europea sobre salud mental (EC, 2023), una estrategia integral enfocada en prevención, accesibilidad y recuperación. Esta iniciativa política busca abordar factores que afectan la salud mental como crisis sociales, económicas y ambientales, y propone medidas en colaboración con Estados miembros para mejorar el apoyo en salud mental a través de la capacitación, iniciativas de prevención y una atención accesible.

El estrés y las dificultades laborales reflejan problemas estructurales en el entorno de trabajo que deberían ser resueltos desde una perspectiva de condiciones laborales y no exclusivamente de sistema sanitario. Es fundamental reconocer que el abordaje de los problemas laborales requiere políticas que promuevan el bienestar, la seguridad y la salud en el trabajo, evitando así que el sistema de salud recurra al uso excesivo de diagnósticos y/o prescripciones farmacológicas cuando la intervención óptima es la mejora de las condiciones de empleo y las del entorno laboral.

1.2.3. El sistema sanitario en el abordaje y la prevención de los problemas de salud mental y trastornos mentales derivados del trabajo

El sistema sanitario actúa a través del diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico de los trastornos mentales a nivel individual. Sin embargo, su impacto en la prevención de los factores de riesgo (condiciones laborales adversas que determinan la ocurrencia de los problemas de salud mental) es, en el mejor de los casos, limitada. Por ejemplo, la utilización de los Códigos Z y Q (Clasificación Internacional de Enfermedades 10 y 11 respectivamente) (WHO, 2019) es infrecuente y su uso permitiría que los problemas derivados de condiciones laborales adversas tengan un espacio en la práctica clínica y en su estudio e intervención desde el ámbito de la salud pública.

Asimismo, la integración entre servicios de salud pública, salud laboral, atención primaria y hospitalaria permite no solo abordar los síntomas, sino también colaborar en la prevención primaria, secundaria y terciaria de los problemas de salud mental relacionados con el trabajo. En el caso de la salud mental y trabajo, una intervención efectiva debe promover la salud mental comunitaria, considerar los determinantes sociales de salud y promover la coordinación fluida con otros agentes involucrados. De esta manera, el sistema sanitario puede contribuir a la movilización de recursos sociales y a una cobertura integral que proteja al paciente en los casos que una persona se vea afectada por condiciones sociales y laborales adversas.

Principios y retos en la intervención desde el sistema sanitario

En los contextos sanitarios, toda intervención, ya sea diagnóstica, farmacológica, psicoterapéutica o comunitaria, sigue principios básicos que orientan su ejecución: en primer lugar, debe ofrecer un beneficio claro y demostrado; en segundo lugar, debe asegurar que los beneficios superen los riesgos, respetando la autonomía del paciente y garantizando su consentimiento informado; y, finalmente, debe aplicar criterios de justicia en la asignación de recursos. (Ley 14/1986, 1986; Ley 41/2002, 2002; Beauchamp & Childress, 2019).

Beneficios de las intervenciones del sistema sanitario

El sistema sanitario podría desempeñar un papel crucial para las personas que presentan patologías relacionadas con el empleo, especialmente si existe una coordinación con otros sistemas institucionales y agentes sociales. La desigualdad y la pobreza han normalizado muchas prácticas abusivas y condiciones laborales insalubres, de manera que las personas expuestas a condiciones de trabajo adversas están sometidas a estresores que pueden estar acompañados de factores lesivos adicionales. Para muchas de estas personas, el sistema sanitario puede ser un primer paso que posibilite el reconocimiento y tratamiento de sus problemas, que muchas veces aparecen en forma de síntomas sin un origen claro.

Prescripción de activos en salud y el no hacer desde el sistema sanitario

Desde el sistema sanitario es importante identificar cuándo no intervenir. Esto no significa abandonar al paciente, sino, por el contrario, reconocer que en algunos casos el tratamiento no requiere una intervención sanitaria, sino la comprensión de su situación y la puesta en marcha de recursos de apoyo.

Una estrategia clave en este enfoque es la prescripción de *activos en salud* o prescripción social (Ministerio de Sanidad, 2021; WHO, 2022). Esto es, acciones o recursos que potencien las capacidades de la persona y su entorno para afrontar su situación y mejorar su calidad de vida. Esto puede incluir derivaciones a dispositivos sociales, como servicios sociales, organizaciones sindicales, tejido asociativo local, entre otros. Este enfoque respalda la idea de que no toda experiencia de sufrimiento debe ser medicalizada, y que a veces el papel más valioso del sistema sanitario es proporcionar orientación y movilizar recursos que fortalezcan al individuo y la comunidad, evitando intervenciones innecesarias que podrían generar más perjuicio que beneficio.

Este enfoque se sustenta en el principio de no maleficencia (primum non nocere), es decir, evitar intervenciones innecesarias que podrían causar más perjuicio que beneficio. Un riesgo real en el abordaje de los problemas de salud mental vinculados al trabajo es la *iatrogenia*, es decir, el daño ocasionado por la propia intervención sanitaria. Esto puede ocurrir cuando el sistema se limita a tratar síntomas como ansiedad, insomnio o bajo estado de ánimo sin atender las condiciones laborales que los generan, lo que conduce a una intervención reduccionista e insuficiente.

En muchos casos, los tratamientos sintomáticos –habitualmente psicofarmacológicos– ofrecen un alivio temporal, pero corren el riesgo de enmascarar la causa del malestar, perpetuando la exposición de la persona a un entorno laboral nocivo.

Además, la medicalización individual del sufrimiento social puede transmitir implícitamente el mensaje de que el problema reside en una supuesta falta de capacidades personales, reforzando la idea de que el malestar es una cuestión privada e individual. Esto diluye la posibilidad de actuar colectivamente sobre los determinantes sociales y laborales del sufrimiento y desplaza la responsabilidad hacia la persona enferma. Por ejemplo, una persona trabajadora que empieza a sufrir insomnio y tensión muscular al enfrentarse a turnos de trabajo excesivos recibe únicamente medicación ansiolítica. Al aliviarse sus síntomas, continúa aceptando jornadas prolongadas sin cuestionarlas, y termina asumiendo que el problema reside en su falta de habilidades para "gestionar el estrés", en lugar de identificar la sobrecarga como causa de su malestar.

Ley de cuidados inversos

Al igual que ocurre en otros ámbitos de la salud, la gestión de la salud mental en los servicios de salud podría estar sometida a la denominada como Ley de Cuidados Inversos, que expone que "*la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a las necesidades de la población atendida. Esta ley se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado y menos donde dicha exposición es menor*" (Hart, 1971). Se ha estudiado que las actitudes de profesionales de Atención Primaria hacia pacientes con depresión, comparando cupos de zonas según su nivel socioeconómico: mientras que los profesionales de zonas acomodadas percibían la depresión como como una enfermedad tratable y una tarea gratificante, aquellos profesionales de zonas deprimidas lo definían como un problema del entorno y, por tanto, de difícil resolución (Chew-Graham et al., 2002). Incluso describieron la propia percepción de algunos profesionales en torno a su mayor reticencia en reconocer y actuar ante este tipo de pacientes, debido a factores estructurales percibidos como mucho menos manejables desde la consulta.

En el ámbito laboral, la Ley de Cuidados Inversos se manifiesta cuando quienes desempeñan puestos más precarios acceden con mayor dificultad a intervenciones psicosociales de calidad. De forma análoga a lo observado en Atención Primaria, los trabajadores de entornos más vulnerables podrían recibir menos apoyo clínico y preventivo pese a tener mayores niveles de estrés y riesgo de trastornos mentales. Esto refuerza la desigualdad: la atención mejor organizada y con más recursos (tanto sanitarios como empresariales) se concentra en ámbitos de trabajo de mayor nivel socioeconómico, mientras que las áreas con mayor carga de riesgos psicosociales se enfrentan a entornos con menos recursos para su atención. Este patrón no solo penaliza a quienes más lo necesitan, sino que también perpetúa la subjetivación del malestar: al no reconocerse como un problema estructural, se refuerza la idea de que el estrés laboral es responsabilidad individual, dificultando la movilización colectiva para mejorar las condiciones de trabajo.

1.2.4. Trabajo, salud y discapacidad

Las personas con discapacidad son especialmente vulnerables a las desigualdades del mercado laboral, encontrándose infrarrepresentado en el mismo. Esto se traduce en exclusión del trabajo remunerado, precariedad o acceso a empleos con sueldos insuficientes y un menor reconocimiento social.

El informe «El empleo de las personas con discapacidad», publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y correspondiente al año 2022 (Instituto Nacional de Estadística, 2023), refleja las dificultades que existen para acceder al mercado laboral. La tasa de actividad de las personas con discapacidad se sitúa en el 35,3%, es decir, 42,7 puntos inferior a la de la población sin discapacidad; la tasa de empleo entre las personas con discapacidad en su conjunto es del 27,8%; a su vez, dentro de este colectivo se reproduce la misma tendencia que en la población general en lo que respecta a diferencia de género, teniendo las mujeres con discapacidad menos presencia activa en el mercado laboral que los hombres: 34%, frente a 36,3%.

Dicho informe también señala que las personas con discapacidad psicosocial ocupan el segundo lugar en lo que respecta a la tasa de empleo en todo el ámbito de la discapacidad. La tasa de empleo de las personas que presentan diagnósticos de salud mental ha crecido 1,2 puntos respecto a la del año precedente, 2021, pasando de 17,7% a 18,9%.

Otras características que tienen los empleos a los que acceden mayoritariamente las personas con discapacidad son la parcialidad y la brecha salarial respecto al resto de personas trabajadoras. En España, según el Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo de Fundación ONCE (Fundación ONCE, 2024), las personas con discapacidad presentan tasas más altas de empleos a tiempo parcial (17,8%) que las personas sin discapacidad (13,8%). Y, según datos del INE, el salario anual bruto de las personas trabajadoras por cuenta ajena con discapacidad es un 16,1% menor que el de las personas trabajadoras por cuenta ajena sin discapacidad (Naciones Unidas, 2006).

La discapacidad ha sido históricamente entendida como una condición o rasgo de la persona derivado de la existencia de determinadas deficiencias o anomalías de carácter individual, de manera que la sociedad se ha encargado de desplegar medidas y actuaciones orientadas a la curación, rehabilitación y normalización. De esta manera, las limitaciones existentes a la hora de participar en la vida social (en el mercado laboral, dentro del tema que nos ocupa) se han entendido como una consecuencia necesaria de las deficiencias o anomalías mencionadas. Esta interpretación, y sus consecuentes, aceptaba y justificaba lo que el actual enfoque basado en derechos considera discriminaciones y vulneraciones.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Romero, 2023) (aprobada en 2006 y ratificada por España en 2008) es una herramienta jurídica vinculante que rompe con la idea de que las personas con discapacidad necesitan protección, tratamiento y cuidado para reconocerlos como sujetos de derechos. En el texto se indica que "las barreras debidas a la actitud y al entorno evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Esta igualdad perseguida incluye también "el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad". Los Estados parte de la Convención tienen la obligación de salvaguardar y promover el ejercicio del derecho al trabajo, lo que además debe hacerse en contra de lógicas caritativas o vinculadas a la beneficencia, sino exigiendo al mercado laboral apertura, inclusión y no discriminación. Con el objetivo de incidir en la alta tasa de desempleo y la baja tasa de actividad, se requiere "implementar políticas antidiscriminatorias, que contengan herramientas tales como la obligación del cumplimiento de requisitos

de accesibilidad, los ajustes razonables, las medidas de acción positiva y la calidad del empleo protegido" (Romero, 2023).

El enfoque de derechos juega un papel especialmente relevante en la relación entre mercado laboral y discapacidad psicosocial. La fuerte estigmatización que ha caracterizado a los problemas de salud mental dentro de nuestra sociedad ha derivado tanto discriminaciones sistémicas como en la interiorización del propio estigma. Las aproximaciones asistencialistas han dejado de lado cuestiones tan cruciales como la no segregación o la necesidad de que el trabajo tenga una dimensión significativa más allá del poner a trabajar a las personas que tienen dificultades para acceder al mercado laboral. Las personas con discapacidad psicosocial necesitan también trabajos dignos y dotados de un sentido; de hecho, estos son una parte crucial de los procesos de recuperación y, por tanto, una clave para evitar la cronificación (WHO & ILO 2022).

1.3. Resumen ejecutivo y marco conceptual

A lo largo del presente capítulo se han definido los conceptos clave de trabajo, salud, salud mental y problemas de salud mental, destacando al trabajo como un determinante social clave, con potencial salutogénico cuando se desarrolla en condiciones favorables. También se ha sintetizado la evidencia más relevante sobre cómo la interacción de factores adversos puede afectar negativamente a la salud mental de la población trabajadora, estableciendo así una base conceptual sólida para el diseño de políticas y estrategias institucionales orientadas a promover entornos laborales saludables.

El modelo conceptual que se presenta (Figura 2) integra los principales agentes, políticas, determinantes sociales y causas estructurales que subyacen a la relación entre trabajo y salud mental. Se trata de un marco de conocimiento estructural que, apoyándose en la mejor evidencia científica disponible y en factores teóricos plausibles –aunque en algunos casos aún poco estudiados–, permite simplificar la complejidad de estas relaciones. Su objetivo es identificar las principales vías de influencia y mecanismos explicativos que operan sobre la salud mental y las desigualdades en su distribución. No se trata de relaciones deterministas, sino de procesos dinámicos, interrelacionados y contingentes (Havet, Bayart, & Bonnel, 201; Benach & Muntaner, 2010 y Muntaner et al., 2010).

El modelo se organiza en distintos niveles de análisis que permiten comprender cómo interactúan los factores ecológicos, sociales, psicobiológicos:

1. **Condiciones ecológicas, socioeconómicas y políticas**: incluyen factores estructurales como las políticas laborales, la gobernanza macroeconómica, el desarrollo tecnológico y el cambio climático, que condicionan la organización del mercado de trabajo y su sostenibilidad.

2. **Posición social**: incorpora ejes de desigualdad como clase social, género, edad, etnia y estatus migratorio, que modulan el acceso a oportunidades laborales y determinan grados diferenciales de exposición a la precariedad.

3. **Condiciones de empleo**: se refieren al tipo de relación laboral (empleo fijo, temporal, informal, por cuenta propia, etc.), directamente vinculadas a la estabilidad económica, la seguridad jurídica y el acceso a derechos laborales.

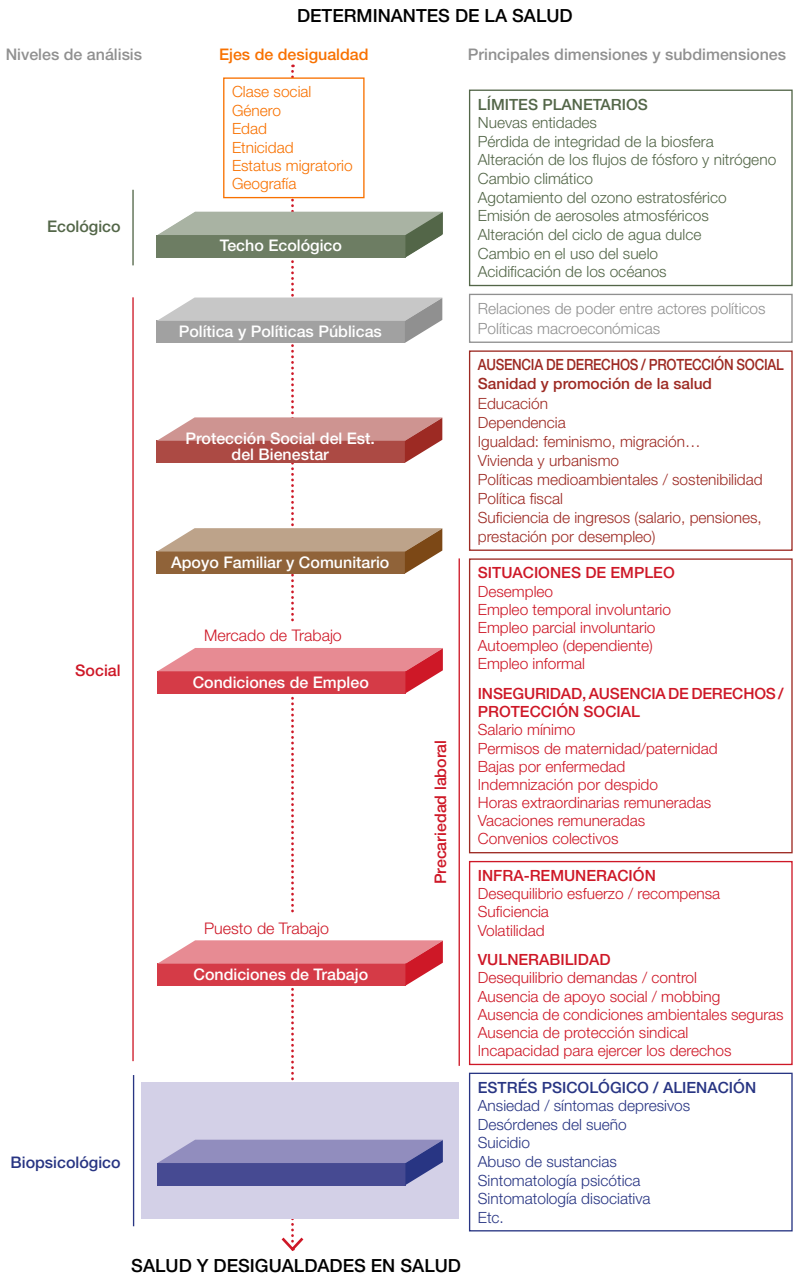
4. **Condiciones de trabajo**: abarcan los factores específicos del contexto laboral (físicos, químicos, biológicos y psicosociales) que afectan directamente a la salud mental, como la duración de la jornada, el clima laboral o la exposición a riesgos.

5. **Características biopsicológicas:** aluden a la vulnerabilidad o resiliencia individual ante condiciones laborales adversas, mediada por factores biográficos, sociales y contextuales.

Además, este marco identifica tres vías principales que vinculan la precariedad con las desigualdades en salud mental: la trayectoria laboral, en función de la estabilidad y tipo de contrato; la desprotección laboral, ligada a la ausencia de derechos y seguridad; y la precariedad social, relacionada con la inseguridad económica, la fragilidad del entorno familiar y la exclusión de recursos.

Este enfoque estructural y eco-social refuerza la necesidad de intervenir sobre las condiciones laborales y las políticas públicas, superando los enfoques centrados exclusivamente en el individuo o en respuestas clínicas. Finalmente, el modelo incorpora la dimensión ecológica reconociendo que la salud mental también depende del respeto a los límites planetarios, fundamentales para garantizar vidas saludables, sostenibles y dignas en el presente y para las generaciones futuras.

Figura 2. Modelo conceptual teórico de la relación entre trabajo y salud mental



Fuente: elaboración propia a partir de Benach et al., (2023)

Conceptos principales

- **Trabajo.** Conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, satisfacen necesidades de la comunidad o proveen los medios de sustento para las personas. Es un determinante social clave que estructura el tiempo, la identidad y la subjetividad de los individuos.
- **Salud.** Según la OMS (1948), "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad". Como matiz operativo, se propone también entender la salud como la "habilidad para adaptarnos y cuidar de nosotros mismos".
- **Salud mental.** Estado de bienestar que permite afrontar el estrés de la vida, desarrollar capacidades, aprender, trabajar adecuadamente y contribuir a la comunidad; más allá de la simple ausencia de trastorno, es un recurso para la adaptación y el autocuidado.
- **Precariedad integral.** Modelo multidimensional que incluye tres esferas interrelacionadas: 1) precariedad laboral: condiciones del puesto de trabajo (intensidad, exigencias, riesgos, etc.); 2) precariedad en el empleo: inestabilidad contractual e inseguridad jurídica; y 3) precariedad social: dificultades económicas, familiares y comunitarias que limitan la autonomía y los derechos sociales.
- **Trastorno mental.** Entidad clínica codificada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (p. ej., trastornos de ansiedad, depresivos, psicóticos) que cumple criterios diagnósticos formales.
- **Problema de salud mental.** Concepto más amplio que incluye el continuo entre sufrimiento y patología: abarca situaciones subclínicas y condiciones no codificadas como enfermedad en manuales diagnósticos.
- **Sufrimiento.** Respuesta psicológica y física, generalmente adaptativa, ante demandas laborales adversas. No equivale a enfermedad, pero puede actuar como señal de alerta frente a condiciones nocivas.
- **Trabajo productivo.** Actividad remunerada regulada por el mercado laboral y su normativa, orientada a la producción de bienes, servicios y al reconocimiento social.
- **Trabajo reproductivo.** Actividades no remuneradas orientadas al sostenimiento cotidiano de la vida como el cuidado, las tareas domésticas, o la gestión del hogar. Además de sostener la vida, este trabajo impone una carga psicosocial adicional que limita la autonomía, el tiempo disponible y la participación equitativa de las mujeres en el ámbito público y laboral.
- **Iatrogenia.** Daño derivado de la propia intervención sanitaria. En salud mental laboral, puede ocurrir cuando se tratan solo los síntomas sin modificar las condiciones estructurales que los originan, reforzando la tolerancia a condiciones dañinas.
- **Ley de cuidados inversos.** Principio según el cual la disponibilidad de atención sanitaria tiende a ser menor allí donde las necesidades son mayores. En salud mental laboral, se manifiesta las personas en entornos laborales más precarios acceden con mayor dificultad a recursos clínicos y preventivos.

1.4. Referencias

Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: The mediating role of perceived stress. Frontiers in Psychology, 15, 1330720. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720

Artazcoz, L., Cortès, I., Benavides, F. G., Escribà-Agüir, V., Bartoll, X., Vargas, H., et al. (2016). *Long working hours and health in Europe: Gender and welfare state differences in a context of economic crisis*. Health & Place, 40, 161-168. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.05.003

Bacigalupe, A., & Martín, U. (2007). *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: La clase social y el género como determinantes de la salud.* Ararteko.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Belvis, F., Bolíbar, M., Benach, J., & Julià, M. (2022). Precarious employment and chronic stress: Do social support networks matter? International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(3), 1909.

Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud.* El Viejo Topo.

Benach, J., & Muntaner, C. (2010). Adaptado de Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., Quinlan, M., & *La red Emconet. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global*. Barcelona: Icaria.

Benach, J., Solar, O., Santana, V., et al. (2010). A micro-level model of employment relations and health inequalities. International Journal of Health Services, 40(2), 223-227. https://doi.org/10.2190/HS.40.2.c

Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. Annual Review of Public Health, 35, 229-253. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500

Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. Annual Review of Public Health, 35, 229-253. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500

Bordera, J., Turiel, A., & Valladares, F. (2024). ¿El final de las estaciones? Madrid: Revista Contexto.

Buckingham, S., Fiadzo, C., Dalla-Pozza, V., Todaro, L., Dupong, C., & Hadjivassiliou, K. (2020). *Precarious work from a gender and intersectionality perspective, and ways to combat it.* Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies.

Caroz-Armayones, J. M., Benach, J., Delclós, C., & Julià, M. (2022). The double burden of precariousness: Linking housing, employment, and perceived stress–A cross-sectional study. International Journal of Environmental Health Research, 12, 1-10.

Chamayou, G. (2022). *La sociedad ingobernable*. Akal.

Chew-Graham, C. A., Mullin, S., May, C. R., Hedley, S., & Cole, H. (2002). Managing depression in primary care: Another example of the inverse care law? Family Practice, 19(6), 632-637.

Clausen, T., Rugulies, R., & Li, J. (2022). Workplace discrimination and onset of depressive disorders in the Danish workforce: A prospective study. Journal of Affective Disorders, 319, 79-82. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.035

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* World Health Organization.

Conferencia Internacional del Trabajo. (2003). *La hora de la igualdad en el trabajo*. Oficina Internacional del Trabajo.

Constitución Española. (1978). Artículo 41.1. Boletín Oficial del Estado, 311, 29 de diciembre.

Constitución Española. (1978). Artículo 43. Boletín Oficial del Estado, 311, 29 de diciembre.

Das-Munshi, J., & Thornicroft, G. (2018). Failure to tackle suicide inequalities across Europe. British Journal of Psychiatry, 212(6), 331-332. https://doi.org/10.1192/bjp.2018.71

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.84746

Ervasti, J., Pentti, J., Nyberg, S. T., Shipley, M. J., Leineweber, C., Sørensen, J. K., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Knutsson, A., Madsen, I. E. H., Magnusson Hanson, L. L., Oksanen, T., Pejtersen, J. H., Rugulies, R., Suominen, S., Theorell, T., Westerlund, H., Vahtera, J.,… Kivimäki, M. (2021). Long working hours and risk of 50 health conditions and mortality outcomes: a multicohort study in four European countries. *The Lancet Regional Health. Europe*, *11*, 100212. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100212

European Commission. (2008). *EU Pact for Mental Health and Well-Being*. Bruselas: European Commission.

European Commission. (2023). *Communication on a comprehensive approach to mental health* (COM (2023) 298 final). Brussels: European Commission.

European Parliament. (2022). European Parliament resolution of 5 July 2022 on mental health in the digital world of work (2021/2098(INI)). Bruselas: European Parliament.

Frank, J., et al. (2023). Work as a social determinant of health in high-income countries: Past, present, and future. The Lancet, 402(10410), 1357-1367. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01936-5

Fundación ONCE. (2024). Informe 9: *Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España.* Madrid: Fundación ONCE.

Hart, J. T. (1971). The inverse care law. Lancet, 1(7696), 405-412.

Havelka, M., Lucanin, J. D., & Lucanin, D. (2009). Biopsychosocial model-the integrated approach to health and disease. Collegium Antropologicum, 33(1), 303-310.

Havet, N., Bayart, C., & Bonnel, P. (2012). Why do gender differences in daily mobility behaviours persist among workers? Transportation Research Part A: Policy and Practice, 145, 34-48.

Hope, D., & Limberg, J. (2022). The economic consequences of major tax cuts for the rich. Socio-Economic Review, 20(2), 539-559. https://doi.org/10.1093/ser/mwab061

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., et al. (2011). How should we define health? BMJ, 343, d4163. https://doi.org/10.1136/bmj.d4163

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). *El empleo de las personas con discapacidad (EPD).* Datos del año 2022 [Internet]. Madrid: INE.

International Labour Organization. (2019). C190-Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190). International Labour Organization.

International Labour Organization. (2025). *Decent work Agenda*. Disponible en: https://www.ilo.org/topics/decent-work

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* Basic Books.

Karpman, M., Hahn, H., & Gangopadhyaya, A. (2019). *Precarious work schedules could jeopardize access to safety net programs targeted by work requirements*. Urban Institute.

Kecklund, G., & Axelsson, J. (2016). Health consequences of shift work and insufficient sleep. BMJ, 355, 1-13. https://doi.org/10.1136/bmj.i5210

Kogovsek, M. (2014). Emotional labour in the hospitality industry: Literature review. Questus Multidisciplinary Research Journal, 1979, 115-130. https://doi.org/10.17306/J.1979.115

Kreshpaj, B., Orellana, C., Burström, B., et al. (2020). What is precarious employment? A systematic review of definitions and operationalizations from quantitative and qualitative studies. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 46, 235-247. https://doi.org/10.5271/sjweh.3882

Krieger, N. (2000). Discrimination and health. In L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), Social epidemiology (pp. 36-75). Oxford University Press.

Krimshaw, D. R. J. (2015). The motherhood pay gap: A review of the issues, theory and international evidence. International Labour Organization.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 102, 29 de abril de 1986, 15207-1524.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, 269, 10 de noviembre de 1995.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 274, 15 de noviembre de 2002, 40126-4032.

Marmot, M. (2004). Status syndrome. Royal Statistical Society Significance, 1(4), 150-154. https://doi.org/10.1111/j.1740-9713.2004.00150.x

Marmot, M. (2016). The disease of poverty. Scientific American, 314(3), 23-25. https://doi.org/10.1038/scientificamerican0316-23

Martikainen, P., Bartley, M., & Lahelma, E. (2002). Psychosocial determinants of health in social epidemiology. International Journal of Epidemiology, 31, 1091-1093. https://doi.org/10.1093/ije/31.5.1091

McGinnis, J. M., Williams-Russo, P. G., & Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy. Health Affairs, 21(2), 78-93. https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.78

Ministerio de Sanidad. (2021). *Acción comunitaria para ganar salud: o cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Moya-Martínez, P., Escribano-Sotos, F., & Pardo-García, I. (2012). La participación en el mercado laboral de los cuidadores informales de personas mayores en España. Innovar, 22(43), 55-66.

Muntaner, C., & Benach, J. (2023). Why social (political, economic, cultural, ecological) determinants of health? Part 1: Background of a contested construct. International Journal of Social Determinants of Health and Health Services, 53(2), 117-121. https://doi.org/10.1177/27551938231165878

Muntaner, C., & Lynch, J. (1999). Income inequality, social cohesion, and class relations: A critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. International Journal of Health Services, 29(1), 59-81.

Muntaner, C., & O'Campo, P. J. (1993). A critical appraisal of the demand/control model of the psychosocial work environment: Epistemological, social, behavioral, and class considerations. Social Science & Medicine, 36(11), 1509-1517. https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90343-K

Muntaner, C., Benach, J., Hadden, W. C., Gimeno, D., & Benavides, F. G. (2006). A glossary for the social epidemiology of work organisation. Part 2: Terms from the sociology of work and organisations. Journal of Epidemiology and Community Health, 60(12), 1010-1012.

Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarín, M. I., & Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. International Journal of Epidemiology, 32(6), 950-958. https://doi.org/10.1093/ije/dyg170

Muntaner, C., Chung, H., Solar, O., Santana, V., Castedo, A., Benach, J., & EMCONET Network. (2010). A macro-level model of employment relations and health inequalities. International Journal of Health Services, 40(2), 215-221. https://doi.org/10.2190/HS.40.2.c

Muntaner, C., Eaton, W. W., Diala, C. C., et al. (1998). Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups psychiatric disorders: Results from two US epidemiologic surveys. Social Science & Medicine, 47, 243-253. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00065-X

Muntaner, C., Li, Y., Ng, E., Benach, J., & Chung, H. (2011). Work or place? Assessing the concurrent effects of workplace exploitation and area-of-residence economic inequality on individual health. International Journal of Health Services, 41(1), 27-50. https://doi.org/10.2190/HS.41.1.b

Muntaner, C., Ng, E., Prins, S. J., Bones-Rocha, K., Espelt, A., & Chung, H. (2015). Social class and mental health: Testing exploitation as a relational determinant of depression. International Journal of Health Services, 45(2), 265-284.

Muntaner, C., Ng, E., Vanroelen, C., Christ, S., & Eaton, W. W. (2013). Social stratification, social closure and social class as determinants of mental health disparities. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (2nd ed., pp. 225-241). Springer.

Muntaner, C., Van Dussen, D. J., Li, Y., Zimmerman, S., Chung, H., & Benach, J. (2006). Work organization, economic inequality, and depression among nursing assistants: A multilevel modeling approach. Psychological Reports, 98(2), 585-601. https://doi.org/10.2466/pr0.98.2.585-601

Méndez Rivero, F. (2022). *Precariedad laboral, estrés crónico y salud mental: Un estudio sobre el entorno psicosocial laboral como posible mecanismo causal* [Tesis doctoral, Universitat Pompeu Fabra]. Universitat Pompeu Fabra.

Méndez Rivero, F., Padrosa, E., Utzet, M., Benach, J., & Julià, M. (2021). Precarious employment, psychosocial risk factors and poor mental health: A cross-sectional mediation analysis. Safety Science, 143, 105413. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105413

Méndez-Rivero, F., Pozo, Ó. J., Julià, M., Utzet, M., Benach, J., & Julià, M., et al. (2022). Gender differences in the indirect effect of psychosocial work environment in the association of precarious employment and chronic stress. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(23), 16073. https://doi.org/10.3390/ijerph192316073

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.* Nueva York: Naciones Unidas.

Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, Á., Rodríguez-Sanz, M., et al. (2006). Politics and health outcomes. The Lancet, 368(9540), 1033-1037. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69341-0

Organización Internacional del Trabajo. (2025). Tesauro de la OIT: Terminología sobre trabajo, empleo y formación. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. Recuperado de https://metadata.ilo.org/thesaurus/702059032.html

Organización Mundial de la Salud. (2024). Día Mundial de la Salud Mental 2024 [Internet]. Ginebra: OMS. Recuperado el 23 de noviembre de 2024, de https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day/2024

Padrosa, E., Bolíbar, M., Julià, M., & Benach, J. (2021). Comparing precarious employment across countries: Measurement invariance of the employment precariousness scale for Europe (EPRES-E). Social Indicators Research, 154(3), 893-915. https://doi.org/10.1007/s11205-020-02502-w

Padrosa, E., Vanroelen, C., Muntaner, C., & Benach, J. (2022). Precarious employment and mental health across European welfare states: A gender perspective. International Archives of Occupational and Environmental Health, 95(3), 1-18. https://doi.org/10.1007/s00420-021-01762-1

Pahl, R. E. (Ed.). (1988). *On work: Historical, comparative, and theoretical approaches*. Blackwell.

Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. Psychological Bulletin, 135(4), 531-554. https://doi.org/10.1037/a0016059

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. The Lancet, 370(9590), 859-877. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0

Prins, S. J., Bates, L. M., Keyes, K. M., & Muntaner, C. (2015). Anxious? Depressed? You might be suffering from capitalism: Contradictory class locations and the prevalence of depression and anxiety in the USA. Sociology of Health & Illness, 37(8), 1352-1372. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12263

Prins, S. J., McKetta, S., Platt, J., Muntaner, C., Keyes, K. M., & Bates, L. M. (2021). "The serpent of their agonies: Exploitation as a structural determinant of mental illness". Epidemiology, 32(2), 303. https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000001303

Reich-Stiebert, N., Froehlich, L., & Voltmer, J. B. (2023). Gendered mental labor: A systematic literature review on the cognitive dimension of unpaid work within the household and childcare. Sex Roles, 88, 475-494. https://doi.org/10.1007/s11199-023-01444-w

Richardson, K., Steffen, W., Lucht, W., Bendtsen, J., Cornell, S. E., Donges, J. F., Drüke, M., Fetzer, I., Bala, G., von Bloh, W., Feulner, G., Fiedler, S., Gerten, D., Gleeson, T., Hofmann, M., Huiskamp, W., Kummu, M., Mohan, C., Nogués-Bravo, D., Petri, S., … Rockström, J. (2023). Earth beyond six of nine planetary boundaries. Science Advances, 9(37), eadh2458. https://doi.org/10.1126/sciadv.adh2458

Romero, M. J. (Dir.). (2023). *Libro blanco sobre empleo y discapacidad* (p. 113). Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Rubery, J., & Piasna, A. (2017). *Labour market segmentation and deregulation of employment protection in the EU.* In A. Piasna & M. Myant (Eds.), Myths of employment deregulation: How it neither creates jobs nor reduces labour market segmentation (pp. 21-38). ETUI.

Rugulies, R., Aust, B., Madsen, I. E. H., Burr, H., Bültmann, U., Christensen, U., et al. (2023). Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. Lancet, 402(10410), 1368-1381.

Rönnblad, T., Grönholm, E., Jonsson, J., et al. (2019). Precarious employment and mental health: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 45, 429-443. https://doi.org/10.5271/sjweh.3794

Sapolsky, R. M. (2005). Sick of poverty. Scientific American, 293(6), 92-99. https://doi.org/10.1038/scientificamerican1205-92

Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. American Sociological Review, 24, 783.

Siegrist, J., & Theorell, T. (2006). *Socio-economic position and health: The role of work and employment.* In J. Siegrist & M. Marmot (Eds.), Social inequalities in health: New evidence and policy implications (pp. 73-100). Oxford University Press.

Standing, G. (2011). *El Precariado: Una nueva clase social. Pasado y Presente.*

Starr, J., Nicolson, C., Ash, M., Markowitz, E. M., & Moran, D. (2023). Assessing U.S. consumers' carbon footprints reveals outsized impact of the top 1%. Ecological Economics, 205, 107769. https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2023.107769

Stein, D. J., Palk, A. C., & Kendler, K. S. (2021). What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. Psychological Medicine, 51(6), 894-901.

The Lancet Series on Work and Health. (2023). The Lancet, 402(10410), 1357-1400. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02032-5

Torjesen, I. (2014). Low paid workers are not paid enough to live healthily, Marmot says. BMJ, 348, g1939. https://doi.org/10.1136/bmj.g1939

United Nations. (2025). Sustainable Development Goals. Disponible en: https://sdgs.un.org/goals

Verniers, C., & Vala, J. (2018). Justifying gender discrimination in the workplace: The mediating role of motherhood myths. PLoS One, 13(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services, 22(3), 429-445. https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

Wilkinson, R., & Pickett, K. (2019*). Igualdad: Cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo.* Capitán Swing.

Woolf, S. H. (2007). Potential health and economic consequences of misplaced priorities. JAMA, 297(5), 523-526. https://doi.org/10.1001/jama.297.5.523

World Health Organisation, International Labour Organisation. (2022). Guidelines for Mental Health at Work. Recuperado de https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052

World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). World Health Organization. Disponible en: https://icd.who.int/

World Health Organization. (2021). The WHO European framework for action on mental health 2021-2025. Copenhague: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2022). A toolkit on how to implement social prescribing. WHO Regional Office for the Western Pacific.

World Health Organization. (2022). Mental health: strengthening our response [Fact sheet]. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Wright, E. O. (1976). Class boundaries in advanced capitalist societies. New Left Review, 98, 3-41.

Yur'yev, A., Värnik, A., Värnik, P., Sisask, M., & Leppik, L. (2012). Employment status influences suicide mortality in Europe. International Journal of Social Psychiatry, 58(1), 62-68. https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0020764010387059

Åkerstedt, T. (2003). Shift work and disturbed sleep/wakefulness. Occupational Medicine (Chicago, Ill), 53(2), 89-94. https://doi.org/10.1093/occmed/kqg046

2. Riesgos psicosociales laborales: modelos, evidencias y estrategias de intervención

2.1. Riesgos laborales psicosociales y salud mental

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo define los riesgos psicosociales del trabajo como los riesgos laborales derivados de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo (EU-OSHA, 2024). En la actualidad, la evidencia sobre los problemas de salud atribuibles a los riesgos psicosociales de origen laboral es muy extensa y de gran calidad desde el punto de vista científico, en tanto que se basa en investigaciones longitudinales y con grandes bases de datos que descartan de forma fiable el azar (Kivimäki M. et al. 2019). Algunos ejemplos son las revisiones bibliográficas sistemáticas y los metaanálisis que asocian los riesgos laborales psicosociales a problemas de salud muy prevalentes como la ansiedad y la depresión (Harvey SB, et al. 2017), el infarto de miocardio o el accidente cerebrovascular (Taouk Y. et al. 2020). En esta línea, estos riesgos también son considerados como una de las causas más relevantes de las bajas por enfermedad (Duchaine CS. et al 2020) y se ha podido establecer la relación entre la exposición a riesgos laborales psicosociales y el consumo de psicofármacos y analgésicos (Milner A. et al, 2019).

2.1.1. Modelos explicativos

En el ámbito de la epidemiología laboral, desde los trabajos de Selye de finales de los años 30 del siglo pasado, se han formulado diversos modelos explicativos de la relación entre los riesgos laborales psicosociales y la salud (Kompier, 2002; Rugulies, 2019). Con todo, las dimensiones de los modelos *demanda-control-apoyo social* (Johnson & Hall, 1988; Karasek, 1979) y *desequilibrio esfuerzo-recompensa* (Siegrist, 1996), han sido las más utilizadas para mostrar sus efectos nocivos, siendo las que más evidencia científica concentran a nivel internacional (Gilbert-Ouimet, Trudel, Brisson, Milot, & Vézina, 2014; Niedhammer, Bertrais, & Witt, 2021). Esta es la razón que fundamenta el uso de dichas dimensiones en el presente apartado, que se inserta en el marco de los determinantes sociales de la salud, en concreto del ámbito laboral (CSDH, 2008; Donkin et al., 2014).

El modelo *demanda-control-apoyo social* (DCS en sus siglas en inglés) (INSST: NTP 603) tiene su origen y desarrollo en un contexto social y científico, en Europa y EE.UU., de crítica radical a las características centrales del taylorismo (división del trabajo entre diseño y ejecución, parcialización y estandarización del trabajo de ejecución) como fuente de alienación, pérdida de poder contractual individual y colectivo y pérdida de salud derivada de la exposición a los riesgos psicosociales y ergonómicos. Este modelo entronca con los movimientos reivindicativos para la mejora de las condiciones de vida en el trabajo, la humanización del trabajo

y la democratización industrial (Johnson, 2008). El modelo *desequilibrio esfuerzo-recompensa* (ERI en sus siglas en inglés) se formula en un contexto neoliberal, de flexibilización *precarizadora* de las condiciones de trabajo, menos reivindicativo. Su foco son las amenazas a la continuidad del empleo y las compensaciones de este (Kompier, 2002).

Estos modelos distintos, pero conceptualmente próximos, permiten diferenciar cuatro grandes grupos de factores de riesgo psicosociales laborales:

- Las exigencias del trabajo (*demand* en el DCS o *effort* en el ERI): en ambos modelos se refieren a aspectos cuantitativos y concretamente a la cantidad de trabajo en relación con el tiempo disponible para realizarlo y al ritmo; el riesgo para la salud más estudiado es por exceso, son las *altas exigencias cuantitativas y el alto ritmo de trabajo*.
- El control en el trabajo (componente específico del modelo DCS): incluye dos sub-dimensiones, por un lado, el margen de influencia que tiene la persona trabajadora en las decisiones sobre la cotidianidad laboral (*decision authority*), y por otro, las posibilidades de aplicar habilidades y conocimientos y de adquirir nuevos en la realización del trabajo (*skill discretion*); el riesgo para la salud es por defecto, es la baja influencia y las bajas posibilidades de desarrollo en la realización del trabajo.
- El apoyo social (componente específico del modelo DCS-*social support*): se refiere tanto al aspecto estructural o la posibilidad de relación social en el trabajo, como al aspecto funcional de las relaciones en el trabajo, es decir, recibir o no la ayuda necesaria, tanto de compañeros y compañeras como de superiores, para realizar el trabajo de manera adecuada. El riesgo para la salud es la ausencia o escasez, su defecto, dicho de otra manera, el aislamiento y el *bajo apoyo* instrumental, tanto de superiores como de compañeros/as, siendo este último aspecto, el funcional, el más estudiado.
- Las compensaciones derivadas del trabajo (componente específico del modelo ERI-*reward*): incluye el salario (justo), la estima (reconocimiento), la estabilidad del empleo y de las condiciones de trabajo y la carrera profesional (control de estatus). Nuevamente el riesgo para la salud es la situación de ausencia o escasez, su defecto (*bajas compensaciones*).

Científicamente, estos riesgos se han estudiado de manera separada, que es como se evalúan en las empresas e instituciones, y también de manera conjunta. De hecho, más recientemente se ha añadido a las investigaciones el modelo *demanda-recursos* (Bakker y Demeroutti, 2007; INSST: NTP 1166), que aúna en esos dos conceptos las dimensiones mencionadas en los dos constructos anteriores. Las demandas laborales se describen como aquellos factores físicos, psicológicos, sociales y/u organizativos que exigen un esfuerzo físico y/o mental de la persona trabajadora. Los recursos laborales, por su parte, son los aspectos físicos, psicológicos, sociales y/u organizativos que favorecen la consecución de objetivos laborales y promueven el crecimiento y desarrollo personal.

Sin embargo, estos modelos no cubren todo el espectro de riesgos laborales psicosociales que hoy se conocen. Desde la perspectiva de género son carencias relevantes las exigencias emocionales o el conflicto trabajo-familia.

Las *exigencias emocionales* son aquellas requeridas para no involucrarse en la situación emocional derivada de las relaciones interpersonales que implica el trabajo, especialmente en aquellas ocupaciones en las que se prestan servicios a las personas y que pueden comportar la transferencia de sentimientos y emociones, por ejemplo, en circunstancia de sufrimiento y traumáticas. Enfrentarse a esas situaciones requiere expresar emociones que a veces no son genuinamente las sentidas. El riesgo para la salud es la situación de exceso (Vanroelen, Levecque, Moors, Gadeyne, & Louckx, 2009; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz, 2001).

El *conflicto trabajo-familia* cuya conceptualización como riesgo laboral psicosocial es bastante nueva, trata las posibles consecuencias del empleo en el trabajo de cuidados en los hogares. Por un lado, se tiene en cuenta el aumento de las demandas totales de trabajo y las horas de trabajo (doble trabajo). Por otro lado, se considera que implica organizar y gestionar las demandas de los dos espacios, que pueden ser simultáneas (doble presencia). Tanto la doble carga como las exigencias sincrónicas se ha mostrado que pueden provocar conflictos de tiempo y energía a la población asalariada, principalmente mujeres (dada la desigual distribución de tareas doméstico-familiares por género), afectando a su salud y bienestar (Lunau, Bambra, Eikemo, Van Der Wel, & Dragano, 2014; Cooklin et al., 2016; Mortensen et al., 2018; INSST: NTP 1185 y 1186).

Otros riesgos psicosociales del trabajo no abordados por estos dos modelos son los relativos a la falta de justicia, distinguiendo aspectos distributivos, procedimentales o relacionales que pueden afectar a la salud de las personas trabajadoras (Virtanen et al., 2018).

2.1.2. Resumen de la evidencia de los daños para la salud mental derivados de los riesgos laborales psicosociales

Los trastornos de salud mental tienen múltiples orígenes y son multifactoriales, lo que significa que se puede actuar en diversos ámbitos para evitarlos. Uno de estos ámbitos de intervención es el del diseño, la organización y la gestión del trabajo y la regulación del empleo. El trabajo no es neutral para la salud, puede ser un elemento protector y enriquecedor para la propia salud mental, un espacio que puede permitir el desarrollo profesional y personal y la independencia económica de las personas trabajadoras en un mundo mercantilizado como el nuestro (Dejours, 2009). No obstante, se dan circunstancias laborales que inciden negativamente en la salud mental de las personas trabajadoras. En concreto, las condiciones de trabajo que se conocen como riesgos laborales psicosociales, que ya en 2008, la OMS planteó como determinantes sociales de la salud mental de personas trabajadoras (CSDH, 2008; Donkin et al., 2014).

Atendiendo a las dos últimas meta-revisiones y meta-análisis publicados en la literatura científica (Niedhammer et al., 2021; Rugulies et al., 2023), que pueden considerarse un resumen de los últimos 20 años de investigación de la relación entre riesgos laborales psicosociales y los trastornos ansioso-depresivos, y seleccionando solo resultados de estudios calificados como de la más alta calidad, se puede concluir que:

- estar expuesta/o a condiciones de trabajo caracterizadas por la *alta tensión*, es decir, unas *altas exigencias cuantitativas* (tener más carga de trabajo de la que se puede realizar durante el tiempo establecido como de jornada

laboral, lo que supone bien trabajar a gran velocidad, con un ritmo alto, bien alargar la jornada) y bajas oportunidades de influir (baja autonomía en la realización del trabajo) y bajas posibilidades de aplicar habilidades y conocimientos y de adquirir nuevos en la realización de las tareas (ambos aspectos conceptualizados como *bajo control*) aumenta un 77% las posibilidades de padecer depresión;

- si se está expuesta/o a *alta inseguridad* (preocupación por la pérdida de empleo y los cambios de condiciones de trabajo) las posibilidades de padecer trastornos depresivos aumentan un 61% y hasta un 77% de sufrir trastornos ansiosos y un 30% las posibilidades de consumir psicotrópicos;
- si se está expuesta/o a *altas exigencias cuantitativas y bajas compensaciones* las posibilidades de padecer depresión podrían incrementarse hasta un 66%;
- si se está expuesta/o a *violencia o amenazas* las posibilidades de padecer depresión se incrementan un 42% y un 49% las de padecer trastornos del sueño;
- si se está expuesta/o al *conflicto trabajo-familia* las posibilidades de consumir psicotrópicos aumentan un 26%;
- las *altas exigencias cuantitativas* aumentan las posibilidades de padecer depresión en un 23% y un 16% las posibilidades de consumir psicotrópicos;
- las *altas exigencias emocionales* aumentan las posibilidades de padecer depresión en un 21%;
- el *bajo control* sobre el trabajo (baja influencia y bajas posibilidades de aplicar conocimientos y aprender nuevos) aumenta las posibilidades de padecer depresión en un 25%;
- el *bajo apoyo de compañeros/as* aumentan las posibilidades de padecer depresión en un 37% y el *bajo apoyo de superiores* aumenta las posibilidades de padecer depresión en un 33%;
- las jornadas laborales largas (≥55h/semana) incrementan las posibilidades de padecer depresión en un 14%.

2.1.3. Desigualdades de exposición

Numerosos estudios que han utilizado los modelos *demanda-control-apoyo social y esfuerzo-compensaciones* han considerado las características sociales de la población trabajadora, mostrando importantes desigualdades en la exposición a los riesgos psicosociales del trabajo y en la salud en función de la clase ocupacional o el género (Landsbergis, Grzywacz, & LaMontagne, 2014), en concordancia con un mercado de trabajo segmentado, derivado de la implementación desigual de prácticas empresariales de gestión laboral (Rubery, 2007). Así, personas asalariadas en puestos de ejecución (semicualificados y no cualificados en actividades industriales, agrícolas o de servicios) presentan una mayor exposición a los riesgos laborales psicosociales relativos a bajos niveles de *control*, *apoyo* y *compensaciones* que los que ocupan puestos técnicos y profesionales. Las desigualdades ocupacionales más acusadas en la exposición son las relativas al bajo *control*, siendo las que más contribuyen a las desigualdades de salud (Schütte, Chastang, Parent-Thirion, Vermeylen, & Niedhammer, 2015).

Estudios recientes sobre la evolución de los riesgos psicosociales del trabajo en la UE, en Estados Unidos y en España han observado que las desigualdades por grupo ocupacional permanecen en el tiempo. Teniendo en cuenta los datos de la Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo (EWCS) de 1995 a 2015, las personas trabajadoras asalariadas en puestos de ejecución (semicualificados y no cualificados en actividades industriales, agrícolas o de servicios) no solo estaban expuestos de manera más prevalente a la *alta tensión* (altas exigencias y bajo control) y al *desequilibrio esfuerzo-compensaciones*, sino que también experimentaron un aumento más pronunciado de la alta tensión que las personas asalariados en puestos profesionales y técnicos durante ese período. La persistencia del bajo control en los puestos de ejecución durante los veinte años estudiados se caracterizó por una disminución de las posibilidades de aplicar habilidades y conocimientos y de adquirir nuevos durante la realización de trabajo y una invariable baja influencia en las decisiones sobre cómo realizarlo (Rigó et al., 2021).

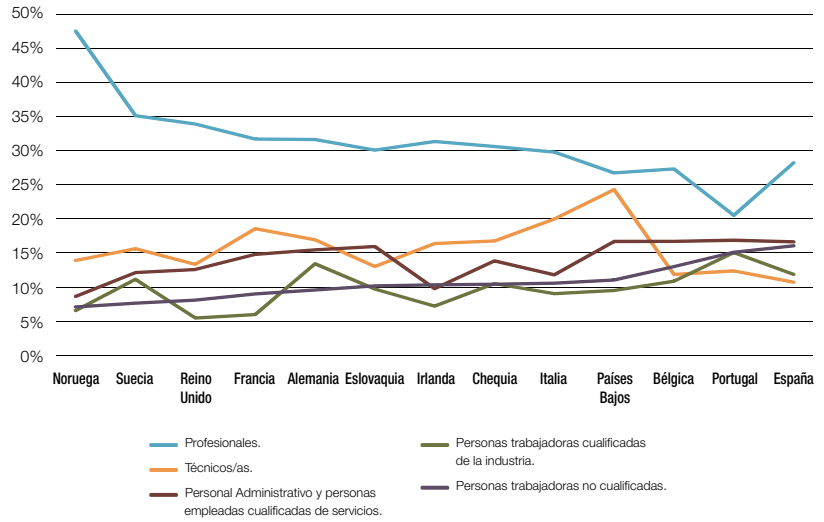
En España, la exposición a riesgos psicosociales del trabajo se caracteriza también por un persistente bajo *control* cuya prevalencia es de las más altas en la UE y la más desigual por grupo ocupacional, una alta *inseguridad* en el empleo y un bajo *apoyo* social (Eurofound, 2019). Todas ellas constituyen características de precariedad laboral. Según uno de los últimos estudios de prevalencia publicados (Utzet, Llorens, Moriña, & Moncada, 2021), antes de la pandemia, en 2016 en España, la exposición al bajo control abarcaba al 63% de personas trabajadoras en puestos de ejecución, la alta *inseguridad* sobre el empleo al 53,6% y el bajo *apoyo* al 49% frente al 28%, 36,7% y 31% respectivamente entre personas trabajadoras en puestos profesionales y técnicos, mostrando importantes desigualdades de exposición. No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en estas dimensiones de los riesgos psicosociales.

En cuanto a las desigualdades de género, las mujeres estarían más expuestas a la inseguridad sobre el empleo y al bajo control y los hombres al bajo *apoyo social* y al desequilibrio *esfuerzo-recompensa*, según la última revisión bibliográfica sistemática (Campos-Serna et al., 2013). Con todo, atendiendo a sus conclusiones, la investigación sobre las desigualdades de exposición entre hombres y mujeres es inconsistente; aún hoy, casi una década después, lo sigue siendo. Estudios posteriores muestran una mayor exposición de las mujeres al desequilibrio *esfuerzo-recompensa* (Johannessen & Sterud, 2017) o a las altas *exigencias* (Sterud, 2014) o solo encuentran diferencias en los puestos directivos (Nyberg, Leineweber, & Magnusson Hanson, 2015). Una posible explicación tendría que ver con que las desigualdades de género se estudian habitualmente cruzando los datos por sexo y pasan inadvertidas entre las importantes desigualdades de clase ocupacional. Las desigualdades de género son más visibles cuando se muestran los datos por ocupación y se observa una mayor prevalencia entre las ocupaciones que son una extensión del trabajo reproductivo y otras ampliamente feminizadas (ayudantes de cocina, preparadoras de comida rápida, gerocultoras, trabajadoras en tiendas de alimentación y productos básicos, limpiadoras…), evidenciando las desigualdades de clase y género y la segregación vertical y horizontal de hombres y mujeres en el mercado de trabajo (Llorens-Serrano C., Navarro A., Salas-Nicás S., & Moncada S., 2021). Cabe añadir que si se estudian las *exigencias emocionales* o el *conflicto trabajo-familia*, en lugar de focalizar en las dimensiones de los modelos DCS y ERI, la fotografía es distinta, siendo las desigualdades entre hombres y mujeres más visibles. Igualmente, pese a

que la edad puede visibilizar importantes desigualdades de exposición, la evidencia científica con relación a los trastornos de salud mental no es concluyente (Van Veen et al., 2023). Con todo, es necesario dejar apuntado que, como en otros ámbitos, las desigualdades y discriminaciones están infraestudiadas en el campo de la prevención de riesgos psicosociales laborales, tanto las de clase, como las de género, edad o condición migrante/racialización en particular y con más lagunas si nos referimos a una aproximación interseccional (Valero, Martin, Bacigalupe, & Utzet, 2021).

Toda esta evidencia confluye en la idea de que el diseño, la gestión y la organización del trabajo, y por extensión los modelos productivos, son un factor de riesgo para los trastornos de salud mental de las personas trabajadoras. España es uno de los países de la UE de más alta incidencia de trastornos mentales y, a la vista de la evidencia analizada, ello tendría que ver con el modelo productivo. A pesar de las recientes reformas implementadas por el Ministerio de Trabajo y Economía Social del Gobierno de España, orientadas a la estabilización y trabajo de calidad, España se caracteriza por la creación de empleos de baja cualificación (Figura 3) con condiciones de trabajo precarias, en un escenario de competencia por la vía baja, en un modelo productivo en el que una parte del empresariado obtiene rentabilidad a través del incremento de la carga, la intensificación y la precarización del trabajo (bajos salarios, largas jornadas, bajas cualificaciones y bajo valor añadido del producto o servicio), frente al modelo centrado en el incremento de la eficiencia a través de la innovación y desarrollo para aumentar la productividad del trabajo. En principio, desde un punto de vista empresarial ambas vías son igualmente rentables, pero una es más dañina para la salud de personas trabajadoras que la otra.

Figura 3. Distribución de los empleados por grupos sociolaborales en diferentes países europeos



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Europea de Condiciones y Calidad de Vida en el Trabajo, EWCS 2021.

2.2. ¿Cómo intervenir en los lugares de trabajo?

A partir de este tipo de evidencias, puede asegurarse fehacientemente que, entre las causas sociales de los trastornos de salud mental está la exposición a los riesgos laborales psicosociales, que en el ámbito europeo se definen como los riesgos derivados de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo (EU-OSHA, 2024). Es decir, se trata de riesgos que son evitables o modificables, cambiando las deficiencias organizativas que los originan o que los pueden mitigar, cumpliendo una ley que, en España, ya casi tiene 30 años (art. 4.7.d y 15 de la Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales, de 1995).

Siguiendo con lo establecido en la legislación vigente en el ámbito laboral, en las empresas e instituciones se deberían evitar los riesgos laborales psicosociales, evaluar los que no se ha podido evitar y prevenirlos en origen, evitando así los daños en la salud derivados del trabajo.

El objetivo de la gestión preventiva de las condiciones de trabajo de naturaleza psicosocial es la eliminación del riesgo que tenga como origen estas condiciones de trabajo o, cuando la eliminación no sea posible, su reducción hasta límites tolerables, a través de la evaluación, la intervención y el control de los factores de riesgo psicosocial.

La evaluación de los riesgos laborales psicosociales incluye la identificación de los factores de riesgo psicosocial presentes en el lugar de trabajo y la estimación de la magnitud y el alcance de la exposición. Con esta información se determinará el nivel de riesgo al que están expuestos las personas trabajadoras y se establecerán medidas preventivas y/o de protección en su caso, con criterios de prioridad y sujetas a una planificación, tal como se recoge en la normativa de prevención de riesgos laborales.

En la evaluación de riesgos psicosociales se requiere la planificación de un trabajo de campo y la elección de metodologías y herramientas participativas, tanto cuantitativas, como el uso de cuestionarios (por ejemplo, los más usados en nuestro país son el método de Evaluación de Riesgos Psicosociales FPSICO o el método de evaluación y prevención de riesgos psicosociales COPSOQ-ISTAS21, PSQCAT), como cualitativas, tales como entrevistas o grupos de discusión.

La consulta y participación activa de la población trabajadora y sus representantes en este proceso y la consideración de variables contextuales permiten una mejor adaptación de las medidas preventivas a las necesidades específicas de cada organización, empresa o institución.

La intervención psicosocial consiste en la definición, planificación, implementación y seguimiento de las acciones preventivas concretas, dirigidas a eliminar, disminuir y/o controlar la exposición a los riesgos laborales psicosociales. Estas medidas deberían estar centradas de manera prioritaria en las condiciones de trabajo. Al igual que en la evaluación, la consulta y participación activa de la población trabajadora y sus representantes en esta fase de la gestión preventiva es fundamental.

No hay que olvidar que, tras la intervención, es necesario el control y seguimiento de las medidas preventivas implantadas. El seguimiento del plan de acciones preventivas implica la comprobación tanto de la forma (aplicación del plan previsto) como del contenido (eficacia de las medidas a partir de una nueva evaluación). Para ello se requiere un seguimiento periódico mediante indicadores, que pueden ser cuantitativos y cualitativos. Para más información sobre la gestión psicosocial, se

recomienda la lectura del documento "Directrices Básicas para la gestión de riesgos psicosociales" (INSST, 2022).

Esta forma de proceder es promovida por la OIT y la OMS en su documento conjunto de orientaciones sobre salud mental en el trabajo, que plantea que el primer paso para abordarla en el ámbito laboral es prevenir los riesgos laborales psicosociales: evaluar los riesgos y reducirlos en origen, a través de intervenciones organizativas que modifiquen directamente las condiciones de empleo y trabajo que se sabe que pueden enfermar a las personas trabajadoras (WHO & ILO, 2022).

Esta posición se mantiene también en el informe mundial sobre salud mental de la OMS 2022, en el que la acción en los lugares de trabajo se considera una de las tres prioridades de intervención para mejorar la salud mental, apuntando a cambios en las condiciones de trabajo a través de intervenciones organizativas que reduzcan los riesgos laborales psicosociales (WHO, 2022).

Además, esta forma de actuar facilitaría el retorno al trabajo tras un periodo de baja por trastorno mental y evitaría las recaídas, una vez sanada la persona trabajadora, ya que volvería a un entorno laboral en el que se habrían cambiado las condiciones de empleo y trabajo que podrían enfermarla. Así, la cuestión principal para el ámbito laboral es asegurar unas condiciones de trabajo saludables. La obligación empresarial de proteger la seguridad y salud de las personas trabajadoras actuando sobre los riesgos en origen, cambiando las deficiencias en la gestión laboral para evitar o reducir los riesgos laborales psicosociales y disminuir así las probabilidades de que se produzcan trastornos mentales en los lugares de trabajo.

También la prolífica y robusta investigación sobre los riesgos psicosociales del trabajo y la salud señala las intervenciones a nivel organizativo, cambiando las prácticas empresariales de gestión laboral, como acciones destinadas a minimizar los problemas de salud laboral en el lugar de trabajo y con ello, los problemas de salud pública y las desigualdades asociadas. La mayoría de las investigaciones coinciden en recomendar intervenciones organizativas (Schnall, Dobson & Landsbergis, 2016; Theorell et al., 2015).

Ello también es exigido por la ley en todos los países europeos, también en España, en los que el marco legal (Directiva Marco 89/391/CEE; Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales) prioriza las acciones preventivas en origen, cambiando la organización del trabajo, para reducir los riesgos laborales, también los psicosociales, como paso para disminuir las patologías asociadas a las condiciones de trabajo. Asimismo, este marco legal exige adaptar el trabajo a la persona a partir de cambios organizativos, citando expresamente la concepción de los puestos, la elección de los equipos, en los métodos de trabajo y de producción, para evitar, en particular, el trabajo monótono y repetitivo. Probablemente, si este marco legal se desarrollara hoy, esta exigencia de prevención en origen y de adaptación del trabajo a la persona incluiría muchos más aspectos de las prácticas de gestión laboral.

También la ley empodera a la representación colectiva de personas trabajadoras reconociéndole el derecho a información, consulta previa y propuesta en cualquier cuestión que pueda afectar a la seguridad y salud de las personas trabajadoras, entre las que incluye, nombrándolas, la tecnología, la organización del trabajo o de la producción (art. 33, 34, 36, 14 LPRL). Y en caso de rechazo empresarial de las propuestas de la representación laboral, se obliga al empresariado a razonarlo ("negativa motivada"). Y es que la participación de personas trabajadoras es, además de una exigencia legal, un requisito metodológico y operativo en tanto que la prevención es

un proceso socio-técnico. El conocimiento científico-técnico y el fundamentado en la experiencia son complementarios y necesarios en el proceso de intervención preventiva. Además, la implicación activa de personas trabajadoras y sus representantes, así como de la dirección de la empresa, es necesaria si se pretende una prevención eficaz, pues son quienes tienen capacidad última de decisión y acción en el marco de la empresa. Asimismo, las personas negociadoras de los convenios colectivos, que regulan las condiciones de trabajo en los diversos sectores y empresas, al amparo de los artículos 3 y 4 y Título III del ET, pueden abordar y pactar todas las cuestiones que se consideren oportunas al respecto.

Resumiendo, desde el punto de vista de la salud laboral en el ámbito de la empresa, los riesgos psicosociales son condiciones de trabajo inadecuadas y causas inmediatas de posibles trastornos de salud, pero el origen de estos riesgos se encuentra en las prácticas de gestión laboral. En el ámbito de la prevención de riesgos laborales, los riesgos psicosociales se identifican como la exposición a condiciones de trabajo nocivas que deben detectarse, ubicarse y cuantificarse mediante la evaluación de riesgos en la empresa. Estas exposiciones tienen su origen en las prácticas organizativas de gestión laboral, sobre las cuales es posible, y necesario, intervenir para reducir la carga de factores de riesgo psicosocial. Finalmente, los trastornos y enfermedades derivadas de estas condiciones representan el impacto que la acción preventiva pretende evitar (Moncada & Llorens, 2014).

Las investigaciones realizadas hasta la fecha sugieren que diversos aspectos de las prácticas de gestión laboral, como por ejemplo la cantidad, ordenación y modificación de la jornada laboral, los métodos de trabajo, el diseño del puesto, la relación de empleo, la cantidad de plantilla o la estructura salarial, son características laborales modificables que se encuentran en el origen de las exposiciones psicosociales del trabajo y en el centro de su reducción (Montano, Hoven, & Siegrist, 2014; Roquelaure, 2018; Schnall et al., 2016). La obligación empresarial de consecución de la reducción de los riesgos laborales mediante la aplicación de medidas adecuadas que permitan abordar los riesgos laborales psicosociales detectados podría incluir:

- mejorar la tecnología y los procesos de producción de bienes y servicios e incrementar las plantillas para reducir las exigencias;
- garantizar que la organización de la jornada laboral sea compatible con el trabajo reproductivo;
- fomentar el uso de métodos de trabajo participativos y cooperativos para evitar la falta de influencia y aumentar el apoyo funcional entre compañeros/as y de superiores;
- el establecimiento de procedimientos justos de contratación, asignación de tareas, formación y promoción con el fin de mejorar la calidad de liderazgo;
- el diseño de tareas enriquecidas para posibilitar aplicar habilidades y conocimientos y aprender nuevos; promover la estabilidad en el empleo y en las condiciones de trabajo y la previsibilidad en los cambios, que necesitan ser razonados y razonables, para evitar la inseguridad laboral;
- y un salario adecuado que ha de permitir una vida digna conforme a la legislación aplicable, el diálogo social y los convenios colectivos.

Todas estas medidas contribuirían a proteger la salud mental.

Con todo, en el ámbito académico existen vacíos en cuanto a la investigación sobre la relación entre prácticas empresariales de gestión laboral y los riesgos psicosociales, siendo un vasto campo por investigar las características concretas que han de tomar las prácticas empresariales de gestión laboral para ser saludables (La Montagne, Keegel, Louie, Ostry, & Landsbergis, 2007; MacDonald, Härenstam, Warren, & Punnett, 2008; Rugulies, 2019). En el mismo sentido, recientemente la OMS alertaba sobre la necesidad de fortalecer la investigación sobre las intervenciones organizativas frente a los riesgos laborales psicosociales para reducir los problemas de salud mental (WHO, 2022).

Esta aproximación a los necesarios cambios en las prácticas de gestión laboral para reducir la exposición a los riesgos psicosociales del trabajo, desde el punto de vista de la prevención en origen de los riesgos laborales, concuerda con las aproximaciones a las condiciones de trabajo de la teoría de la segmentación, contrastadas desde la sociología del trabajo o la economía laboral. Desde esta perspectiva, las prácticas empresariales de gestión laboral se entienden como un conjunto de acciones a nivel de empresa que persiguen incorporar, promover, recompensar, usar, desarrollar y mantener o despedir a los trabajadores (por ejemplo, el diseño del proceso de trabajo, los horarios de trabajo, la contratación o los salarios). Las prácticas empresariales de gestión laboral son el resultado de estrategias de gestión usadas para conseguir flexibilidad, disponibilidad, productividad y beneficios de la mano de obra. Desde esta perspectiva teórica, las prácticas empresariales de gestión laboral se ven influidas por el contexto económico, institucional y social (características de nivel macro, que determinan la correlación de fuerzas entre capital y trabajo, la distribución de poder) y, a su vez, son factores clave para conformar los escenarios de esos contextos. Además, las prácticas empresariales de gestión laboral varían según ocupación, sexo, edad o etnia, usando, reproduciendo y potenciando las desigualdades sociales.

Desde esta perspectiva teórica, las prácticas empresariales de gestión laboral determinan las condiciones de empleo y trabajo y con ello los riesgos laborales psicosociales y la salud mental (Llorens et al, 2010).

La gestión de los riesgos laborales psicosociales en la realidad empresarial española es muy dispar, partiendo de la realidad de que la prevención de estos riesgos son la especialidad preventiva menos implantada en las empresas, instituciones y organizaciones, a pesar de la obligatoriedad legal. En este sentido, la gestión de los riesgos laborales psicosociales varía en función de quién la realiza: los servicios de prevención ajenos (SPA), los servicios de prevención propios (SPP) o los mancomunados (SPM). Las empresas medianas y grandes con SPP, comités de seguridad y salud (CSS) y delegados de prevención (DP) tienen mejor integrada la prevención de riesgos laborales en general, y esto tiene un impacto positivo en la gestión de los riesgos laborales psicosociales.

En términos genéricos, existe un profundo desconocimiento sobre los riesgos laborales psicosociales en los lugares de trabajo. Hay varios motivos que pueden justificar esta situación y uno de ellos puede ser el hecho de que no tengan un desarrollo normativo específico como ocurre con riesgos de otra naturaleza y ello conllevar a que la gestión psicosocial no sea prioritaria dentro de la gestión preventiva, quedando relegada a un segundo plano, al ser considerados los riesgos de esta naturaleza, por desconocimiento, de menor gravedad. También es importante resaltar que la gestión laboral psicosocial se relaciona directamente con las condiciones organizativas que pueden entenderse, sin atender a la ley, como potestad exclusiva del empresariado, pudiendo verse dificultado así el asesoramiento técnico en este terreno disputado.

En este sentido, además, existe una dificultad añadida en el control del cumplimiento de la legislación reguladora de esta materia, en la medida en que la escala de Subinspección de Seguridad y Salud de la ITSS carece de competencia sobre esta materia.

2.3. ¿Cómo actuar desde el ámbito sanitario?

Uno de los problemas fundamentales en la atención a la salud mental por causas laborales radica en la no inclusión de los trastornos mentales en el cuadro de enfermedades profesionales del sistema de la Seguridad Social. Al no figurar en este cuadro, su reconocimiento como profesionales solo se adquiere declarándose como *accidentes de trabajo* o como *patologías no traumáticas causadas por el trabajo*, lo que provoca el enorme infra-reconocimiento como contingencia profesional de estas dolencias.

En el preámbulo del 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, podemos leer que "*la información disponible indica que las deficiencias de protección a las personas trabajadoras afectados por estas contingencias profesionales se derivan, en gran medida, no solo de la falta de actualización de la lista de enfermedades profesionales sino muy especialmente de las deficiencias de su notificación, producidas por un procedimiento que se ha demostrado ineficiente, sin una vinculación suficiente con el profesional médico que tiene la competencia para calificar la contingencia o con aquel otro que pueda emitir un diagnóstico de sospecha".* Esta certeza provocó que se incluyera en el artículo 5 de este Real Decreto la comunicación de sospecha de enfermedad profesional por parte de las personas facultativas del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de los servicios de prevención de riesgos laborales.

El sistema sanitario desempeña un papel crucial para las personas que presentan enfermedades derivadas del trabajo, especialmente si existe una coordinación con los otros sistemas implicados y con los interlocutores sociales, en el objetivo de hacer aflorar enfermedades profesionales ocultas y evitar la infradeclaración de tales enfermedades.

Identificar la relación entre los trastornos mentales y los riesgos laborales psicosociales por parte de los facultativos especialistas de Atención Primaria y de Salud Mental del sistema sanitario y los de los servicios de prevención, ha de servir para mejorar la comunicación y reconocimiento de enfermedades profesionales, así como para reforzar la vigilancia epidemiológica de los daños para la salud derivados del trabajo y la prevención de los riesgos laborales que causan dichos daños.

En el siguiente apartado se aportan herramientas que buscan facilitar a las personas facultativas la identificación de la exposición a riesgos laborales psicosociales.

2.3.1. Herramientas de identificación de la exposición a riesgos laborales psicosociales desde el sistema sanitario

Una visión integral de la conceptualización de los riesgos laborales psicosociales desarrollada hasta aquí es la que propone el método de evaluación y prevención de riesgos psicosociales COPSOQ-ISTAS21, PSQCAT (Burr et al., 2019; Kristensen et al., 2010; Moncada i Lluís, Llorens Serrano, Salas Nicás, Moriña Soler, & Navarro Giné, 2021).

Es un instrumento internacional que entre sus herramientas propone un cuestionario adaptado y validado en el contexto español con datos de salud, cuyas escalas podrían utilizarse en la atención primaria para identificar la exposición de personas trabajadoras por cuenta ajena a los riesgos laborales psicosociales.

Proviene de un cuestionario internacional que incorpora conocimiento y método científico, referenciado en centenares de publicaciones en revistas indexadas. Su marco conceptual es similar al aquí planteado, fundamentado en evidencia científica de relación con salud. Para su validación a nivel internacional y en España se utilizaron escalas de salud general y salud mental (SF36) entre otras. Ejemplos de sus **preguntas que podrían usarse para el diagnóstico de sospecha de enfermedad derivada del trabajo por cuenta ajena** en relación con los riesgos laborales psicosociales, serían:

Exigencias cuantitativas		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Son las exigencias derivadas de la cantidad de trabajo en relación con el tiempo disponible. La situación desfavorable para la salud con más evidencia es el exceso. Son altas cuando tenemos más trabajo del que podemos realizar en el tiempo asignado.	21c) ¿Te retrasas en la entrega de tu trabajo? 21e) ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo? 21g) ¿Tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo? 21o) ¿Te resulta imposible acabar tus tareas durante tu jornada laboral?	El riesgo se asocia con la falta de personal, la deficiente planificación, la mala asignación de tareas o la incorrecta medición de los tiempos, aunque también puede relacionarse con la estructura salarial (por ejemplo, cuando la parte variable de un salario bajo es alta y obliga a asumir más carga) o con la inadecuación de las herramientas, materiales o procesos de trabajo. Las altas exigencias cuantitativas pueden derivar en alargamientos de la jornada laboral o en un alto ritmo de trabajo.

Ritmo de trabajo		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Constituye la exigencia referida a la intensidad del trabajo. El problema para la salud más estudiado es el exceso.	21a) ¿Tienes que trabajar muy rápido? 22i) ¿El ritmo de trabajo es alto durante toda la jornada?	El riesgo se asocia con la falta de personal, la deficiente planificación, la mala asignación de tareas o la incorrecta medición de los tiempos, aunque también pueden relacionarse con la estructura salarial (por ejemplo, cuando la parte variable de un salario bajo es alta y obliga a asumir más carga) o con la inadecuación de las herramientas, materiales o procesos de trabajo.

Exigencias emocionales		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Son las exigencias de no involucrarse en la situación emocional o de gestionar la transferencia de sentimientos, que se derivan de las relaciones interpersonales, que implica la realización del trabajo. El problema para la salud es el exceso.	21b) ¿En tu trabajo se producen momentos o situaciones desgastadoras emocionalmente? 21p) ¿En tu trabajo tienes que ocuparte de los problemas personales de otras personas? 22e) ¿Tu trabajo es desgastador emocionalmente?	En ocupaciones de cuidado, auxilio, protección a las personas (y otras), la exposición a exigencias emocionales tiene que ver con la naturaleza de la tarea y no pueden eliminarse (no podemos "eliminar" pacientes, alumnado...). Así, la formación para el desarrollo de habilidades para su manejo y la disposición del tiempo suficiente para poder gestionarlas efectivamente, junto con la disminución del tiempo e intensidad de la exposición (cambiar horas, ratios, descansos, etc.) representan vías de prevención pertinentes. Además, puede requerir reservar tiempo para realizar terapia.

Exigencias de esconder emociones		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Son las exigencias de mantener una apariencia neutral independientemente del comportamiento de las otras personas con las que nos relacionamos en el trabajo (usuario/as, clientes, compañeros/as, proveedores/as, jefaturas…). El problema para la salud es el exceso.	21d) ¿Tu trabajo requiere que te calles tu opinión? 21f) ¿Tu trabajo requiere que trates a todo el mundo por igual, aunque no tengas ganas? 22f) ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones? 22g) ¿Te exigen en el trabajo ser amable con todo el mundo independientemente de la forma como te traten?	En puestos de trabajo de cuidado, auxilio y protección a las personas (y otras), estas exigencias forman parte de la naturaleza de la tarea y no pueden ser eliminadas. El desarrollo de habilidades y de estrategias de protección para su manejo y la disminución del tiempo de exposición representan vías de prevención importantes (ver exigencias emocionales). En otros casos, pueden tener relación con la política de gestión de proveedores/as y clientes (por ejemplo, con una deficiente plantilla que provoca colas de usuarios en espera de atención…) o con la falta de participación de las personas trabajadoras (hay que esconder emociones cuando no se puede opinar) y, en general, con deficiencias en las políticas de gestión de personal (cuando se fomenta la competitividad individual, cuando se asignan tareas o cambios de horarios de forma arbitraria, etc.).

Conflicto trabajo-vida		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
El conflicto trabajo-vida trata de las consecuencias de las exigencias del empleo sobre la vida familiar y personal. Se refiere a la necesidad de compaginar tareas y tiempos laborales con las familiares y sociales, pudiendo suponer cargas excesivas y a menudo simultáneas (*doble presencia*), creando una situación desfavorable para la salud.	22j) ¿Tienes que cambiar tus planes de actividades personales y familiares debido a las exigencias de tu trabajo? 21l) ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez? 21m) ¿Sientes que el trabajo en la empresa te consume tanta energía que perjudica a tus tareas domésticas y familiares? 21n) ¿Sientes que el trabajo en la empresa te ocupa tanto tiempo que perjudica a tus tareas domésticas y familiares?	En el ámbito laboral tiene que ver con la falta de personal, la cantidad de horas trabajadas, la ordenación asocial de la jornada laboral o su modificación y con el nivel de autonomía sobre esta; por ejemplo, con horarios o días laborables incompatibles con el trabajo de cuidado de familiares a cargo.

Influencia		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Es el margen de autonomía en el día a día del trabajo en general, y también particularmente en relación con las tareas a realizar (el qué y el cuánto) y en la forma de desarrollarlo (el cómo). El problema para la salud es la carencia.	21h) ¿Tienes influencia sobre la cantidad de trabajo que se te asigna? 21i) ¿Tienes mucha influencia sobre las decisiones que afectan a tu trabajo? 21j) ¿Tienes influencia sobre cómo realizas tu trabajo? 21k) ¿Tienes influencia sobre qué haces en el trabajo?	Tiene que ver con la participación que cada trabajador y trabajadora tiene en las decisiones sobre aspectos fundamentales de su trabajo cotidiano, es decir, con los métodos de trabajo aplicados por la dirección en la empresa y si estos son participativos o no y permiten o limitan la autonomía. Puede guardar relación con las posibilidades de desarrollo.

Posibilidades de desarrollo		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Son las oportunidades que ofrece la realización del trabajo para poner en práctica los conocimientos, habilidades y experiencia de las personas trabajadoras y adquirir nuevos. El problema para la salud es la insuficiencia.	22c) ¿Tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas? 22d) ¿Tu trabajo te da la oportunidad de mejorar tus conocimientos y habilidades? 22h) ¿Tu trabajo permite que apliques tus habilidades y conocimientos?	Tiene que ver con los niveles de participación y con la complejidad y variedad de las tareas, siendo el trabajo simple, estandarizado y repetitivo, el paradigma de la exposición nociva. Su origen son las prácticas empresariales relativas a los métodos de trabajo y al diseño del contenido del trabajo. Puede guardar relación con la influencia.

Apoyo social de compañeros/as		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Es recibir la ayuda necesaria por parte de compañeros y compañeras en la realización del trabajo. El problema para la salud es su insuficiencia.	24a) ¿Recibes ayuda de tus compañeros y compañeras en la realización de tu trabajo, en caso de necesitarlo? 24b) ¿Tus compañeros y compañeras están dispuestos/as a escuchar tus problemas en el trabajo, en caso de necesitarlo? 24c) ¿Tus compañeros y compañeras hablan contigo sobre cómo haces tu trabajo, en caso de necesitarlo?	La falta de apoyo entre compañeros/as puede tener que ver con las prácticas de gestión de personal que dificultan la cooperación y la formación de verdaderos equipos de trabajo. Por ejemplo, cuando se fomenta la competitividad individual a partir de salarios variables en base a objetivos individuales, o asignando las tareas, cambios de horarios, de centro, etc., de forma arbitraria o no transparente. También puede relacionarse con el alto ritmo de trabajo o las altas exigencias cuantitativas que no permite apoyar a los y las demás.

Apoyo social de superiores		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Es recibir la ayuda necesaria por parte de las personas superiores jerárquicas en la realización del trabajo. El problema para la salud es su insuficiencia.	24g) ¿Tu jefe/a inmediato/a está dispuesto/a escuchar tus problemas en el trabajo, en caso de necesitarlo? 24h) ¿Recibes ayuda de tu jefa/e inmediata/o en la realización de tu trabajo, en caso de necesitarlo? 24i) ¿Tu jefe/a inmediato/a habla contigo sobre cómo haces tu trabajo, en caso de necesitarlo?	La falta de apoyo de superiores inmediatos tiene que ver con la falta de procedimientos concretos de gestión de personal que fomenten el papel del jefe/a como elemento de apoyo al trabajo del equipo o departamento que gestiona o con la falta de tiempo para aplicarlos. También se relaciona con la falta de directrices claras por parte de la dirección en relación con el cumplimiento de la función de apoyo y con la falta de formación para ello.

Reconocimiento		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Es la valoración y trato justo por parte de la dirección en el trabajo. El problema para la salud es su defecto.	26a) ¿Tu trabajo es valorado por la dirección? 26b) ¿Recibes un trato justo en tu trabajo?	Tiene que ver con múltiples aspectos de la gestión de personal, por ejemplo, con los métodos de trabajo si son o no participativos (sin “voz” no puede haber reconocimiento), con la existencia de arbitrariedad e inequidad en las promociones, asignación de tareas, de horarios…, con si se paga un salario acorde con las tareas realizadas, etc.

Inseguridad sobre el empleo		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Es la preocupación por el futuro en relación con la ocupación. El problema para la salud es su existencia.	¿Estás preocupado/a por… 25d) si te despiden o no te renuevan el contrato? 25f) lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedases en paro?	Tiene que ver con las prácticas empresariales relativas a la contratación y las posibilidades de empleabilidad en el mercado laboral de residencia.

Inseguridad sobre las condiciones de trabajo		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Es la preocupación por el futuro en relación con los cambios no deseados de condiciones de trabajo fundamentales. El problema para la salud es por exceso.	¿Estás preocupado/a por si te… 25a) trasladan a otro centro de trabajo, unidad, departamento o sección contra tu voluntad? 25b) cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad? 25c) cambian de tareas contra tu voluntad? 25e) bajan el salario (reducción, introducción del salario variable…)?	Se relaciona con las amenazas de cambio o empeoramiento de condiciones de trabajo especialmente valiosas. Estas, pueden originarse tanto en la situación actual (por ejemplo, si la asignación de jornada, tareas y complementos salariales es arbitraria) como en la posibilidad de cambios futuros (por ejemplo, por una reestructuración empresarial, externalización de un puesto o servicio, una fusión…); más si existen peores condiciones de trabajo en el contexto externo a la empresa/organización (en el sector, territorio…). Podría ser secundaria a la inseguridad sobre el empleo, de forma que las personas trabajadoras, especialmente aquellas con menores oportunidades de empleabilidad, podrían aceptar el deterioro de condiciones de trabajo valiosas ante la amenaza de la pérdida de empleo.

Justicia		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
Se refiere a la medida en que las personas trabajadoras son tratadas con equidad en su trabajo. El problema para la salud es por defecto.	26e) ¿Se solucionan los conflictos de una manera justa? 26f) ¿Se le reconoce a uno/a por el trabajo bien hecho? 26g) ¿La dirección considera con la misma seriedad las propuestas procedentes de todas las personas trabajadoras? 26i) ¿Se distribuyen las tareas de una forma justa?	Se relaciona con la existencia de procedimientos que puedan impedir la arbitrariedad de las decisiones.

De otros cuestionarios y metodologías:

Situaciones de injusticia		
Definición	**Preguntas del cuestionario**	**Origen**
El o la trabajadora vive situaciones laborales injustas en el lugar de trabajo por ser mujer (u hombre) o por su identidad de género.	¿Han ofrecido formación y no se te ha facilitado frente a otros compañeros/as? ¿Tienes experiencia y cualificación, pero no se te ha considerado el ascenso por razón de sexo/género? ¿Has sufrido acoso laboral por parte de un/a superior? ¿Has sufrido acoso laboral por parte de un/a compañero/a? ¿Has sufrido alguna situación de acoso o abuso sexual por parte de alguna persona de la empresa, cliente o proveedor? ¿Te han reducido las tareas (o no se te dan) correspondientes a tu puesto de trabajo sin motivo? ¿Te han aumentado la carga de trabajo frente al resto de compañeros/as sin motivo?	El riesgo se asocia con la situación de roles de poder, de machismo o de intolerancia presente en la sociedad y, por tanto, también en las empresas.

Estas preguntas sobre riesgos laborales psicosociales deberían contextualizarse. Así es necesario en primer lugar conocer la profesión o el puesto de trabajo y las prácticas empresariales de gestión laboral que se aplican a las personas trabajadoras en el lugar de trabajo además de los datos sociodemográficos. Algunas preguntas para ello a modo de ejemplo, sin ánimo de exhaustividad, utilizadas en encuestas poblacionales (Llorens et al., 2010; Navarro et al., 2024) e historia clínica son:

- ¿De qué trabaja? ¿Qué puesto de trabajo ocupa? ¿Qué funciones realiza?
- ¿Qué tipo de contrato tiene con la actual empresa/organización?
- ¿Cuánto tiempo en total lleva trabajando para esta empresa/organización?
- Independientemente de las que fije su contrato, ¿cuántas horas trabaja para esta empresa/organización a la semana?
- ¿Cuál es su horario de trabajo? ¿Su horario de trabajo incluye trabajar la mayor parte de días de mañana y/o tarde más allá de las 17:30? ¿Trabaja de noche?
- ¿Con qué frecuencia se le requiere empezar a trabajar antes o acabar más tarde de lo que establece su horario laboral?
- ¿Sus días laborales incluyen fines de semana o festivos?
- ¿Le dejan de pagar o le retrasan el pago del salario? ¿Es habitual?
- ¿Con qué frecuencia su salario actual permite cubrir las necesidades básicas del hogar?
- Habitualmente, ¿los superiores le consultan sobre cómo mejorar la forma de realizar las tareas que usted hace?
- Teniendo en cuenta la cantidad de trabajo que tiene que realizar y el tiempo asignado para ello, ¿diría usted que en su departamento/sección falta personal?
- ¿Tiene personas dependientes a su cargo?
- Fuera de su trabajo retribuido, de media ¿cuántas horas a la semana dedica a cocinar y a realizar otras tareas domésticas?

- Fuera de su trabajo retribuido, de media ¿cuántas horas a la semana dedica al cuidado de personas a su cargo (niños, niñas, personas mayores o dependientes)?
- Sexo
- Edad
- Identidad de género y orientación sexual
- País de origen
- Tiempo residiendo en España

Se entiende que la o el facultativo ya conocerá algunas de estas cuestiones, sobre todo las últimas mencionadas, de este listado no exhaustivo.

Todas las anteriores constituyen inestimables herramientas que pueden aplicarse en la entrevista clínica para identificar trastornos mentales derivados o agravados por el trabajo.

2.4. Referencias

Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y., … Pohrt, A. (2019). The Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Safety and Health at Work, 10(4), 482-503.

Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., Moen, B. E., & Benavides, F. G. (2013). Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. International Journal for Equity in Health, 12, 57.

Cooklin, A. R., Dinh, H., Strazdins, L., Westrupp, E., Leach, L. S., & Nicholson, J. M. (2016). Change and stability in work-family conflict and mothers' and fathers' mental health: Longitudinal evidence from an Australian cohort. Social Science & Medicine, 155, 24-34.

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Donkin, A., Allen, M., Allen, J., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social Determinants of Health and the Working-Age Population. In S. Leka & R. Sinclair (Eds.), *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice* (Vol. 3, pp. 1-17).

Duchaine CS., Aubé K., Gilbert-Ouimet M., et al. Psychosocial stressors at work and the risk of sickness absence due to a diagnosed mental disorder: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2020; 77: 842-51.

EU-OSHA (2024) Psychosocial risks and mental health at work in https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health

Eurofound. (2019). Labour market segmentation: piloting new empirical and policy analyses.

Gilbert-Ouimet, M., Trudel, X., Brisson, C., Milot, A., & Vézina, M. (2014). Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: Systematic review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 40(2), 109-132.

INSST (2022). Directrices Básicas para la gestión de los riesgos psicosociales. Disponible en: https://www.insst.es

INSST (2022). FPSICO 4.1. Método de evaluación de factores psicosociales. Manual técnico y de uso de la aplicación informática. Disponible en: https://www.insst.es

INSST (VV. AA.). NTP 603, NTP 944, NTP 945, NTP 1056, NTP 1166, NTP 1185, NTP 1186. Disponible en: https://www.insst.es/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion

ISTAS-F1M (2025). Manual del método COPSOQ-ISTAS21 para la evaluación y la prevención de los riesgos laborales psicosociales. Versión 3 media. Disponible en https://copsoq.istas21.net

Johnson, J., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health, 78(10), 1336-1342.

Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. Administrative Science Quarterly, 24(2), 285-308.

Kivimaki M., Ferrie JE., Kawachi I. *Workplace stressors. In The Routledge International Handbook of Psychosocial Epidemiology*, 2019.

Kompier, M. (2002). Job Design and Well-Being. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (2nd ed., pp. 427-454). John Wiley and Sons, Ltd.

Kristensen, T. S. (2010). A questionnaire is more than a questionnaire. Scandinavian Journal of Public Health, 38(3 Suppl), 149-155.

Landsbergis, P. A., Grzywacz, J. G., & LaMontagne, A. D. (2014). Work organization, job insecurity, and occupational health disparities. American Journal of Industrial Medicine, 57(5), 495-515.

Llorens, C., Alós, R., Cano, E., Font, A., Jódar, P., López, V., … Moncada, S. (2010). Psychosocial risk exposures and labour management practices. An exploratory approach. Scandinavian Journal of Public Health, 38(3 Suppl), 125-136.

Lunau, T., Bambra, C., Eikemo, T. A., Van Der Wel, K. A., & Dragano, N. (2014). A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. European Journal of Public Health, 24(3), 422-427.

Madsen IEH., Nyberg ST., Magnusson Hanson LL., et al. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. Psychol Med 2017; 47: 1342-56.

Mikkelsen S, Coggon D., Andersen JH., et al. Are depressive disorders caused by psychosocial stressors at work? A systematic review with metaanalysis. Eur J Epidemiol 2021; 36: 479-96.

Milner A., Scovelle AJ., King TL., Madsen I. Exposure to work stress and use of psychotropic medications: a systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health 2019; 73(6):569-76.

Milner, A., Witt, K., LaMontagne, A. D., & Niedhammer, I. (2018). Psychosocial job stressors and suicidality: A meta-analysis and systematic review. Occupational and Environmental Medicine, 75(4), 245-253. https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104531

Moncada i Lluís, S., Llorens Serrano, C., Salas Nicás, S., Moriña Soler, D., & Navarro Giné, A. (2021). La tercera versión de COPSOQ-Istas21. Un instrumento internacional actualizado para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. Revista Española de Salud Pública, 95.

Moncada, S., & Llorens, C. (2014). Factores psicosociales. In C. Ruiz-Frutos, J. Delclós, E. Ronda, A. M. García, & F. G. Benavides (Eds.), *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (4th ed., pp. 377-388). Barcelona: Elsevier Masson SAS.

Montano, D., Hoven, H., & Siegrist, J. (2014). Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: A systematic review. BMC Public Health, 14(1), 135.

Navarro-Giné A., Esteve-Matalí L., Carrasquer P., Feijoo-Cid M., Fernández-Cano MI., Llorens-Serrano C., Molina O., Moriña D., Pastor A., Portell M., Recio A., Salas-Nicás S., Solà X. (2024). OTS Panel: a Cohort Study to Explore the Relationship Between Work Organization and Health in Spain. Safety Science; 173:106443.

Niedhammer I., Bertrais S., Witt K. Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 2021, 47(7): 489-508.

Niedhammer, I., Sultan-Taïeb, H., Parent-Thirion, A., & Chastang, J. F. (2022). Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe. International Archives of Occupational and Environmental Health, 95(1), 233-247.

Rigo M., Dragano N., Wahrendorf M., Siegrist J., Lunau T. Work stress on rise? Comparative analysis of trends in work stressors using the European working conditions survey. International Archives of Occupational and Environmental Health 2021, 94(3): 459-474.

Rönnblad T., Grönholm E., Jonsson J., et al. Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Scand J Work Environ Health 2019; 45: 429-43.

Roquelaure, Y. (2018). Musculoskeletal disorders and psychosocial factors at work. Brussels.

Rudkjoebing LA., Bungum AB., Flachs EM., et al. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. Scand J Work Environ Health 2020; 46: 339-49.

Rugulies R., Aust B., Greiner BA., Arensman E., Kawakami N., LaMontagne AD., Madsen IEH. Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. Lancet 2023; 402:1368-1381.

Rugulies, R. (2019). What is a psychosocial work environment? Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 45(1), 1-6.

Schnall, P. L., Dobson, M., & Landsbergis, P. (2016). Globalization, Work, and Cardiovascular Disease. International Journal of Health Services, 46(4), 656-692.

Schütte, S., Chastang, J.-F., Parent-Thirion, A., Vermeylen, G., & Niedhammer, I. (2015). Psychosocial work exposures among European employees: explanations for occupational inequalities in mental health. Journal of Public Health (Oxford, England), 37(3), 373-388.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1(1), 27-41.

Taouk, Y., Spittal, M. J., Lamontagne, A. D., & Milner, A. J. (2020). Psychosocial work stressors and risk of all-cause and coronary heart disease mortality: A systematic review and meta-analysis. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 46(1), 19-31.

Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C.,… Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. BMC Public Health, 15(1).

Utzet M., Llorens C., Moriña D., Moncada S. Persistent inequality: evolution of psychosocial exposures at work among the salaried population in Spain between 2005 and 2016. International Archives of Occupational and Environmental Health 2021, 94(4): 621-629.

Valero, E., Martin, U., Bacigalupe, A., & Utzet, M. (2021). The impact of precarious jobs on mental health: a gender-sensitive literature review. International Archives of Occupational and Environmental Health, 94(4), 577-589.

Vanroelen, C., Levecque, K., Moors, G., Gadeyne, S., & Louckx, F. (2009). The structuring of occupational stressors in a Post-Fordist work environment. Moving beyond traditional accounts of demand, control and support. Social Science and Medicine, 68(6), 1082-1090.

Virtanen, M., & Elovainio, M. (2018). Justice at the Workplace: A Review. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics: The International Journal of Healthcare Ethics Committees, 27(2), 306-315.

WHO & ILO. (2022). Mental health at work: Policy brief. Geneva.

WHO. (2022). World Mental Health report: transforming mental health for all. In World Health Organization. Geneva.

Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. Psychol Health, 16(5), 527-545.

3. Abordaje clínico: diagnóstico, evaluación de la sospecha y tratamiento

3.1. Problemas de salud mental derivados del trabajo

Como se ha demostrado en numerosos estudios nacionales e internacionales, los riesgos psicosociales en el entorno laboral tienen una incidencia elevada y están ampliamente vinculados con efectos negativos sobre la salud de las personas trabajadoras. Estos efectos se pueden evaluar desde tres perspectivas complementarias: la de la salud auto percibida, entendida como el bienestar físico, mental y social; la de la salud funcional, que hace referencia a la capacidad para el cumplimiento eficaz de las tareas; y la de la salud adaptativa, o grado de ajuste al entorno laboral y social. A continuación, se describen las principales consecuencias asociadas a la exposición a riesgos psicosociales:

- **Físicas.** Incluyen trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, del sistema nervioso, endocrinos, musculares, dermatológicos, inmunológicos, sexuales, entre otros.
- **Psíquicas.** Los daños más frecuentes son los trastornos de ansiedad, los cuadros depresivos y el síndrome de desgaste profesional. También se observa un aumento de los trastornos del sueño y del consumo problemático de sustancias.
- **Laborales.** Presentismo, incapacidades temporales y permanentes, además de un incremento en el potencial número de accidentes en el medio laboral.

Según la OMS (2024), cada año se pierden globalmente unos 12 000 millones de días de trabajo por problemas de salud mental relacionados con el entorno de trabajo, lo que se traduce en una pérdida de productividad estimada en 1 billón de euros al año. Asimismo, en Europa, los trastornos relacionados con el estrés laboral representan más del 25% de las ausencias de dos semanas o más por motivos de salud vinculados al trabajo (EU-OSHA, 2024).

En 2024, en España, se iniciaron 643.861 procedimientos de incapacidad temporal relacionadas con "trastornos mentales y del comportamiento". En total, ese mismo año, se registraron 6.897.615 incapacidades temporales. Así, los procedimientos relacionados con la salud mental supusieron un 9,33% del total (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2025).

En el estudio 'Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe' (Niedhammer et al., 2022), se actualizaron las fracciones de trastornos mentales atribuibles a factores psicosociales laborales en Europa, encontrando que si en la Unión Europea se eliminaran estas exposiciones, la carga de depresión caería entre el 17 y el 35% y, por ejemplo en España, la depresión se reduciría un 8,63% reduciendo la alta tensión laboral y un 13,44% si se redujera la alta inseguridad.

En un estudio realizado en España analizando los episodios que causaron baja por enfermedad común durante el año 2010 (la población a estudio fue de 971.580 afiliados), se estimó que la fracción atribuible a factores de riesgo laboral de los trastornos mentales era del 10,8% (13,14% para los hombres y 8,29% en el caso de las mujeres), con valores diferentes según tipo de trastorno (García Gómez M, Castañeda R, Urbanos R, de la Cruz O, López P, 2011).

La investigación llevada a cabo por Pérez Zapata y Álvarez Hernández (Pérez Zapata y Álvarez Hernández, 2021), concluyó que unas condiciones de empleo/trabajo adecuadas podrían reducir entre un 60 por ciento y un 80 por ciento los casos de mala salud mental de las personas trabajadoras, mujeres y hombres, respectivamente.

Las mujeres y las personas jóvenes (de 16 a 35 años) son las que acumulan un mayor número de bajas por motivos de salud mental. Los sectores más afectados en 2024 fueron las actividades sanitarias y de servicios sociales, comercio, hostelería, actividades administrativas, industria manufacturera y educación. Las bajas por problemas de salud mental tuvieron una duración promedio de 108 días, siendo las terceras más prolongadas, después de las causadas por tumores y enfermedades circulatorias (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2025).

En este marco, la Organización Internacional de Trabajo (ILO, 2002) en su listado sobre enfermedades profesionales (Recomendación 194), apela al compromiso de los Estados para el reconocimiento de los trastornos mentales que se derivan del trabajo siempre que exista un vínculo entre la enfermedad y el trabajo. En nuestro actual marco normativo, como se desarrollará en el siguiente capítulo, el artículo 157 de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015) define el concepto de enfermedad profesional como toda enfermedad contraída como consecuencia del trabajo que, además, se recoja en el cuadro de enfermedades profesionales que aprueba el Real Decreto 1299/2006. En el listado actual de enfermedades profesionales no se recogen referencias a trastornos mentales.

En este sentido, la falta de reconocimiento administrativo de los daños que las condiciones de trabajo pueden causar en la salud mental contribuye a restar potencial al ámbito preventivo. Además, su asistencia se vehiculiza a través del sistema sanitario, lo cual no revierte en ninguna mejora del entorno laboral, a pesar de que este hubiera sido su origen.

En la actualidad, los pacientes que presentan trastornos de salud mental relacionados con el trabajo son atendidos dentro del sistema sanitario, pero estos trastornos no son comunicados por los clínicos ni investigados por las unidades de salud laboral. La falta de reconocimiento administrativo, y las dificultades para informar como enfermedades profesionales los trastornos mentales, origina una falta de atención en la investigación de las causas laborales de estos trastornos, y como consecuencia, una infravaloración del problema por parte de los clínicos y de las administraciones.

En un contexto en el que el número de pacientes que acuden a Atención Primaria y a los servicios de Salud Mental ha aumentado significativamente, y donde, como la evidencia apunta, las causas laborales serían un factor significativo, identificar qué trastornos se podrían resolver cambiando las condiciones laborales resulta imperativo. A diferencia de otros casos clínicos en los que los profesionales pueden intervenir en contextos como el entorno familiar o escolar, no existen actualmente intervenciones coordinadas para abordar los problemas laborales en pacientes con trastornos relacionados con el trabajo. Esta falta de coordinación impide actuar de forma integrada sobre la causa principal del malestar, lo que dificulta la recuperación

clínica. Como resultado, los síntomas tienden a prolongarse y con frecuencia derivan en incapacidades laborales temporales más largas y costosas de lo necesario.

Esta situación genera una gran frustración en los pacientes, ya que no perciben una mejoría significativa en su salud al no poder intervenir sobre la raíz del problema. Con frecuencia, se sienten culpables por sus síntomas, mientras la causa de fondo –el entorno laboral– permanece sin abordarse.

Psicopatología relacionada con el trabajo

Cualquier manifestación clínica o trastorno mental puede aparecer relacionada con el malestar o sufrimiento en el trabajo. Desde reacciones adaptativas de ansiedad relacionadas con el estrés, trastornos adaptativos, ansiosos, del estado de ánimo, adicción a sustancias o comportamentales, hasta cuadros tradicionalmente considerados más graves como psicosis o trastorno de estrés postraumático. Habría que diferenciar entre cuadros que aparecen por primera vez y debutan en el ámbito laboral o aquellos trastornos que ya padecían las personas trabajadoras y se agravan por estresores laborales.

Como se expuso en el segundo apartado de este documento, existe abundante evidencia que vincula factores de riesgo psicosociales laborales con determinados diagnósticos de salud mental. Ciertos contextos laborales generan un daño significativo en los individuos. Por ello resulta fundamental diagnosticar, notificar e investigar adecuadamente estos casos. Si bien en el ámbito de la salud mental no siempre es sencillo identificar los factores de riesgo psicosocial como la causa directa de un trastorno, los clínicos pueden sospechar cuando determinados síntomas o trastornos se relacionan directamente con el contexto laboral de la persona, superando las vulnerabilidades o fortalezas estructurales y biográficas.

La prevención primaria, secundaria y terciaria, junto a medidas de promoción de la salud en los lugares de trabajo, permitirán el desarrollo de la salud mental laboral mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los distintos trastornos y sus aspectos laborales relacionados.

3.2. Evaluación clínica

En caso de que el profesional médico sospeche de un problema de salud mental de origen laboral lo pasos a seguir son:

1. Detección de trastorno de salud mental
2. Valoración de sospecha de origen laboral
3. Comunicación de la sospecha

3.2.1. Detección de trastorno de salud mental

En el curso de su actividad, el médico podrá establecer la presencia de un Trastorno Mental a través de su herramienta habitual, la Historia Clínica. En base a ello, podrá plantear un diagnóstico ajustándose a los criterios vigentes en nuestro marco normativo, la Clasificación Internacional de Enfermedades. La edición electrónica de la CIE está disponible en este enlace: https://www.eciemaps.sanidad.gob.es/browser/metabuscador

La entrevista clínica

Para establecer un diagnóstico adecuado, la herramienta fundamental es la entrevista clínica. La modalidad semiestructurada –que combina preguntas abiertas con un guion dirigido– suele ser la más adecuada, ya que permite explorar de forma sistemática sin perder la espontaneidad del relato. Debe realizarse en un clima de confianza, con un estilo cercano y sin prisas, que facilite la expresión del malestar.

Una anamnesis rigurosa es indispensable, e incluye el descarte de posibles causas médicas, tóxicas o farmacológicas que puedan explicar la sintomatología. Es necesario recoger información detallada sobre las características de los síntomas, su intensidad, duración, evolución y posibles desencadenantes, incluyendo los de origen laboral. Esta valoración permitirá posteriormente formular un plan terapéutico individualizado, adaptado tanto a la situación clínica como a las características y preferencias de la persona atendida.

En la tabla 1 desarrollamos una estructura de entrevista clínica semiestructurada que pueda ayudar a entender las fases, las tareas de cada una y las herramientas a utilizar.

Tabla 1. Fases de la entrevista clínica

Fase	Objetivos	Tareas clínicas	Exploración específica del contexto laboral
1. Escucha empática.	Comprender el motivo de consulta y el malestar del paciente, favoreciendo la expresión libre.	- Escuchar sin interrumpir. - Registrar síntomas, emociones y explicaciones que da el paciente sobre su malestar. - Identificar primeras atribuciones causales.	- Atender si el paciente menciona el trabajo espontáneamente: conflictos, estrés, carga, cambios recientes.
2. Anamnesis dirigida.	Profundizar en factores biográficos, médicos, sociales y laborales relacionados.	- Realizar despistaje de otras causas: enfermedades médicas, uso de sustancias, situaciones vitales estresantes no laborales. - Evaluar riesgo de crisis o suicidio.	- Explorar condiciones de empleo: tipo de contrato, estabilidad, salario, horarios, jornadas. - Investigar condiciones de trabajo/riesgos psicosociales: turnos, posibilidad de conciliación, carga mental y física, exigencias, ritmos, autonomía, recursos disponibles, supervisión y control, relaciones con jefatura o compañeros, clima laboral, apoyo percibido, reconocimiento, justicia organizacional, acoso o violencia laboral. - Valorar si el estresor es puntual, mantenido o reciente. (Para una anamnesis más completa revisar la segunda parte de este documento).
3. Construcción compartida del problema.	Acordar con el paciente una hipótesis inicial del problema y validar su vivencia.	- Vincular síntomas con las condiciones laborales si procede. - Explorar qué espera el paciente de la consulta. - Devolver una primera formulación integradora.	- Nombrar con claridad los factores laborales identificados como posibles desencadenantes o agravantes. - Validar el sufrimiento generado por el entorno laboral.
4. Formulación clínica y resignificación.	Generar una comprensión compartida más profunda del malestar.	- Co-construir una narrativa clínica con el paciente. - Plantear una estrategia terapéutica realista y consensuada.	- Incluir en la formulación los factores laborales como hipótesis etiológica o agravante, si corresponde. - Explorar posibles caminos de afrontamiento desde lo clínico y lo social/laboral.

Fase	Objetivos	Tareas clínicas	Exploración específica del contexto laboral
5. Cierre.	Cerrar la entrevista y planificar los pasos siguientes.	- Proponer seguimiento o alta según necesidad. - Acordar si procede incapacidad temporal o derivación a salud mental o salud laboral.	- Valorar conjuntamente la posibilidad de comunicar sospecha de relación laboral (con código Z + diagnóstico). - Informar sobre recursos disponibles (sociales, sindicales, jurídicos, programas empresariales, buzón de comunicación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, etc.).

3.2.2. Valoración de sospecha de origen laboral

La identificación de trastornos mentales relacionados con estresores laborales depende en gran medida de la descripción de los hechos y de la interpretación por parte de la persona trabajadora. En este sentido, la percepción individual adquiere un papel central. No obstante, establecer una relación de sospecha entre un estresor laboral y un trastorno mental implica una interpretación clínica que no puede probarse con certeza absoluta, sino que se basa en un juicio de probabilidad razonada.

La respuesta a un estresor psicosocial laboral está mediada por la interacción de múltiples factores individuales y contextuales. Cada persona enfrenta estos desafíos desde su estructura de personalidad, su historia vital, sus experiencias previas con el estrés, su red de apoyo y las características del entorno laboral. También influyen las políticas organizacionales y la accesibilidad a recursos sociosanitarios. Esta combinación de elementos puede hacer que un estresor laboral actúe como desencadenante o agravante de un trastorno mental clínicamente diagnosticable.

La complejidad del fenómeno, unida al estigma que aún persiste en torno a la salud mental, ha dificultado su reconocimiento dentro del ámbito laboral y sanitario. Mientras otras enfermedades han sido consideradas profesionales desde hace décadas, los problemas de salud mental relacionados con el trabajo solo han comenzado a ser visibilizados recientemente. La relación entre salud mental y salud laboral es, por tanto, compleja, dinámica y multifactorial. Sin embargo, es innegable que una parte significativa de las personas atendidas en los servicios sanitarios hacen referencia a estresores laborales como elementos que desencadenan o agravan su malestar psicológico. Será la evaluación clínica la que, en última instancia, permita sospechar esta relación e iniciar los mecanismos adecuados para comunicarla.

Criterios clínicos para la atribución de sospecha de origen laboral

Para fundamentar la sospecha clínica de que un trastorno mental puede estar relacionado con la actividad laboral, el profesional debe considerar de forma integrada los siguientes criterios:

1. **Criterio diagnóstico:** existencia de un trastorno mental clínicamente reconocible. La sospecha de origen laboral debe partir necesariamente de la presencia de un trastorno mental. Sin diagnóstico, no puede realizarse una comunicación de sospecha. El uso conjunto del código F (diagnóstico) y el código Z (factores relacionados con el entorno laboral) permite reflejar esta sospecha en la historia clínica.

2. **Criterio de exposición:** existencia de condiciones laborales potencialmente nocivas. Debe identificarse exposición a factores de riesgo psicosocial que estén relacionados con el desarrollo o agravamiento de trastornos mentales. Entre ellos se incluyen condiciones como sobrecarga, falta de control, exigencias emocionales, acoso, violencia, inseguridad laboral o desequilibrio esfuerzo-recompensa, entre otros riesgos psicosociales. La exposición puede ser referida por la persona trabajadora o identificada por el/la profesional y debe ser valorada con criterios clínicos.
3. **Criterio de temporalidad:** relación cronológica entre la exposición y la sintomatología. Debe establecerse que la aparición de los síntomas se ha producido tras el inicio o intensificación de la exposición al estresor laboral. En el caso de agravamiento de una patología previa, debe demostrarse que la exposición laboral ha precedido a dicho empeoramiento.
4. **Criterio de consistencia clínica:** este criterio hace referencia a la necesidad de valorar si la sintomatología clínica es coherente con el relato de exposición a factores de riesgo psicosocial. La evaluación debe evitar una atribución de sospecha automática cuando existan indicios claros de que el malestar responde predominantemente a factores intrapsíquicos o estructurales no relacionados con el trabajo (por ejemplo, distorsiones cognitivas intensas, sesgos atribucionales marcados o rasgos de personalidad que configuren el problema laboral como consecuencia del trastorno y no como desencadenante). No obstante, este criterio debe aplicarse con especial sensibilidad clínica, particularmente en el caso de personas con diagnóstico de Trastornos Mentales Graves (TMG). Se trata de una población especialmente vulnerable, para la cual los estresores laborales pueden actuar como factores de descompensación o agravamiento de un trastorno de base. En estos casos, la presencia de una psicopatología previa no excluye, en absoluto, la posibilidad de una relación significativa con condiciones de empleo y trabajo adversas. Muy al contrario, puede requerir una vigilancia y protección reforzada.

El juicio clínico debe por tanto ponderar con equilibrio: ni atribuir de forma automática el malestar al contexto laboral sin evidencia razonada, ni descartar la sospecha de origen laboral por el simple hecho de que exista un diagnóstico psiquiátrico previo. La perspectiva de la persona atendida debe ser tenida en cuenta, especialmente cuando describe una relación clara entre su deterioro y las condiciones de trabajo.

Conviene recordar que la comunicación de sospecha clínica no implica establecer causalidad, sino activar los mecanismos necesarios para que se evalúe de manera más detallada por parte de los organismos competentes. El objetivo del profesional sanitario no es demostrar, sino identificar casos en los que existe una posibilidad razonable de que los estresores laborales estén actuando como causa, agravante o desencadenante del malestar. Esta mirada clínica fundamentada permite avanzar hacia un enfoque preventivo más justo y eficaz.

Valoración de sospecha de origen laboral: perspectiva clínica y clasificación posterior

Conviene destacar que la lectura de este apartado debe ser complementada con la lectura del siguiente capítulo, el capítulo 4, donde se describen detalladamente la

atribución de causalidad laboral, los criterios, las definiciones y el algoritmo para la valoración de la relación laboral en el caso de trastornos mentales.

El papel del profesional sanitario ante un posible trastorno mental relacionado con el trabajo consiste en identificar y comunicar una **sospecha clínica razonada**, basada en los criterios previamente descritos (diagnóstico, exposición, temporalidad y consistencia clínica).

No corresponde al clínico determinar de manera definitiva el origen laboral del trastorno ni realizar una atribución formal de contingencia profesional. Esa valoración más exhaustiva es competencia de los servicios de prevención de riesgos laborales, las unidades de salud laboral, las autoridades laborales o, en su caso, los órganos competentes en materia de salud pública y seguridad social.

No obstante, resulta útil para los profesionales sanitarios tener una visión general de las posibles **clasificaciones del caso** que pueden derivarse del proceso de investigación posterior. Esta perspectiva contribuye a entender el sentido y la importancia de la comunicación de sospecha como parte del circuito de protección de la salud de las personas trabajadoras.

Así, a partir de la aplicación de los criterios de exposición, temporalidad y consistencia clínica, las unidades responsables de la investigación podrán concluir que el caso se clasifica en una de las siguientes situaciones:

Por un lado, puede tratarse de un **trastorno mental no laboral**, cuando no se identifiquen estresores laborales relevantes, la secuencia temporal no sugiera una relación significativa y el cuadro pueda explicarse principalmente por factores ajenos al trabajo. En estos casos, no se considerará la existencia de un daño derivado de la actividad laboral.

Otra posibilidad es que se determine que el caso corresponde a un **trastorno mental derivado del trabajo**. Esto sucede cuando el trastorno ha surgido con motivo u ocasión del trabajo, cumpliendo los criterios de exposición a riesgos psicosociales y de temporalidad, sin la identificación de factores extralaborales relevantes. Esta situación coincide con la definición de daño laboral recogida en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, y puede dar lugar a su reconocimiento como accidente de trabajo o enfermedad profesional, dependiendo de la normativa aplicable.

Finalmente, puede concluirse que existe un **trastorno mental agravado por el trabajo**, es decir, un trastorno mental preexistente que ha sufrido un empeoramiento atribuible a las condiciones laborales. En estos casos, aunque el origen inicial del trastorno no sea laboral, el trabajo actúa como un factor de descompensación o agravamiento de los signos y síntomas, por lo que también queda recogido dentro de la citada legislación.

Esta clasificación posterior depende de una valoración integral que incluye la investigación de las condiciones de trabajo, entrevistas complementarias, análisis de la exposición a riesgos psicosociales y revisión de la trayectoria clínica del paciente, tal como se detalla en los procedimientos de vigilancia de la salud laboral y que quedan recogidas el último apartado del documento.

Por tanto, el profesional clínico no debe asumir la responsabilidad de decidir a cuál de estas categorías pertenece el caso. Su papel es formular y comunicar una sospecha fundada, permitiendo que se active el circuito de investigación especializado que corresponde en el ámbito de la salud laboral.

En estas cuestiones se profundizará en el apartado cuatro de este documento.

3.2.3. Comunicación de sospecha de trastorno mental derivado del trabajo o agravado por el trabajo

La sospecha de relación del Trastorno Mental codificado mediante la CIE, con una situación laboral, codificada mediante el código Z de dicha clasificación, será trasladada al organismo que se determine en cada Comunidad Autónoma y ciudades con Estatuto de Autonomía. Se comunicarán tanto los pacientes en los que el clínico sospecha una relación causal derivada del trabajo como aquellos en los que se sospecha una relación agravada por el mismo. En ambas situaciones la sospecha incide sobre la relación entre lo laboral y los síntomas que presenta la persona.

Como se ha mencionado previamente, dicha notificación requiere la aprobación del paciente, quien deberá recibir información completa sobre el procedimiento, incluyendo las implicaciones de realizar o no la notificación. En caso de que el paciente rechace dicha notificación, no se podrá llevar a cabo.

En este punto es importante conocer que el objetivo último de realizar esta comunicación de sospecha es lograr que los trastornos de salud mental derivados del trabajo sean reconocidos como tales.

En el siguiente capítulo, capítulo 4, se describen los circuitos de comunicación y los mecanismos de coordinación específicos cuando se requiera la coordinación entre varias administraciones, organismos y entidades.

3.2.3.1. Ventajas de reconocer una enfermedad como profesional

Reconocer una afección como ligada a un riesgo laboral implica otorgar a dicho riesgo una atención prioritaria: se visibiliza la amenaza, se diseñan e implementan medidas de protección específicas y se fortalecen los controles allí donde existe peligro. Cuando hablamos de enfermedades de origen laboral, este enfoque preventivo adquiere un carácter multiplicador, ya que las mismas exposiciones que causan daño en una persona trabajadora pueden afectar simultáneamente a todas las personas que desempeñan tareas similares en ese entorno (García Gómez y Castañeda López, 2006).

La notificación adecuada de una patología vinculada al trabajo genera repercusiones positivas de gran alcance: garantiza al paciente un manejo clínico, legal y económico ajustado a su situación; proporciona al sistema de prevención de riesgos laborales información real para orientar acciones eficaces; relega el coste al seguro de contingencias profesionales, aliviando las arcas públicas; y, en última instancia, fomenta entornos de trabajo más seguros y responsables para toda la sociedad (García Gómez, 2014).

La comunicación de sospecha siempre sujeta al consentimiento informado del paciente, persigue que los trastornos mentales relacionados con el trabajo sean reconocidos como enfermedad profesional en el futuro. Este reconocimiento aporta beneficios en cuatro ámbitos fundamentales:

1. **Mejora de la prevención:** Identificar oficialmente un daño como derivado de la actividad laboral pone de manifiesto el riesgo potencial y obliga a diseñar e implementar medidas específicas de protección. Además, cuando se reconoce una enfermedad profesional, el efecto preventivo se amplifica: no solo se protege al paciente, sino también a todas las personas expuestas a condiciones similares en el mismo entorno laboral.

2. **Beneficios para la persona trabajadora:**
    a. **Intervención temprana.** Un diagnóstico precoz, en cuanto aparecen los primeros signos y síntomas, permite abordar el tratamiento en su fase más reversible y corregir cuanto antes las condiciones de riesgo.
    b. **Cobertura económica.** El reconocimiento como enfermedad profesional conlleva una prestación económica superior y la cobertura al 100% de los costes farmacológicos, médicos y terapéuticos.
    c. **Reparación epistémica y sentido del malestar**. Reconocer el sufrimiento como una respuesta a condiciones laborales adversas permite a la persona dar sentido a su experiencia, un paso esencial en su proceso de recuperación y en la puesta en marcha de sus propias capacidades de autocuidado. Este enfoque de justicia traslada la responsabilidad tanto a la persona, su entorno inmediato como al entorno estructural, evita la estigmatización individual y fortalece la autonomía de la persona trabajadora para transformar su situación laboral.
3. **Información para el sistema de prevención de riesgos laborales:** Disponer de datos fiables sobre cuántas enfermedades y lesiones derivan de exposiciones específicas, y en qué sectores o centros de trabajo ocurren, permite orientar las inspecciones y las acciones formativas o de mejora organizativa de forma mucho más eficaz.
4. **Redistribución de costes y responsabilidad del empleador**: Al reconocer una enfermedad como profesional, la carga de su coste recae sobre el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, a través de los fondos de la Seguridad Social procedentes de las cotizaciones de los trabajadores y de los empresarios (con las Mutuas como entidades gestoras del sistema), en lugar de sobre el Sistema Nacional de Salud. Esto:
    a. **Internaliza el coste**. En quien genera el riesgo, incentivando inversiones en prevención.
    b. **Alivia la presión.** Presupuestaria de los servicios sanitarios públicos, evitando desplazamientos injustos del gasto al conjunto de la ciudadanía.

3.2.3.2. Manejo clínico de los pacientes con trastornos mentales derivados o agravados por el trabajo

En España, la vía más habitual para la detección inicial y el manejo de problemas de salud mental relacionados con estresores laborales es el primer nivel asistencial, es decir, la Atención Primaria (AP). Por ello, a continuación, se desarrollan las estrategias generales de actuación clínica en función del nivel asistencial.

Es importante recordar que la función del profesional sanitario en esta fase es fundamentalmente asistencial: diagnosticar el trastorno, identificar la sospecha, comunicarla cuando proceda, acompañar terapéuticamente al paciente y facilitar, si es necesario, el acceso a otros dispositivos de apoyo. No corresponde al clínico realizar la atribución definitiva del origen laboral, tarea que será llevada a cabo por las unidades de salud laboral y las autoridades competentes tras la investigación oportuna.

Pacientes cuyo manejo clínico debe realizarse desde Atención Primaria

Se consideran candidatos a manejo en AP aquellos pacientes que presentan un cuadro reactivo leve, sin antecedentes personales de trastornos mentales graves ni trayectoria prolongada en servicios de salud mental, que cuentan con una red de apoyo social adecuada y conservan suficientes recursos psicosociales.

Habitualmente, los diagnósticos se encuadran en categorías como trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, episodios depresivos leves o reacción aguda al estrés (habitualmente codificados complementariamente con códigos Z en la CIE).

En estos casos, las líneas de actuación incluyen:

- **Diagnóstico del problema de salud mental.**
- **Comunicación de sospecha:** Informar al paciente sobre la posibilidad de comunicar la sospecha de que su trastorno mental pueda estar relacionado con el trabajo. Esta comunicación debe contar con su consentimiento informado, explicando claramente sus beneficios y riesgos. Si el paciente tiene dudas o muestra reticencias, se puede ofrecer tiempo para reflexionar y, si persiste la negativa, considerar la derivación a salud mental para valoración en mayor profundidad.
- **Notificación independiente de la incapacidad temporal (IT):** Es importante recalcar que la comunicación de sospecha no implica necesariamente el inicio de una IT. El profesional valorará la indicación de IT en función de la gravedad del cuadro y el impacto en la funcionalidad del paciente.
- **Manejo clínico durante la IT (si procede):** La incapacidad temporal no debe ser planteada como un mero tiempo de espera para la mejora espontánea. Durante este período, es recomendable activar programas de activación conductual y resolución de problemas, tanto en el propio centro de salud como mediante recursos comunitarios disponibles.
- **Trabajo terapéutico en consulta:**
  - Establecer objetivos de afrontamiento y adaptación.
  - Identificar posibles líneas de acción para afrontar el conflicto laboral o mejorar la situación.
  - Evaluar alternativas en coordinación con trabajo social, servicios sociales, sindicatos, asesoría jurídica o programas de bienestar emocional de las empresas, buzón de comunicación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social..., siempre respetando la autonomía del paciente.
- **Coordinación con salud mental:** Si existe duda diagnóstica o dificultad en el manejo, consultar a los equipos de salud mental en el marco de programas de colaboración con AP.

Pacientes que deben ser derivados a Salud Mental

La derivación a salud mental se recomienda en los siguientes casos:

- Cuadro clínico moderado o grave.
- Antecedentes de trastorno mental grave o trayectoria prolongada en salud mental.
- Alta complejidad en el manejo clínico o resistencia significativa a la intervención desde AP.

Los diagnósticos más frecuentes en estos pacientes incluyen trastornos depresivos moderados a graves, trastornos de ansiedad severos, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastornos afectivos bipolares, episodios psicóticos o trastornos de personalidad, así como consumo perjudicial o dependencia de sustancias desencadenados o agravados por las condiciones laborales.

El manejo por parte del especialista en salud mental debería seguir estas líneas:

- **Evaluación:** Realizar una valoración exhaustiva de la situación clínica, la trayectoria personal y laboral, el impacto de los estresores y la red de apoyo.
- **Confirmación de la sospecha y comunicación:** Si se confirma la relación probable con el trabajo, proceder también a la comunicación de sospecha a las unidades de salud laboral, incluyendo los casos en que el daño haya sido agravado por el entorno laboral.
- **Tratamiento integral:** Diseñar un plan terapéutico adaptado, combinando intervención psicoterapéutica (priorizando abordajes orientados al trauma, la resolución de problemas y el fortalecimiento de recursos personales) y tratamiento farmacológico si es necesario.
- **Rehabilitación psicosocial y laboral:** En casos de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG), se deberá coordinar el trabajo con centros de rehabilitación psicosocial o programas de rehabilitación laboral especializados.
- **Valoración de incapacidad permanente:** En función de la evolución clínica, el impacto funcional y los antecedentes, se podrá plantear, de forma coordinada con el paciente y su red asistencial, la posibilidad de iniciar trámites para incapacidad permanente.

Pacientes en seguimiento en Salud Mental: identificación de daños laborales en poblaciones vulnerables

En la práctica clínica especializada es fundamental reconocer que la sospecha de relación laboral no se limita a los nuevos casos derivados de atención primaria o urgencias. Un número significativo de pacientes en seguimiento en los servicios de salud mental, incluidos aquellos con trastornos mentales graves (TMG), pueden sufrir un agravamiento de su estado de salud como consecuencia de estresores laborales.

Estas personas presentan una mayor vulnerabilidad debido a varios factores concurrentes: la fragilidad clínica, el estigma social y laboral asociado a su diagnóstico, y una menor capacidad de defensa ante situaciones de abuso, discriminación o exposición a riesgos psicosociales en el entorno de trabajo. Esta realidad ha sido ampliamente reconocida en la literatura científica y en las recomendaciones internacionales en materia de salud mental y trabajo.

Por tanto, es esencial que los profesionales de segundo nivel asistencial mantengan una actitud especialmente sensible ante cualquier empeoramiento clínico en pacientes en seguimiento. No debe asumirse de forma automática que una crisis, una recaída o la aparición de nueva sintomatología son atribuibles exclusivamente a la evolución natural de la enfermedad de base. De manera sistemática, debe valorarse si:

- Han existido cambios recientes en las condiciones laborales.
- Se han producido situaciones de sobrecarga, acoso, violencia, inseguridad laboral u otras formas de exposición a riesgos psicosociales reconocidos.

– El paciente ha referido conflictos, malestar persistente o incidentes relevantes en el entorno de trabajo.

La omisión de esta exploración puede llevar a clasificar erróneamente estos episodios como crisis o patología no relacionada con el trabajo, privando al paciente de una adecuada protección legal y social, así como de la activación de circuitos de vigilancia de riesgos laborales y perpetuando la situación de discriminación.

Cabe resumir y destacar los siguientes puntos de este apartado:

– **Un estresor laboral puede actuar como desencadenante o agravante** en personas con patología mental previa, contribuyendo al deterioro clínico o a la aparición de nuevas patologías asociadas.

– **La comunicación de sospecha por parte del clínico no implica certidumbre de origen laboral,** sino simplemente activar el procedimiento de investigación por parte de las unidades de salud laboral y las autoridades competentes.

– **Las personas con trastornos mentales graves deben ser objeto de especial protección** en este proceso, de acuerdo con los principios de equidad en salud, prevención de la discriminación y garantía de los derechos laborales.

Integrar de forma sistemática esta perspectiva en el manejo clínico de los pacientes en seguimiento representa no solo un imperativo clínico, sino también un compromiso ético con los derechos de las personas más vulnerables.

En la tabla 2 desarrollamos las estrategias clínicas y la codificación para la comunicación de sospecha de trastorno mental derivado del trabajo.

Tabla 2. Resumen de las estrategias de las tareas desde atención primaria y salud mental

Nivel asistencial	Perfil del paciente	Diagnósticos frecuentes	Códigos CIE recomendados	Actuaciones clínicas principales
Primer nivel asistencial (Atención Primaria).	- Cuadro reactivo leve. - Sin antecedentes psiquiátricos. - Buen funcionamiento previo. - Sin trastornos por uso de sustancias.	Trastorno adaptativo (F43.2). Trastornos de ansiedad leves (F41.0, F41.1). Episodio depresivo leve (F32.0). Reacción aguda al estrés (F43.0).	Código F diagnóstico correspondiente. Código Z de estresores laborales (Z56 y subcategorías).	- Comunicación de sospecha con consentimiento informado. - Valoración de IT si procede. - Activación conductual y resolución de problemas. - Coordinación con apoyos comunitarios. - Seguimiento en AP.
Segundo nivel asistencial (Salud Mental).	- Cuadro moderado o grave. - Antecedentes prolongados o graves. - Alta vulnerabilidad social. - Trastornos por usos de sustancias. - Dificultad en abordaje desde AP.	Trastornos depresivos moderados o graves (F32.1, F32.2). Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1). TEPT (F43.1). TOC (F42). Trastorno de personalidad (F60-F69). Episodios psicóticos agudos (F23). Trastornos bipolares (F31). Consumo de sustancias (F10-F19).	Código F diagnóstico correspondiente. Código Z de estresores laborales (Z56 y subcategorías).	- Evaluación integral. - Comunicación de sospecha si procede. - Plan terapéutico integral. - Coordinación con programas de rehabilitación. - Valoración de incapacidad permanente.

Nivel asistencial	Perfil del paciente	Diagnósticos frecuentes	Códigos CIE recomendados	Actuaciones clínicas principales
Pacientes en seguimiento en segundo nivel asistencial (Salud Mental).	- Diagnóstico previo relevante (incluidos TMG). - Agravamiento clínico o nueva sintomatología. - Presencia de estresores laborales recientes. - Alta vulnerabilidad a discriminación o abuso.	Diagnóstico previo relevante (F20-F99). Nuevos cuadros adaptativos o de ansiedad. Recaídas de episodios afectivos o psicóticos.	Código F diagnóstico actual. Código Z de estresores laborales (Z56 y subcategorías).	- Evaluar sistemáticamente impacto laboral. - Comunicación de sospecha si procede. - Actualizar plan terapéutico. - Inclusión de apoyos comunitarios. - Prevención de invisibilización de daños laborales.

3.3. Codificación complementaria para la sospecha basada en exposición a estresores laborales (Códigos Z relevantes)

En la tabla 3 se recogen los códigos z relevantes a utilizar en la codificación complementaria para la sospecha basada en la exposición a estresores laborales.

Tabla 3. Códigos Z relevantes

Factores que influyen en el estado de salud	Z56	Problemas relacionados con empleo y desempleo
	Z56.0	Desempleo, no especificado
	Z56.1	Cambio de trabajo
	Z56.2	Amenaza de pérdida del empleo
	Z56.3	Horario de trabajo estresante
	Z56.4	Desavenencias con el jefe y los compañeros del trabajo
	Z56.5	Ambiente de trabajo desagradable
	Z56.6	Otra tensión física y mental relacionada con el trabajo
	Z56.8	Otros problemas relacionados con el empleo*

* Altas exigencias cuantitativas, altas exigencias emocionales, alta carga de trabajo, baja autonomía, bajas posibilidades de aplicar habilidades y conocimientos, jornadas de más de 55 horas semanales, falta de reconocimiento laboral, etc. (ver capítulo 2 de riesgos laborales psicosociales).

3.4. Referencias

European Agency for Safety and Health at Work. (2024). *Psychosocial risks and mental health at work*. Recuperado de https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health

García Gómez M, Castañeda R, Urbanos R, de la Cruz O, López P (2011). *Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010. UGT*. Madrid: UGT-CEC. ISBN-13: 978-84-695-0816-9.

García Gómez, M. (2014). *La invisibilidad de las enfermedades profesionales*. Ciencia Forense, 11; 11-14.

García Gómez, M. y Castañeda López, R. (2006). *Enfermedades profesionales declaradas en hombres y mujeres en España en 2004*. Revista Española de Salud Pública, 80, 361-375.

International Labour Organization. (2002). *List of Occupational Diseases Recommendation (No. 194)*. NORMLEX. Recuperado de https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R194

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2025). *Estadísticas de incapacidad temporal*. Recuperado 27 de abril de 2025, de https://www.mites.gob.es/es/estadisticas/prestaciones_SS_otra_proteccion/IT/welcome.htm

Ministerio de Sanidad. (2024). *Salud mental y trabajo. Evolución 1981-2023 y propuestas preventivas en el entorno laboral*. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/areas/saludLaboral/saludMentalTrabajo/home.htm

Niedhammer, I., Sultan-Taïeb, H., Parent-Thirion, A., & Chastang, J. F. (2022). Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe. International Archives of Occupational and Environmental Health, 95(1), 233-247.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10.ª revisión)* [CIE-10].

Organización Mundial de la Salud, (2024). *La salud mental en el trabajo* [Ficha técnica]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work

Pérez Zapata, O., & Álvarez Hernández, G. (2021). *Empleo, trabajo y riesgos para la salud mental: Análisis y propuestas de intervención.* Panorama Social, 34, 77-103. Recuperado de https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2022/01/PS34_P%C3%A9rez-Zapata-y-%C3%81lvarez-Hern%C3%A1ndez.pdf

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. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 302, de 19 de diciembre de 2006.

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, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 261, de 31 de octubre de 2015, pp. 89401-89518.

4. Vigilancia y seguimiento de los daños derivados del trabajo

4.1. Trastornos mentales derivados del trabajo: vigilancia epidemiológica

Los daños para la salud mental más frecuentes derivados del trabajo son los trastornos mentales comunes (TMC) (Stansfeld S, Candy B. 2006) donde se incluyen trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativos. Apenas hay datos sobre su incidencia ya que los sistemas de aseguramiento no reconocen estos daños como enfermedad profesional. Sin embargo, su importancia está recogida en el Marco Estratégico Europeo de Salud y Seguridad en el Trabajo 2021-2027 que incluye, entre los objetivos estratégicos clave, la gestión de los riesgos emergentes, la prevención de patologías relacionadas con el trabajo, y la identificación y difusión de buenas prácticas para la prevención de los problemas de salud mental en el trabajo. Y también en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027, que adquiere un compromiso firme con los ejes prioritarios del Marco Estratégico Europeo, e incluye una acción especial en salud mental entre sus objetivos.

Contar con información de calidad es un elemento indispensable para la toma de decisiones en el ámbito de la Salud Pública y de la Salud Laboral. La vigilancia en salud pública (VSP), clásicamente vigilancia epidemiológica, es una de las funciones esenciales de la salud pública (Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud, 2022) y se define como un conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones en materia de salud pública (Ley 33/2011).

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un desafío importante para los sistemas de salud de todo el mundo que han tratado de adoptar medidas a distintos niveles para contener o mitigar su expansión con resultados muy diferentes (Han, 2020). Las medidas han ido encaminadas a controlar las cadenas de transmisión. Sin embargo, la pandemia ha tenido repercusiones más complejas como la interacción con otros problemas de salud como la cronicidad o la salud mental (Horton, 2020) y las desigualdades sociales en salud (Ministerio de Sanidad, 2021). Nunca antes ha sido tan necesaria la aplicación de nuevos paradigmas que faciliten la adopción de políticas transversales de salud pública, resaltando la importancia de colaborar con múltiples áreas de conocimiento y agentes habitualmente ajenos al sector salud, como el económico o social, afianzando redes sólidas de colaboración que generen sinergias para que estas políticas sean no solo efectivas en lo teórico sino también factibles y aplicables en la práctica.

La toma de decisiones para el control de los problemas de salud en la población debe tener en cuenta la información recogida por los sistemas de vigilancia en salud pública. Y el trabajo, como determinante principal, está escasamente incluido en ellos todavía. El principio *información para la acción* constituye el fundamento

para la VSP en un Estado moderno. Los lugares de trabajo son escenarios fundamentales para desplegar esa acción (García Gómez, 2023).

La recientemente creada Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública tiene como objetivo ampliar la vigilancia a todos los aspectos de interés para la Salud Pública, más allá de las enfermedades transmisibles, integrando la vigilancia del estado de salud de la población en términos de bienestar, morbilidad y mortalidad, así como de los riesgos, determinantes, inequidades y factores que la condicionan (RD 568/2024, de 18 de junio). Y, entre ellos, el trabajo (o su ausencia) como determinante fundamental de la salud.

Entre los sistemas de vigilancia que crea la Red se incluye el **Sistema de Vigilancia en Salud Laboral**, que deberá regular los fines, los eventos objeto de vigilancia, la información a obtener, el mecanismo, forma y periodicidad de recogida de datos, el circuito de comunicación y los mecanismos de coordinación específicos cuando se requiera la coordinación entre varias administraciones, organismos y entidades; así como cualquier otro aspecto que se considere necesario.

El contexto organizativo en el que se sitúa la VSP, en general, y la Vigilancia en Salud Laboral es complejo. Las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado tienen un grado de desarrollo de los sistemas de vigilancia muy diverso y carecen de un marco de armonización, interrelación y fines compartidos. La modernización de la vigilancia implica la necesidad de consolidar los sistemas existentes y crear los que faltan, asegurando la coordinación de sistemas y agentes diversos, disminuir las desigualdades territoriales, reducir la carga de trabajo de recolección de datos, poniendo el foco en el análisis de los mismos y su transformación en información y conocimiento útil para la toma de decisiones.

En lo que se refiere a la salud mental y el trabajo, en los apartados anteriores se ha descrito el marco teórico de la relación entre el trabajo y la salud mental y, los riesgos laborales psicosociales que influyen en los trastornos de salud mental y los cuadros clínicos que pueden aparecer con el estrés laboral como principal desencadenante en las personas trabajadoras que lo sufren.

El objetivo de este capítulo es abordar el desarrollo e implantación de un sistema de detección y notificación de trastornos mentales de posible origen laboral, que permita conocer carga de enfermedad de los trastornos mentales derivada del trabajo y poner en marcha medidas de control y prevención de los riesgos psicosociales en la población trabajadora.

4.2. Atribución de causalidad laboral

Uno de los problemas fundamentales en la atención a la salud mental por causas laborales radica en la no inclusión de los trastornos mentales en el cuadro de enfermedades profesionales del sistema de la Seguridad Social. Al no figurar en este cuadro, su reconocimiento como profesionales solo se adquiere declarándose *accidentes de trabajo* o como *patologías no traumáticas causadas por el trabajo (enfermedades no recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales y que han sido calificadas como accidentes de trabajo para su cobertura por la Seguridad Social)*, lo que provoca el enorme infrarreconocimiento como contingencia profesional de estas dolencias.

El 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, define, en su artículo 157, el

concepto de **enfermedad profesional** de la siguiente manera: "*se entenderá por enfermedad profesional 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".* Con la aprobación de la ley 20/2007, los trabajadores autónomos también tienen derecho a las prestaciones por contingencia profesional. En el caso de los autónomos económicamente dependientes es obligatoria la cotización y por tanto la prestación, y para el resto de los autónomos esta cotización es voluntaria. En el mismo caso se encuentran las empleadas del hogar después de la aprobación del Real Decreto 1596/2011.

El artículo 157 deja abierta la posibilidad de que en el futuro "*se incluyan en el cuadro nuevas enfermedades profesionales que se estime deban ser incorporadas al mismo".* En este sentido, el listado de enfermedades profesionales de la OIT incluye, desde el año 2010, los trastornos mentales y del comportamiento.

Por otro lado, el artículo 156 del RD Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, define el concepto de **accidente de trabajo** como toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. E incorpora, entre otros supuestos, uno que puede ser importante para el reconocimiento como profesionales de determinados trastornos mentales: "*Las enfermedades, no incluidas en el artículo 157, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo*".

La posibilidad de comunicar que se sospecha de una relación entre las condiciones de trabajo y un problema de salud mental por parte del profesional médico que la diagnostica (ya sea del sistema de salud o del sistema de prevención de riesgos laborales) abre una extraordinaria ventana de posibilidad en el objetivo de hacer aflorar enfermedades laborales ocultas y activar la prevención de los riesgos laborales que causan dichos daños.

4.3. Daño agravado por el trabajo

Nuestra legislación prevé la consideración de una enfermedad previa al desempeño de la actividad laboral como daño agravado por el trabajo. Hay situaciones en las que una enfermedad, inicialmente no catalogada como profesional, puede agravarse por las condiciones de trabajo, planteando la posibilidad de ser tratada como un accidente laboral.

Efectivamente, la definición de accidente del art. 156 de Ley General de la Seguridad Social, incorpora en su apartado 2.f) que tendrán la consideración de accidentes de trabajo las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

La jurisprudencia española ha abordado en varias ocasiones la cuestión de cuándo una enfermedad agravada por el trabajo puede considerarse accidente laboral. Un caso relevante es la Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de octubre de 2006 (RJ 2007\825), donde se estableció que "*cuando existe una relación directa entre el trabajo realizado y el agravamiento de la enfermedad preexistente, este agravamiento debe ser considerado como accidente de trabajo*". Este criterio ha sido reiterado en diversas sentencias, donde se ha valorado la causalidad entre la actividad laboral y el empeoramiento de la salud del trabajador. La clave está en demostrar que las

condiciones laborales han contribuido significativamente a agravar la patología del trabajador.

Para que una enfermedad agravada por el trabajo sea considerada accidente laboral, deben concurrir ciertos **requisitos**:

1. Existencia de una enfermedad preexistente: El trabajador debe padecer una enfermedad que, aunque no profesional, esté diagnosticada antes del agravamiento.
2. Relación de causalidad: Debe demostrarse una relación directa y significativa entre el trabajo realizado y el agravamiento de la enfermedad. Esto implica que las condiciones del entorno laboral hayan influido de manera notable en el empeoramiento de la salud del trabajador (ver capítulo 2 de riesgos laborales psicosociales).
3. Evidencia médica: Es esencial contar con informes médicos que certifiquen el agravamiento de la enfermedad debido a las condiciones laborales. Estos informes deben ser claros y detallados, mostrando la evolución de la enfermedad y su relación con el trabajo.

4.4. Criterios, definiciones y algoritmo para la valoración de la relación laboral del trastorno mental

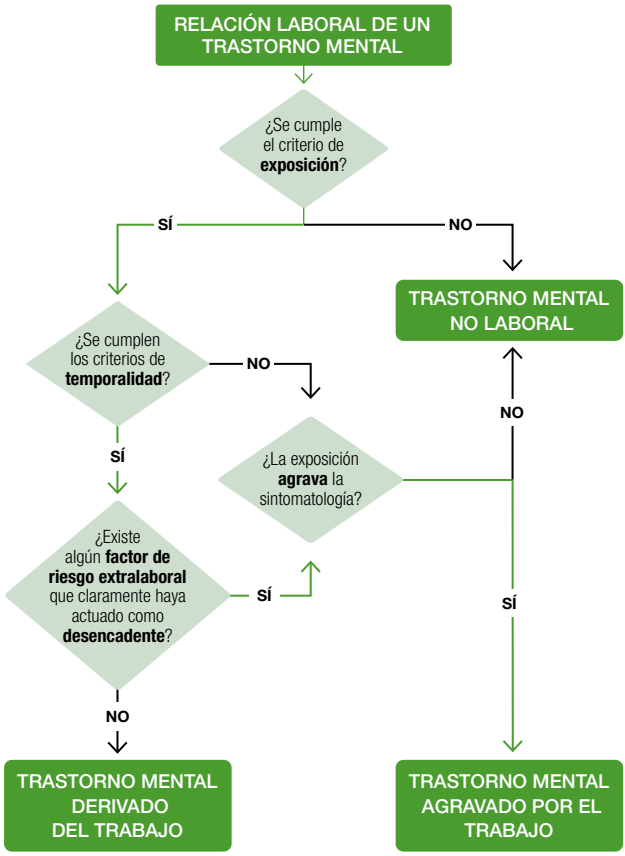
Ante una persona trabajadora que presenta un trastorno mental de posible origen laboral, se han de valorar los siguientes criterios:

1. **Criterio diagnóstico**: de trastorno mental: código F de la CIE más Código Z.
2. **Criterio de exposición**: existe exposición laboral a los factores de riesgo causantes del trastorno mental (ver capítulo 2 de riesgos laborales psicosociales).
3. **Criterio de temporalidad**: la exposición laboral es anterior a la aparición del trastorno mental. O bien, la exposición laboral es posterior cuando se trata del agravamiento de un daño.

La aplicación de estos criterios dará lugar a una clasificación del caso:

- **Trastorno mental no laboral**: no existen evidencias sobre el origen laboral del trastorno mental, ni este se ve agravado por la actividad laboral.
- **Trastorno mental derivado del trabajo:** trastorno mental sufrido con motivo u ocasión del trabajo. Coincide con la definición de daños derivados del trabajo del artículo 4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Para su clasificación, el caso cumple los criterios de exposición y temporalidad, no existiendo ningún factor extralaboral que claramente haya actuado como desencadenante.
- **Trastorno mental agravado por el trabajo:** trastorno mental no derivado del trabajo, cuyos signos y/o síntomas se ven agravados por la actividad laboral. Para su clasificación en este grupo, el caso cumple los criterios de exposición, pero no cumple los criterios de temporalidad (el inicio del trastorno es anterior a la exposición laboral).

Figura 4. Algoritmo para la valoración de la relación laboral



Fuente: Elaboración propia.

4.4.1. Agrupaciones de casos

Además de los casos individuales mencionados, se estudiarán y comunicarán las agrupaciones de casos con vínculo epidemiológico entre ellos y sus circunstancias.

4.4.2. Manual de procedimientos del sistema

El Manual de procedimientos del Sistema de Vigilancia que se propone, detallará las definiciones de los trastornos mentales objeto de vigilancia, la clasificación y codificación de los casos según criterio clínico.

Tal como queda definido en el artículo 17 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, el Manual

se acordará por el Comité Técnico del Sistema de Vigilancia y será validado por el Comité de Gestión de la Red. La aprobación de los manuales de procedimiento corresponde al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la Comisión de Salud Pública.

Por *Manual de procedimientos de los sistemas de vigilancia* se entiende el documento que define las acciones necesarias para desarrollar las actividades propuestas en cada sistema de vigilancia de una manera organizada y la forma y secuencia en que deben realizarse con el fin de lograr sus objetivos de manera eficiente y con un alto nivel de calidad.

4.5. Modo de vigilancia

La comunicación de las sospechas de trastorno mental de origen laboral se hará de forma individualizada en la plataforma establecida para el Sistema de Vigilancia de Salud Laboral (García Gómez, 2014, 2017 y 2023; García López, 2011; Moreno-Sueskun, 2015).

4.5.1. Fuentes de declaración

Se enviará la información inicial de declaración del caso por parte de:

- Los facultativos de Atención Primaria.
- Los facultativos de Segundo Nivel Asistencial (Salud Mental y otros).
- Los facultativos de la Inspección de Servicios Sanitarios.
- Los facultativos de Medicina del Trabajo de los Servicios de Prevención.

4.5.2. Circuitos de la información

La comunicación de cualquiera de estos facultativos irá dirigida al organismo competente que se determine en cada Comunidad Autónoma y de las ciudades con Estatuto de Autonomía, teniendo en cuenta lo establecido sobre la coordinación en el Artículo 38 del Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

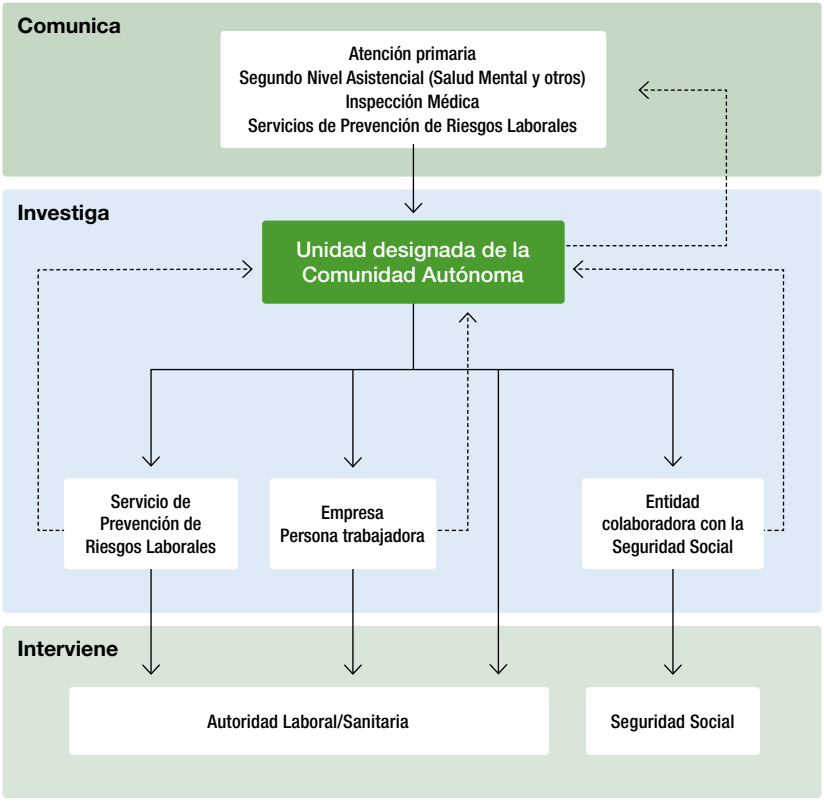
Para completar la investigación del caso, así como para proponer las oportunas medidas preventivas, este organismo de la Comunidad Autónoma comunicará el caso a la persona responsable sanitaria del servicio de prevención de la empresa. Si fuese necesario, se contactará con la autoridad laboral de la Comunidad Autónoma. También se notificará a la entidad gestora o colaboradora de la Seguridad Social (Mutua, MCSS) a efectos de su calificación como accidente de trabajo, si procede.

Si se produjera una agrupación de casos en una empresa se notificarán al organismo que se haya determinado en cada comunidad autónoma y ciudades con Estatuto de Autonomía, en las mismas plataformas, los resultados de la investigación en un periodo de tiempo no superior a un mes después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información individualizada de los casos del brote.

En el marco del desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Laboral de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, se armonizarán los eventos objeto de

vigilancia, la información a obtener, el mecanismo, forma y periodicidad de recogida de datos, el circuito de comunicación y los mecanismos de coordinación específicos cuando se requiera la coordinación entre varias administraciones, organismos y entidades; así como cualquier otro aspecto que se considere necesario.

Figura 5. Procedimiento de gestión de casos de Trastornos Mentales Comunes de origen laboral



Fuente: Elaboración propia.

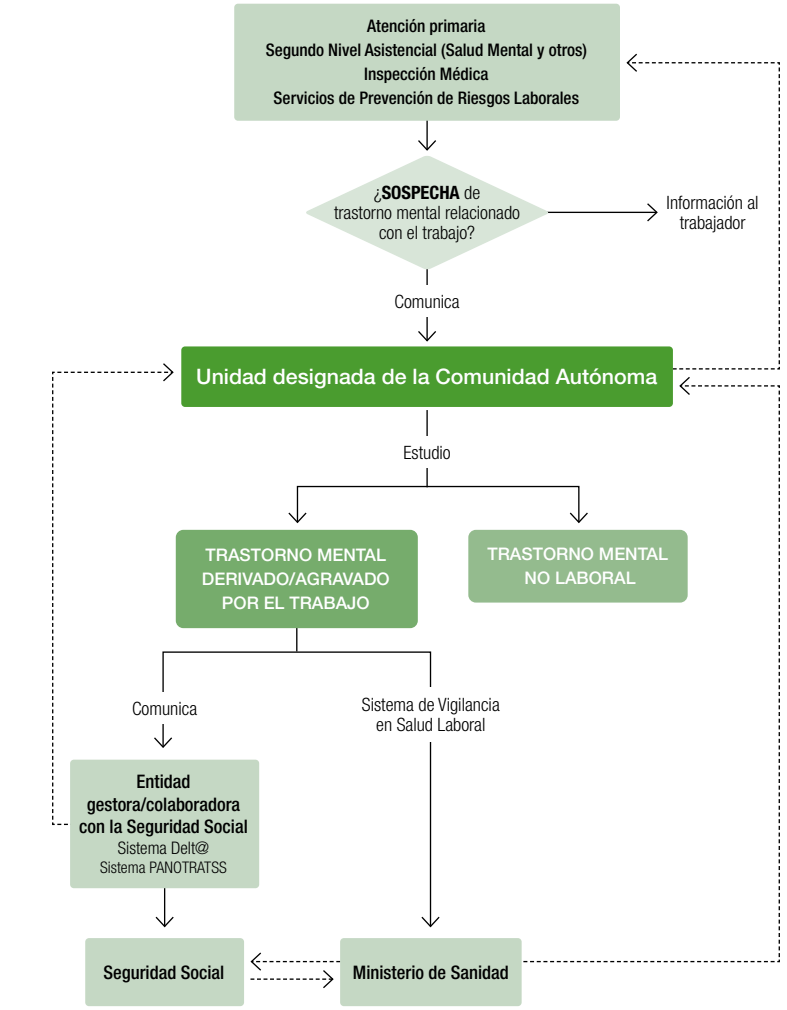
Una vez realizado este proceso de investigación, la Unidad designada de la Comunidad Autónoma catalogará los casos sospechosos en una de las tres categorías posibles, según las definiciones enunciadas previamente:

- Trastorno mental no laboral.
- Trastorno mental derivado del trabajo.
- Trastorno mental agravado por el trabajo.

En el caso de que se mantenga la sospecha de trastorno mental derivado o agravado por el trabajo, lo trasladará, por un lado, al Ministerio de Sanidad a través de la

plataforma establecida para el Sistema de Vigilancia en Salud Laboral, y, por otro lado, a la entidad gestora/colaboradora de la Seguridad Social, en los casos que proceda.

Figura 6. Circuito de la información



Fuente: Elaboración propia.

El Sistema de Vigilancia contará con una unidad central y una unidad autonómica en cada una de las comunidades y ciudades con Estatuto de Autonomía, de acuerdo con lo establecido en el artículo 15.1 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio.

La unidad central y las unidades autonómicas dispondrán de los y las profesionales y recursos necesarios en cada ámbito territorial para poder realizar de manera eficiente la recogida, análisis, interpretación y difusión de la información obtenida por el sistema.

La unidad central asumirá la coordinación y la secretaría técnica del sistema de vigilancia, incluyendo entre sus funciones la elaboración del manual de procedimientos del mismo, así como la propuesta de eventos objeto de vigilancia, de sus protocolos y la coordinación de su aplicación.

Las unidades autonómicas desarrollarán los objetivos del sistema en su ámbito territorial, coordinando la aplicación de los procesos incluidos en el manual de procedimientos y en los protocolos del sistema.

4.6. Ejemplo de buena práctica: Vigilancia de trastornos mentales comunes derivados del trabajo en Navarra

Desde el año 1998 existe en Navarra un Programa de Vigilancia de Sucesos Centinela (García López V, 2011a y 2011b) que permite a los Médicos de Atención Primaria (MAP) notificar los daños sospechados de origen laboral al Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN). El Programa incluyó Sucesos Centinela Ocupacionales de naturaleza musculoesquelética, dérmica, respiratoria y de cuerdas vocales. Posteriormente, se planteó llevar a cabo un estudio piloto para la patología mental de posible origen laboral, aunque no correspondiera a patología laboral reconocida como profesional (Moreno-Sueskun y García López, 2015).

Por su interés, se describe a continuación este estudio piloto.

Objetivo: Implantación de un sistema de detección/notificación de patología mental de posible origen laboral para conocer la morbilidad mental poblacional de posible origen laboral e implementar medidas de control y prevención de riesgo psicosocial en la población ocupada.

Pacientes y Métodos: Consistió en un estudio descriptivo longitudinal de los pacientes de un Centro de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea de Pamplona-Comarca, a partir de las historias clínicas de Salud Mental y Atención Primaria. El centro atendía a 60.743 habitantes de los que, según datos de Seguridad Social, 33.891 eran población asalariada. Se identificaron los trastornos mentales comunes de posible origen laboral y se estimó la incidencia poblacional, entre los años 2009 y 2012.

Los diagnósticos seleccionados para notificación (según clasificación CIE-10), fueron:

F43.2 Trastornos de adaptación,
F41.1 Trastornos de ansiedad,
F41.2 Trastorno ansioso depresivo y
F32.1 Episodio depresivo moderado.

Se consideró daño de origen laboral cuando así lo expresó el trabajador en el momento de la anamnesis en consulta. Se excluyeron pacientes con evento vital adverso reciente, concurrencia de otras patologías mentales o trastorno de personalidad.

Resultados: En el estudio el 17,5% de los trastornos fueron de posible origen laboral (7,2 por 1000 trabajadores/año). De los casos notificados, se observó mayor incidencia en actividades económicas feminizadas, servicios y ocupaciones menos cualificadas. El 70% de los casos derivaron de conductas hostiles y el 14,2% de factores laborales organizativos. Los directores-gerentes tuvieron mayor riesgo de sufrir acoso (RP 3,92 IC95% 2,35-6,53) que otros riesgos. En conjunto, el 20% de los casos terminó en despido, con mayor frecuencia en supuestos de maltrato o acoso moral (RP 1,64 IC95% 1,24-2,16). Los TMC notificados más relevantes fueron los trastornos ansiosos (42,6%), adaptativos (27,3%) y mixtos (20,5%), constituyendo el 90% de los casos. También se refirieron casos de síndrome de estrés postraumático, somatizaciones y fobias. El 83,2% de los casos analizados cursó con incapacidad temporal (IT). La duración de la IT fue de 173,3 días de media.

Conclusiones: Es necesario implementar sistemas de notificación y programas preventivos de los trastornos mentales comunes de origen laboral, especialmente en los trabajadores con perfiles de mayor riesgo.

4.7. Referencias

Comisión Europea: Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, Wynne, R., Houtman, I., Leka, S., De Broeck, V. et al., *Promover la salud mental en el puesto de trabajo-Guía para la aplicación de un enfoque integral*, Oficina de Publicaciones, 2017, https://data.europa.eu/doi/10.2767/54854

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Donkin, A., Allen, M., Allen, J., Bell, R., & Marmot, M. (2014). *Social Determinants of Health and the Working-Age Population. In S. Leka & R. Sinclair (*Eds.), Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice (Vol. 3, pp. 1-17).

Eurogip. *Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail? Une étude sur 10 pays européens*. Febrero 2013. Eurogip [www.eurogip.fr]. Disponible en: http://www.eurogip.fr/fr/publications/3473-quelle-reconnaissance-des-pathologies-sychiques-liees-au-travail-etude-surdix-pays-europeens

García Gómez M., Castañeda R., Urbanos R., de la Cruz O., López P. *Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010.* Madrid: UGT. ISBN-13: 978-84-695-0816-9.

García Gómez M. La sospecha de enfermedad profesional. Programas de vigilancia epidemiológica laboral. Med Segur Trab (Internet) 2014; Suplemento extraordinario n.º 1: 157-163.

García Gómez M., Urbaneja Arrúe F., García López V., Esteban Buedo V., Rodríguez Suárez V., Miralles Martínez-Portillo L. et al. Características de los sistemas de comunicación de las sospechas de enfermedad profesional en las comunidades autónomas. Rev Esp Salud Pública. 2017; Vol. 91: 17 de marzo: e201703026.

García Gómez M. Sistema de Vigilancia en Salud Laboral: reflexiones para los nuevos tiempos. Rev Esp Salud Pública. 2023; Vol. 97: 28 de abril: e202304035.

García López V. El programa de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral de Navarra: más de 10 años de experiencia. Arch Prev Riesgos Labor. 2011; 14 (3): 129-31.

García López V. Evaluación del programa de Vigilancia Epidemiológica en salud laboral. Red de Médicos Centinela de Salud Laboral en Navarra (1998-2007). An Sist Sanit Navar. 2011; 34 (3): 419-30.

Han E., Mei Jin Tan M., Turk E. Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. Lancet 2020; published online Sept 24. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32007-9

Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet 2020; publicación en línea Sept 26. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6

Hussey L., Turner S., Thorley K., McNamee R., Agius R.Work-related ill health in general practice, as reported to a UK-wide surveillance scheme. Br J Gen Pract. 2008; 58: 637-40.

INSST (2023). *Salud mental y trabajo*. Disponible en https://www.insst.es/

Kivimaki M., Ferrie JE., Kawachi I. Workplace stressors. In The Routledge International Handbook of Psychosocial Epidemiology, 2019.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE-A-1986-10499. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con

Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

Ministerio de Sanidad. Salud mental y trabajo. Evolución 1981-2023 y propuestas preventivas en el entorno laboral. 2024. NIPO: 133-24-157-9. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludLaboral/saludMentalTrabajo/home.htm

Ministerio de Sanidad. Sistema de vigilancia de salud laboral. Análisis de los modelos organizativos y aspectos de homogeneización de la vigilancia en salud pública en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 2024. NIPO en línea: 133-24-132-8. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/vigilancia/docs/Informe_Sistema_vigilancia_salud_laboral.pdf

Ministerio de Trabajo y Economía Social. Informe PRESME: Precariedad laboral y salud mental [Internet]. España; 2023 [Consultado 5 abr 2023]. Disponible en: https://consaludmental.org/centro-documentacion/precariedad-laboral-salud-mental/

Moreno-Sueskun, I. & García López, V. Trastornos mentales comunes derivados del trabajo en Navarra (2009-2012). Arch Prev Riesgos Labor 2015; 18 (4): 192-199.

Niedhammer I., Bertrais S., Witt K. Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 2021, 47(7): 489-508.

Niedhammer, I., Sultan-Taïeb, H., Parent-Thirion, A., & Chastang, J. F. (2022). Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe. International Archives of Occupational and Environmental Health, 95(1), 233-247.

Resolución del Parlamento Europeo, de 5 de julio de 2022, sobre la salud mental en el mundo laboral digital (2021/2098(INI)) [Internet]. [Consultado 3 abr 2023]. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0279_ES.pdf

Rugulies R., Aust B., Greiner BA., Arensman E., Kawakami N., LaMontagne AD., Madsen IEH. Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. Lancet 2023; 402:1368-1381.

Rugulies, R. (2019). What is a psychosocial work environment? Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 45(1), 1-6.

Stansfeld S., Candy B. Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health. 2006; 32 (6 special issue): 443-62.

Trabajo y salud mental: hoja de ruta para las administraciones sanitarias en España propone una transformación en la forma en que el sistema sanitario aborda los problemas de salud mental derivados del trabajo.
En un contexto marcado por el avance de la precariedad laboral y la creciente complejidad de las condiciones laborales, este informe ofrece una guía clara y fundamentada para avanzar hacia entornos laborales más saludables, justos y sostenibles.
El documento, elaborado por un equipo multidisciplinar de personas expertas, se estructura en cuatro partes: un marco teórico que reconoce el trabajo como determinante social clave de la salud mental; una revisión de los riesgos psicosociales laborales y su impacto en la salud; orientaciones clínicas para la detección y tratamiento de trastornos mentales derivados del trabajo; y una propuesta de sistema de vigilancia epidemiológica que permita visibilizar y prevenir estos daños.
Esta hoja de ruta no solo aporta herramientas clínicas y organizativas, sino que también plantea un cambio de enfoque: pasar de la medicalización individual del sufrimiento a una mirada estructural que reconozca las causas sociales del malestar. Un documento imprescindible para avanzar hacia una salud pública más equitativa y comprometida con el bienestar de las personas trabajadoras.

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.sanidad.gob.es