

La percepción
de la Salud
y Riesgos
Psicosociales
en una muestra
multisectorial



GUIA ESTUDIO



observatorio
de riesgos psicosociales
UGT

GUIA ESTUDIO

La percepción de la Salud
y Riesgos Psicosociales
en una muestra multisectorial



Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente
UGT-CEC

Este trabajo ha sido realizado
por SGS Tecnos S.A. para UGT-CEC.

EDITA
Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

DISEÑA e IMPRIME
Blanca Impresores S.L. 95 319 11 02

Depósito Legal: M-31235-2013



**Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente
UGT-CEC**

La percepción de la Salud y Riesgos Psicosociales en una muestra multisectorial

Estudio ICEBERG
sobre Riesgos Psicosociales

“Conocer algo, es haber logrado las respuestas al qué, cuándo, cómo, y por qué de ese algo”

Sócrates

Autoría

Departamento de Desarrollo de Proyectos e Innovación de SGS Tecnos, S.A.

Dr. Guillermo Soriano Tarín

Coordinador de área de Medicina del Trabajo de SGS Tecnos, S.A.

Dra. Mercedes Rodriguez-Caro de la Rosa

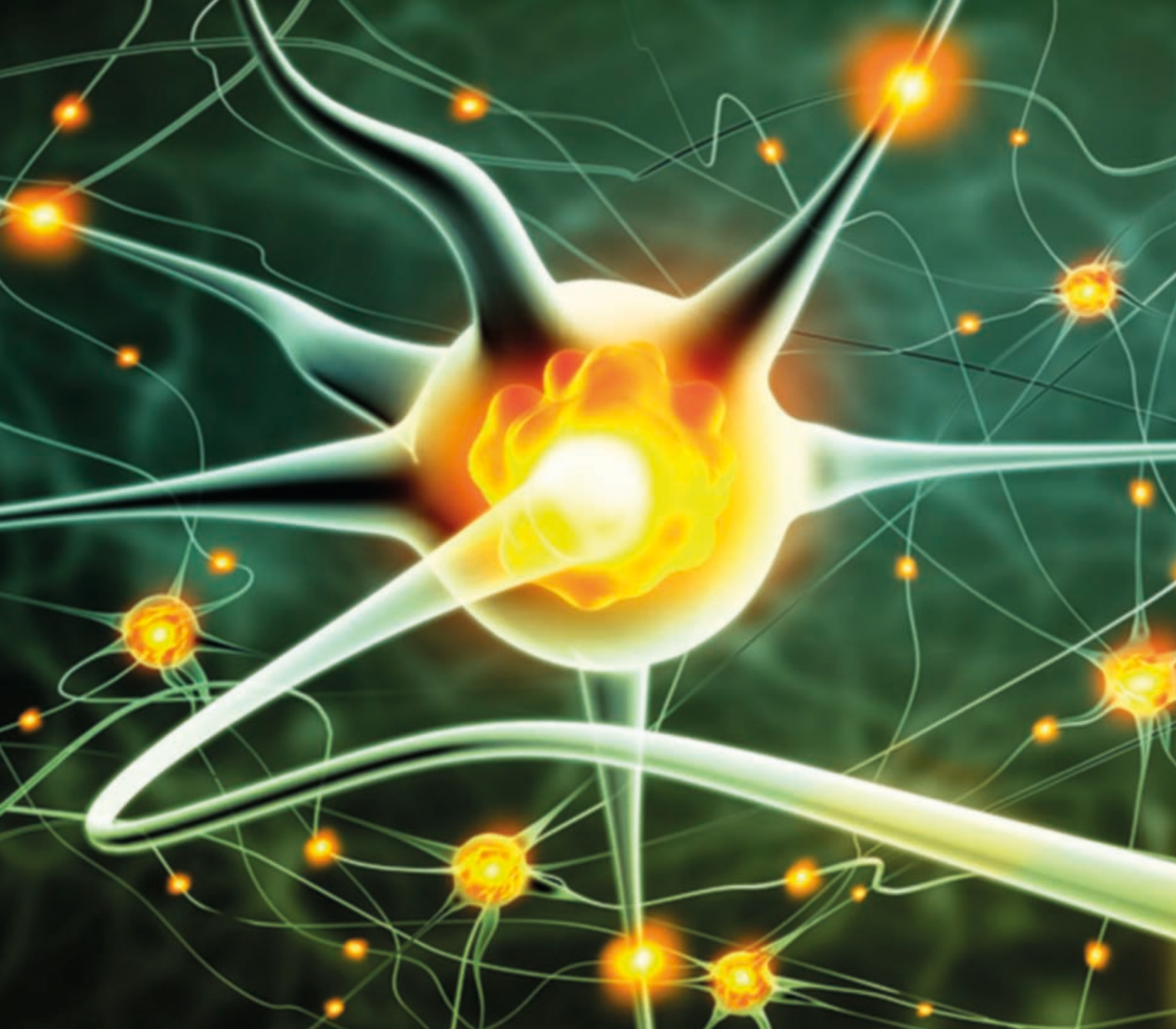
Directora del Departamento de Desarrollo de Proyectos e Innovación de SGS Tecnos, S.A.

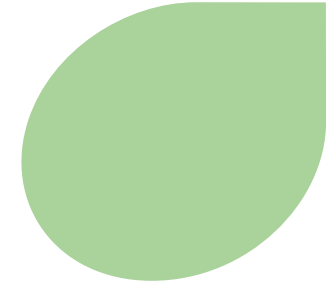
Índice

Presentación.....	9
1. Introducción.....	13
1.1. El concepto de Salud Mental.....	15
1.2. Concepto de Riesgos Psicosociales	16
1.3. Factores de Riesgo Psicosocial	18
1.4. Datos de prevalencia de exposición a Factores de Riesgo Psicosocial según diferentes fuentes a nivel mundial, europeo y nacional	21
1.5. Datos sobre daños para la Salud relacionados con dichos riesgos.....	36
1.6. Datos sobre impacto económico	43
1.7. Datos sobre infradeclaración o daño oculto, diagnosticado o no, como enfermedad común	47
2. Objetivos	55
3. Material y Método.....	59
3.1. Cuestionario	63
3.2. Procedimiento de muestreo y recogida de la información.....	64
3.3. Tamaño de la muestra y error muestral.....	66
4. Resultados	69
4.1. Datos generales	72
4.1.1. Datos sociodemográficos.....	72
4.1.2. Datos de la empresa actual	76
4.1.3. Datos del puesto de trabajo	84

4.2. Datos sobre Riesgos Psicosociales.....	88
4.3. Datos sobre indicadores de Salud Poblacionales	95
4.4. Valoración del Riesgo Psicosocial	101
4.4.1. Cuestionario de valoración de la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.....	101
4.4.2. Cuestionario de Contenido del Trabajo	117
4.5. Valoración de alteraciones de la Salud	121
4.5.1. Valoración global del estado de salud: Estado de salud actual percibido y comparado	121
4.5.2. Valoración del estado de salud mental: Cuestionario General de Salud GHQ-12 de Goldberg.....	125
4.5.3. Valoración del estado de salud mental: Cuestionario de sintomatología psicosomática.....	133
4.5.4. Valoración del estado de salud mental: Cuestionario de trastornos musculoesqueléticos	136
4.6. Indicadores de daño y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial	139
4.6.1. Indicadores de daño mental y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.....	141
4.6.2. Indicadores de daño cardiovascular y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.....	144
4.6.3. Indicadores de daño digestivo y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.....	148
4.6.4. Indicadores de daño dermatológico y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.....	152
4.6.5. Indicadores de daño del aparato locomotor y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial	156
4.6.6. Indicadores de daño obstétrico y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.....	161
4.6.7. Indicadores de daño neoplásico y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.....	163

5. Conclusiones	165
5.1. Contexto sociolaboral y demográfico	168
5.2. Participación y consulta de los trabajadores en materia preventiva.....	170
5.3. Magnitud de la exposición a factores de riesgo psicosocial:	
¿un riesgo emergente?.....	170
5.4. Percepción del estado de salud y su relación	
con los Riesgos Psicosociales	173
6. Bibliografía	177





Presentación



Presentación.

El trabajo ocupa un papel fundamental en la salud y bienestar de los ciudadanos. Los cambios técnicos u organizativos en el mundo laboral junto con los cambios socioeconómicos, demográficos y políticos, incluido el fenómeno de la globalización, han dado lugar a la aparición de los denominados riesgos psicosociales que afectan al incremento de la accidentabilidad, el aumento del absentismo, el deterioro del rendimiento, y repercuten negativamente sobre la salud física y psicológica de los trabajadores.

De forma implícita parece que siempre se ha entendido por riesgos laborales únicamente los físicos, obviando que la salud de las personas que trabajan puede estar afectada por otros factores de orden psicológico y/o social, que son tanto o más perjudiciales que los primeros.

La promoción de la salud en el lugar de trabajo no es solo cumplir la normativa en materia de seguridad y salud en el trabajo, también se debe fomentar que las empresas e instituciones contribuyan de manera activa a la mejora de la salud mental, al bienestar y a la calidad de vida laboral de sus trabajadores, teniendo en cuenta sus necesidades, fomentando la participación en la organización y el diseño saludable de los lugares de trabajo.

Esta labor es una de las que lleva nueve años realizando el Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT que, a través de su dimensión investigadora pretende profundizar y dar a conocer los riesgos psicosociales presentes en los centros de trabajo. Se trata pues, de dar entidad a fenómenos que siempre han existido y defender, entre todos, la dimensión biopsicosocial del concepto de salud.

La forma en la que los trabajadores perciben los riesgos psicosociales en sus puestos de trabajo es un aspecto clave para conocer y prevenir dichos riesgos y sus efectos negativos sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras. Con este objetivo hemos decidido desarrollar el *“Estudio ICEBERG: Estudio de Percepción de la Salud y Riesgos Psicosociales en una muestra Multisectorial.”*

Las consecuencias sobre los trabajadores y trabajadoras nos indican que el problema, lejos de emprender una vía de solución, continúa alcanzando dimensiones problemáticas, al incidir éstos no sólo en la salud física, sino también en la esfera social, afectando de este modo a las relaciones familiares, amistades, etc.

Si bien es cierto que los diferentes estudios sobre condiciones de trabajo realizados a nivel de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), como en la Unión Europea o en nuestro país, están poniendo de manifiesto que los factores de riesgo psicosocial constituyen uno de los principales riesgos emergentes, la realidad demuestra que el impacto de estos riesgos sobre las personas que trabajan siguen estando ocultos como un “Iceberg” para los sistemas de notificación y registro oficiales de daños relacionados con el trabajo, y la mayoría de trabajadoras y trabajadores afectados o no han solicitado atención médica, o cuando lo han hecho, se han considerado como enfermedades comunes.

Para disponer de una aproximación sobre la realidad del problema, conocer aquellos colectivos que pueden ser más vulnerables a estos padecimientos, y aflorar la verdadera magnitud de los problemas de salud psicofísica en una muestra de trabajadores multisectorial, se ha llevado a cabo este proyecto de investigación, que permitirá establecer estrategias de prevención e intervención de una forma más eficaz para alcanzar el objetivo común de lograr entornos de trabajo saludables que promuevan el bienestar y calidad de vida de las personas que trabajan.

Observatorio de Riesgos Psicosociales



1.

Introducción



1.

Introducción.

1.1. El concepto de Salud Mental.

La **salud mental** es como se conoce en términos generales, al estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Comúnmente, se dice “salud mental” como analogía a “salud o estado físico”, pues lo mental corresponde a dimensiones más complejas que el funcionamiento meramente orgánico del individuo.

La salud mental ha sido definida de múltiples formas por autores de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Sin embargo no existe una definición “oficial” sobre lo que es salud mental, por lo que cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales, la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad, etc.

El **concepto** de salud mental previamente acuñado por la **Organización Mundial de la Salud** (en adelante OMS), describe la misma como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad”.

La **OMS** define la *salud mental positiva* como «un estado de bienestar en el que cada individuo desarrolla su propio potencial, tiene capacidad para afrontar al estrés normal de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad». Los trabajadores con una buena salud mental obtienen mejores resultados en su trabajo. Se trata, por lo tanto, de la forma de pensar, sentir y comportarse.

Siguiendo también las definiciones de la OMS, las **enfermedades mentales** son “los problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables”. Se

considera del mismo modo que la salud mental está condicionada por múltiples factores, “entre ellos los de carácter biológico (por ejemplo, factores genéticos o en función del sexo), individual (experiencias personales), familiar y social (el hecho de contar con apoyo social) o económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida)”, y que se han venido a denominar como “**determinantes de la salud**”.

Todos estos conceptos han tenido fiel reflejo en la recientemente aprobada Ley 33/2011 General de Salud Pública¹ cuyo artículo 32 dispone que “la salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de **bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores** en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo”.

El trabajo, en un entorno y condiciones saludables, beneficia nuestra salud, enriquece nuestras relaciones sociales, favorece nuestra autonomía y nos permite desarrollar nuestras capacidades.

El Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar² aprobado la Conferencia de alto nivel de la UE en Bruselas el 12 y 13 de junio de 2008 se basa en el previo reconocimiento de la importancia de la salud mental y el bienestar de la población europea como factor clave que determina el éxito de la UE como una sociedad y economía basada en el conocimiento y al que se debe dar prioridad.

1.2. Concepto de Riesgos Psicosociales.

Entendemos por Factores de Riesgo Psicosocial (en adelante FRP), aquellas características que se refieren a la organización del trabajo y los que conllevan un exceso de la carga mental asociada. Los factores principales relacionados con la organización del trabajo son entre otros, el horario de trabajo, el ritmo de trabajo, la automatización de la producción, las relaciones de comunicación y las relaciones personales, el estilo de mando, el contenido del trabajo, la posibilidad de promoción, la identificación con la tarea, la capacidad de iniciativa y la estabilidad en el empleo³, por lo que su prevención, detección y tratamiento en el ámbito laboral no resulta tarea fácil.

1 Ley General de Salud Pública 33/2011. <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>

2 Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf

3 Sauter SL, Murphy LR, Hurrell J, Levi L. Factores psicosociales y de organización. En: OIT. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, 3ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001

La importancia de los factores psicosociales para la salud de los trabajadores se ha ido reconociendo cada vez de forma más amplia, lo que ha supuesto un aumento y profundización del tema. El comienzo más formal de la preocupación por los factores psicosociales y su relación con la salud laboral proviene probablemente de la década de 1970, fechas a partir de las cuales la referencia a los FRP y la importancia otorgada ha ido creciendo, al mismo tiempo que el tema ha ganado amplitud, diversificación y complejidad, pero también ambigüedad e imprecisión. Probablemente, hay hoy tres formas prevalentes de referirse a ellos⁴: 1) factores psicosociales, 2) factores psicosociales de riesgo o factores psicosociales de estrés y 3) riesgos psicosociales. Aunque son términos próximos entre ellos, sus referencias históricas y conceptuales son diferentes e incluso hay diferencias entre ellos que pueden ser notables.

Los factores psicosociales y organizacionales del trabajo, como formas de las condiciones sociales del trabajo, son condiciones organizacionales de trabajo que **pueden afectar a la salud laboral, tanto positiva como negativamente**. Como tales, los factores psicosociales son factores presentes en todas las organizaciones con resultados positivos o negativos. La cultura, el liderazgo o el clima organizacional pueden generar excelentes o pésimas condiciones de trabajo con consecuencias positivas o negativas para la salud de los trabajadores.

Los factores de riesgo psicosocial son aquellos aspectos de la organización del trabajo y su entorno social que pueden causar los riesgos psicosociales que antes hemos descrito. Identificar cuáles son estos aspectos es el objeto de la evaluación de riesgos psicosociales.

La **clasificación** de cuáles pueden ser estos factores de riesgo puede ser muy diversa y de hecho cada método de evaluación de riesgos psicosociales adopta una clasificación diferente ya que existen diversos enfoques teóricos sobre este asunto.

Por poner un ejemplo representativo, que es el que hemos seguido en nuestro estudio, está la clasificación que se efectuado por el **Grupo Europeo para la Gestión del Riesgo Psicosocial (PRIMA)**⁵, que incluye las siguientes dimensiones:

4 Moreno, B. Báez, C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas.

5 Leka, S. y Cox, T. 2009, The European Framework for Psychosocial Risk Management. [Disponible en: <http://prima-ef.org/Documents/PRIMA-EF%20eBOOK.pdf>]

1. **Contenido del trabajo:** monotonía, tareas sin sentido, fragmentación, falta de variedad, tareas desagradables por las que se siente rechazo.
2. **Carga y ritmo de trabajo:** carga de trabajo excesiva o insuficiente, presión de tiempo, plazos estrictos.
3. **Tiempo de trabajo:** horarios muy largos o impredecibles, trabajo a turnos, trabajo nocturno.
4. **Participación y control:** falta de participación en la toma de decisiones, falta de control (por ejemplo sobre el método o el ritmo de trabajo, los horarios, el entorno).
5. **Cultura organizacional:** comunicaciones pobres, apoyo insuficiente ante los problemas o el desarrollo personal, falta de definición de objetivos.

1.3. Factores de Riesgo Psicosocial.

Entre las diversas definiciones del concepto de riesgos psicosociales, la **OSHA** (2002) describe los aspectos de diseño, organización y gestión del trabajo, así como el contexto social y medioambiental que pueden causar daño psicológico, social o físico en el trabajador.

Según el proyecto **PRIMA-EF**, los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo conciernen aspectos de la gestión del trabajo y sus contextos sociales y organizativos con capacidad para generar daños psicológicos o físicos.

El comité mixto **OIT-OMS** define los riesgos psicosociales como las interacciones entre trabajo, medio ambiente, satisfacción laboral y condiciones organizativas, por una parte, y las capacidades del trabajador, su cultura, necesidades y situación personal fuera del trabajo.

Más específicamente, el **INSHT**, siguiendo a la OIT, los define como las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionada con la organización del trabajo, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador.

Lo “psicosocial” normalmente se define como la relación e interacción entre el individuo (psique) y su entorno social, sin embargo no existe ninguna ciencia que se denomine propiamente psicociología y algunos científicos prefieren otras denominaciones como “psicología de la prevención” o “gestión de las organizaciones”.

En cualquier caso, el término de “Riesgos Psicosociales” es el que hasta ahora se ha acuñado con mayor éxito en la doctrina científica europea de la prevención de riesgos laborales y en su génesis ha influido notablemente la búsqueda de un concepto unitario y comprensivo del estudio y análisis de cuestiones como el estrés laboral y la violencia en el trabajo, tanto interna como externa o de terceros.

Tal y como se define en los últimos trabajos de la **Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo**⁶ de estos riesgos como aquellos aspectos del diseño, organización y dirección del trabajo y su contexto ambiental y social que pueden causar daños psicológicos, sociales y físicos a los trabajadores.

De este modo, lo que se denomina «Riesgos Psicosociales» se refiere solamente a una de las vertientes del término psicosocial, la que afecta a la organización de la empresa y su entorno social que es la que corresponde al ámbito de potestades y responsabilidades del empresario, mientras que la vertiente que afecta exclusivamente al trabajador individualmente considerado se encuentra dentro de su esfera de privacidad e intimidad y la misma solamente podría ser tratada, dentro de la prevención de riesgos laborales, en el marco de la vigilancia de la salud, tanto física como mental, con todas las particularidades y garantías en cuanto a la voluntariedad y confidencialidad de los datos previstas en el Art. 22 LPRL, o en el marco de las políticas sanitarias de promoción de la salud en los lugares de trabajo y tienen carácter voluntario.

A partir de este concepto de Riesgo Psicosocial hay que distinguir varias ideas básicas y dar respuesta a los siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los riesgos psicosociales?
- ¿A qué llamamos Factores de Riesgo Psicosocial?
- ¿Cuáles son las consecuencias y los daños a la salud que se derivan de la exposición a tales riesgos?
- Y por último, ¿Cuál puede ser la interacción entre los riesgos psicosociales y otros riesgos laborales?

⁶ Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health” (2007).

Las definiciones y conceptos que maneja la Agencia Europea de Bilbao y la mayor parte de la literatura científica sobre los riesgos psicosociales, han interpretado que los riesgos psicosociales comprenden fundamentalmente el estrés y la violencia en el trabajo.⁷

Por otra parte, los factores causantes del estrés laboral son también, aunque en distinto grado y proporción, factores causantes de la violencia en el trabajo. No se podría realizar, salvo riesgo de inútil repetición, una evaluación separada de los factores causantes del estrés y de la violencia. Solo la prevención de la violencia externa o de terceros puede presentar importantes diferencias en la gestión preventiva cuando esta se presenta de modo excepcional y no forma parte de los riesgos habituales y ordinarios de los trabajadores en su trato con clientes o usuarios.

Existe por tanto, un campo en común bastante amplio en lo que respecta a la prevención de la violencia y el estrés siempre que nos refiramos a las acciones puramente preventivas y proactivas de la evaluación de riesgos psicosociales y a la adopción de medidas tendentes a eliminar o reducir los factores de riesgo que los originan.

La diferencia fundamental en el tratamiento de la violencia y el estrés se presenta en los modos de intervención, bien ya sea cuando se han detectado situaciones de violencia en la evaluación de riesgos o bien en las llamadas acciones reactivas, que son aquellas que tienen lugar como consecuencia de una denuncia de los trabajadores o la investigación de un accidente o enfermedad laboral.

Los factores de riesgo de naturaleza psicosocial, tanto en el contexto del lugar de trabajo como fuera de él, constituyen en nuestro entorno uno de los principales determinantes de la salud para las personas^{8,9} por lo que se ha venido a considerar como un **riesgo emergente** en este nuevo milenio derivado entre otras, de las nuevas tecnologías y de las cambiantes condiciones económicas, sociales y organizativas en las empresas, entre las que destacan las nuevas formas de contratación laboral e inseguridad en el puesto de trabajo, los procesos de reestructuración empresarial, el envejecimiento de la población activa, la intensificación del trabajo, las fuertes exigencias emocionales en el trabajo y el desequilibrio entre la vida laboral y personal.

7 Anuario internacional sobre prevención de riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo.

8 Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Cuarta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo (2007), Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2007. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/survey/EWCS2005/index.htm>

9 Agencia Europea para la seguridad y la Salud en el Trabajo. Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER). Disponible en <http://ESENER.eu>

1.4. Datos de prevalencia de exposición a Factores de Riesgo Psicosocial según diferentes fuentes a nivel mundial, europeo y nacional.

La EU-OSHA publicó en febrero de 2011 un informe en el que se recogía que entre el 5 y el 20 % de los trabajadores europeos habían experimentado violencia y acoso en el trabajo. Eso significa que una de cada 5 personas ha experimentado violencia. La violencia en el trabajo es un problema relevante pero silencioso para el bienestar y la seguridad de los trabajadores. Para resolver este problema se necesita saber qué es violencia en el trabajo, acoso o burlas. Los resultados de los casos de violencia pueden ser muy serios tanto para el individuo como para la organización.

Los riesgos psicosociales implican costes considerables para el trabajador en cuanto a la estigmatización, los trastornos de salud física y mental, la incapacidad para trabajar, el riesgo de perder el empleo, las relaciones tensas o rotas en el hogar, e incluso la muerte. Muchos de los efectos nocivos de las conductas de afrontamiento, tales como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, deficiencias nutricionales, y la inactividad física también pueden interactuar con los riesgos laborales. Sus efectos combinados pueden aumentar los riesgos para la salud de los trabajadores. En su conjunto pueden ser responsables de un gran número de accidentes de trabajo que conduce a lesiones y enfermedades, discapacidad y muerte, aunque todos estos daños son invisibles para los sistemas de registro oficial de las contingencias profesionales.

Los costes directos e indirectos relacionados con estos problemas sólo están empezando a ser cuantificados. En 2002, la Comisión Europea informó que el coste anual de estrés laboral en la UE-15 se situó en 20.000 millones de dólares (EU-OSHA, 2009)¹⁰. En 2005/06 más de 70 millones de días se perdieron en el Reino Unido debido a la mala salud mental. Por otra parte, el estrés laboral, la depresión y la ansiedad costaron a Gran Bretaña un exceso de £ 530 millones en el tratamiento y la compensación (HSE, 2007). **Lo que se sabe probablemente representa sólo la punta del iceberg.**

Como empleados tenemos derecho a esperar de nuestros empresarios y de los mandos intermedios que creen las condiciones necesarias para tener lugares de trabajo mentalmente saludables, si bien nosotros también somos responsables de la propia salud mental, cuidando de nosotros mismos y de nuestros compañeros¹¹.

10 OSH in Figures: Stress at work – facts and figures, (Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities). 2009.

11 European Network for Workplace Health Promotion- ENWHP

Por todo ello es necesario un enfoque integral que rompa con los esfuerzos tradicionales y así evolucionar hacia nuevas respuestas eficaces. Es fundamental encontrar formas innovadoras para hacer frente a las consecuencias de los riesgos psicosociales y el estrés relacionado con el trabajo. Tanto los factores individuales y organizacionales que pueden estar contribuyendo a los riesgos psicosociales deben tenerse en cuenta con el fin de adaptar el trabajo para adaptarse a las capacidades de los trabajadores y a las necesidades de salud físicas y mentales. Además, es importante tener en cuenta tanto las relaciones laborales y sociales como factores que también tienen un impacto en el bienestar de los trabajadores y la productividad de la empresa.

El lugar de trabajo puede ayudar a prevenir el estrés a través de la adaptación de las capacidades de los trabajadores con la carga de trabajo y las tareas que se les asignan. Esto también contribuirá a mejorar la productividad en el trabajo y el rendimiento, mejorando a largo plazo el bienestar de los trabajadores y sus familias, y reducir la presión sobre la empresa, así como en la atención de la salud, el bienestar y la seguridad social.

Los datos que nos presenta la **Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER)**¹² sobre los riesgos psicosociales, nos ofrece una información comparable de diferentes países de Europa, ya que interroga a directivos y representantes de los trabajadores en materia de seguridad y salud acerca de la manera en que se gestionan los riesgos de seguridad y salud en el lugar de trabajo, haciendo especial hincapié en los riesgos psicosociales, como el estrés laboral, la violencia y el acoso.

Las conclusiones de la encuesta ESENER indican que las empresas europeas adoptan medidas formales (basadas en políticas y procedimientos para hacer frente tanto a los problemas relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo (en adelante SST) en general como a los riesgos psicosociales, pero que también recurren a iniciativas menos formales (ad hoc), especialmente en lo referente a los riesgos psicosociales. Además:

- Los accidentes, los trastornos musculoesqueléticos (en adelante TME) y el estrés laboral son las cuestiones de SST que más preocupan a las empresas europeas. La violencia y, especialmente, el acoso moral y el hostigamiento, parecen generar una gran preocupación en numerosas empresas.

- La gestión de los riesgos psicosociales es más frecuente en el sector sanitario y social, así como en las grandes empresas. Los países del sur de Europa —salvo España— parecen menos sensibilizados sobre los riesgos psicosociales y menos propensos a adoptar medidas para gestionarlos.
- El uso de procedimientos formalizados para la gestión de los riesgos psicosociales solo está generalizado en algunos países, como Irlanda, el Reino Unido, los Países Bajos y los países escandinavos, así como en las grandes empresas y en los sectores público, educativo, sanitario, social y de la intermediación financiera.
- Por lo general, las empresas gestionan los riesgos psicosociales proporcionando formación y realizando cambios en la organización del trabajo. Sin embargo, solo alrededor de la mitad de los encuestados informan a los trabajadores acerca de los riesgos psicosociales y sus efectos en la salud y la seguridad.
- El cumplimiento de las obligaciones jurídicas y las solicitudes de los trabajadores parecen ser los principales factores impulsores en la gestión de la SST en general y de los riesgos psicosociales en particular.
- Los principales obstáculos mencionados en lo referente a la gestión de los riesgos psicosociales en las empresas son la percepción de esta cuestión como un tema sensible y la falta de sensibilización y de recursos.

En la interpretación de los conclusiones de la encuesta ESENER, hay que tener en cuenta que no incluye a las empresas de menos de 10 trabajadores ni al sector primario, cuyo peso en el tejido empresarial español es fundamental.

En relación a España, con respecto a la exposición a factores de riesgo psicosocial, tomamos de referencia la **VII Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo**¹³(en adelante VII ENCT), y lo comparamos con los datos de la VI Encuesta. En su resumen ejecutivo, destaca que **varios indicadores relativos a las exigencias derivadas de factores psicosociales del trabajo han empeorado** respecto a cuatro años antes.

13 VII ENCT.

[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\).pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT).pdf)

La VII ENCT en su apartado 7 se centra en los indicadores relativos a los factores de riesgo psicosocial y los agrupa en tres ámbitos: uno es el de las **exigencias del trabajo** a las que el trabajador debe hacer frente para el cumplimiento de su tarea, otro es el **grado de autonomía** de que dispone para decidir cómo ejecutar la tarea y el tercero es el relativo a las **relaciones sociales en el trabajo**, analizadas a través de indicadores como el nivel de apoyo, el reconocimiento del trabajo y las situaciones de violencia sufridas, cuyos resultados más significativos pasamos a analizar con mayor profundidad a continuación.

a) **Exigencias del trabajo**

Dentro de este apartado se van a considerar cuatro dimensiones: la cantidad de trabajo, la presión temporal, el trabajo complejo frente al trabajo monótono y el caso particular del trabajo de cara al público. A continuación se analizan los resultados referidos a los trabajadores que con mayor frecuencia manifiestan estos problemas; es decir, los que responden “siempre o casi siempre” o “a menudo”.

En la dimensión **cantidad de trabajo** el 23,9% de los trabajadores señala que tiene *mucho trabajo y se siente agobiado*. Este porcentaje es ligeramente superior al observado en 2007 cuando se alineaban con esta opinión un 20,3% de los ocupados. No se observan diferencias destacables de trabajo excesivo por sexo, edad ni nacionalidad. En cambio, sí se observan diferencias significativas según tipo de contrato, **ocupación**, tamaño de plantilla y **sector de actividad**.

COLECTIVOS QUE CON MAYOR O MENOR FRECUENCIA INDICAN QUE TIENEN MUCHO TRABAJO Y SE SIENTEN AGOBIADOS		
	Colectivos en los que es menos frecuente	Colectivos en los que es más frecuente
Sector de actividad	Agrario (16,5%)	Servicios (24,8%) Construcción (24%) Industria (21,2%)
Tamaño de plantilla	Centros de 1 a 10 trabajadores (20,6%)	Centros de 250 o más trabajadores
Ocupación	Trabajadores agropecuarios (15,8%) Defensa y seguridad (17%) Trabajadores de la industria tradicional (17%)	Personal sanitario (33,8%) Directivos (31,4%) Personal docente (29,2%)
Tipo de contrato	Temporal (20,6%)	Indefinido (25,7%)
Sexo	Hombre (23,4%)	Mujer (24,5%)
Edad	16 a 24 años (20%) 55 y más años (20,3%)	25 a 54 años (24,7%)
Nacionalidad	Otra nacionalidad (21,9%)	Española (24,1%)

Fuente: VII ENCT. Base: Total de trabajadores. Datos en %

En la dimensión **presión temporal**, tener que trabajar demasiado deprisa, trabajar con plazos muy estrictos y cortos o atender a varias tareas al mismo tiempo son otras exigencias que, cuando están presentes frecuentemente, pueden tener repercusiones sobre la salud del trabajador.

Según los datos obtenidos, se observa que “siempre o casi siempre” o “a menudo”: El 46% de los ocupados considera que debe trabajar muy rápido; porcentaje superior al obtenido en 2007 que fue del 44%.

El 45,3% debe atender varias tareas al mismo tiempo; en este caso también se ha incrementado la frecuencia respecto a 2007 que fue del 41,2%.

El 34,9% señala que debe trabajar con plazos muy estrictos y muy cortos; este aspecto se mantiene sin diferencias respecto a 2007 (33,5%).

Las tres exigencias conjuntamente, y con la misma frecuencia “siempre o casi siempre” o “a menudo”, son manifestadas por el 20,7% de los ocupados. Dentro de este grupo, destacan los que trabajan en la **hostelería** (32,7%), en **comunicación, actividades financieras, científicas y administrativas** (30,5%) o los que desempeñan su trabajo en centros con 250 y más trabajadores (31,4%).

La **complejidad del trabajo** es otra dimensión de las exigencias del trabajo. El 20,5% de los ocupados señala que “siempre o casi siempre” o “a menudo” debe *realizar tareas complejas, complicadas o difíciles*; este porcentaje prácticamente coincide con el obtenido en 2007 (20,8%). Por otra parte, se ha preguntado al trabajador si debe *realizar tareas monótonas*; el 43,7% ha respondido afirmativamente.

En cuanto a las **condiciones de trabajo**, llamadas **emocionales**, que es cuando el trabajador debe tratar con clientes, pacientes, alumnos, pasajeros, etc. es un aspecto que debe tenerse en cuenta desde un punto de vista preventivo. En esta situación el trabajador debe dominar y, a menudo, reprimir sus emociones al tiempo que intentar controlar las emociones de las personas a las que está dando servicio, lo cual puede ser vivido como una fuente de conflictos emocionales muy estresante. Esto no significa que el contacto con el público sea necesariamente una fuente de riesgo psicosocial puesto que muchos trabajadores desarrollan gustosamente sus tareas en estas actividades.

Según los resultados obtenidos en la VII ENCT, atendiendo a las respuestas “siempre o casi siempre” o “a menudo”, el 64% de los trabajadores deben tratar directamente con personas que no están empleadas en el lugar donde trabaja, como clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc. Respecto a la VI ENCT esta actividad se ha incrementado significativamente en cinco puntos (58,6%).

Son los trabajadores del sector **Servicios** (73,4%) los que más este aspecto que al resto de los sectores; y, dentro de este sector, a ocupaciones como **personal docente** (91,3%), **personal sanitario** (87,3%) o **trabajadores del comercio** (89,4%).

También es más frecuente entre las mujeres (68,6%) que entre los hombres (59,4%). No hay que olvidar, por otra parte, que sobre todo en algunas actividades este tipo de trabajo conlleva el riesgo de sufrir actos violentos. En este sentido, la Encuesta aporta diferentes datos que evidencian esta situación de trabajo:

El 12,7% de los que trabajan “siempre o casi siempre” o “a menudo” de cara al público ha señalado que en el desarrollo de su trabajo tiene el riesgo de sufrir *atracos, agresiones físicas u otros actos violentos*; para el conjunto de los trabajadores la frecuencia es del 8,9%. De entre los primeros, el 26,5% manifiesta que *faltan los equipos materiales o humanos necesarios para garantizar la seguridad* frente a este riesgo.

Mientras que, en general, el 3,8% de los ocupados manifiesta que durante el último año ha sido objeto de *amenazas de violencia física*, este porcentaje sube al 5% entre los que trabajan “siempre o casi siempre” o “a menudo” de cara al público.

El 2,4% del total de ocupados expresa que durante el último año ha sido objeto de violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo; es el 3,2% entre los que trabajan “siempre o casi siempre” o “a menudo” de cara al público.

b) La falta de autonomía

En este apartado se analiza el margen de maniobra o autonomía con que cuenta el trabajador en el desarrollo de su trabajo, considerando que la combinación de fuertes exigencias del trabajo y escasa autonomía define una situación de riesgo de carácter psicosocial. Se exponen los datos referidos a las respuestas “raramente” y “casi nunca o nunca”.

Entre el 20 y el 35% de los ocupados no tiene la posibilidad de elegir o modificar: el *método* de trabajo, el *ritmo* de trabajo, el *orden* de las tareas o *poner en práctica sus propias ideas*; pese a ello, todos estos indicadores han mejorado respecto a 2007. En el caso de la *distribución y/o duración de las pausas* el porcentaje es del 36,1% y, a diferencia de los anteriores, no ha variado significativamente respecto a la VI ENCT.

Uno de los colectivos más afectados por la falta de autonomía en su trabajo son los **obreros industriales**, que presentan las frecuencias más altas en todos los aspectos considerados. El 58,4% no puede modificar el *orden* de las

tareas, el 61,5% el *método* de trabajo, el 55,9% el *ritmo* de trabajo, el 60,1% la *distribución y/o duración de las pausas* y, por último, el 36,9% no puede *poner en práctica sus propias ideas*.

Hombres y mujeres se diferencian poco en lo relativo a la falta de autonomía, aunque es más frecuente en las mujeres que en los hombres la imposibilidad de poner en práctica sus propias ideas (23,2% y 19,8%, respectivamente), elegir o modificar el *ritmo* de trabajo (35,6% y 32,3%, respectivamente) y, sobre todo, elegir o modificar la *distribución y/o duración de las pausas* (39,2% y 33,3%, respectivamente).

Un aspecto que afecta al grado de autonomía del trabajador en la realización de su actividad es el relativo a los condicionantes del ritmo de trabajo. La atención personal y los plazos de tiempo establecidos son los que con mayor frecuencia condicionan el ritmo de trabajo. La primera se impone a siete de cada diez ocupados del sector Servicios, mientras que los plazos son más frecuentes en la construcción, donde afecta también a siete de cada diez, y en Industria donde afecta a dos de cada tres.

En el gráfico siguiente podemos analizar los resultados obtenidos en la VII ENCT respecto a los factores incluidos para valorar la autonomía y el ritmo de trabajo:

Y DE APLICAR LAS PROPIAS IDEAS. COMPARACIÓN ENTRE 2007 Y 2011



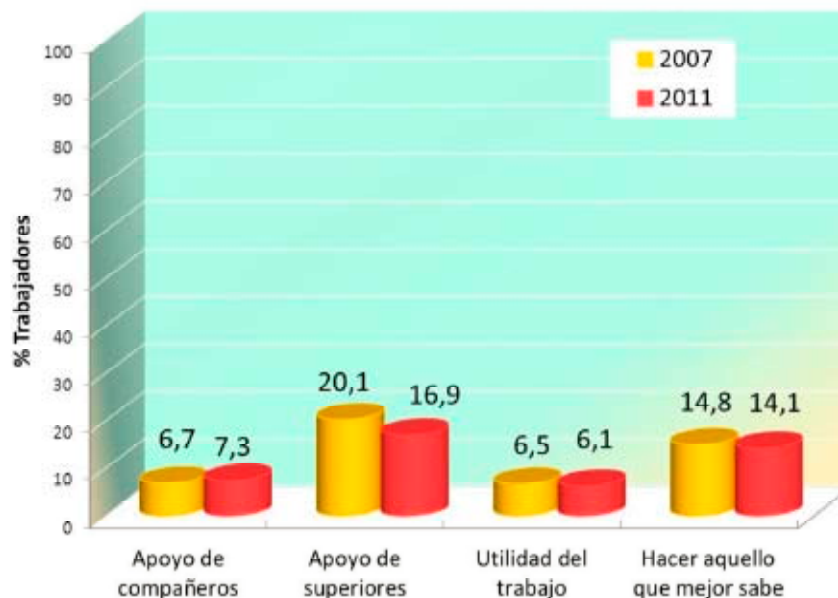
DETERMINANTES DEL RITMO DE TRABAJO POR SECTOR DE ACTIVIDAD					
	Agrario	Industria	Construcción	Servicios	TOTAL
Velocidad automática de máquinas o desplazamiento de productos	28,5	41,7	24,0	12,7	18,2
El trabajo de compañeros	40,9	46,9	55,7	34,9	38,4
Atención personal (cara a cara) con clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.	11,6	33,0	36,9	69,2	59,5
Topes o cantidad de producción o servicio que hay que alcanzar	38,9	48,4	38,2	24,8	29,6
Plazos de tiempo que hay que cumplir	44,0	65,8	69,6	49,5	53,1
Medios tradicionales: teléfono y papel	11,4	32,6	32,4	37,7	35,5
Correo electrónico	6,8	27,5	21,0	33,1	30,3
Control directo del jefe	30,7	43,9	39,4	34,9	36,3
Tráfico	6,8	13,9	16,4	14,5	14,3

VII ENCT. Base: Total de trabajadores. Datos en %

c) Apoyo social y reconocimiento

En este apartado se analizan las siguientes dimensiones: el apoyo social por parte de compañeros y jefes, el sentimiento de utilidad del trabajo realizado y la oportunidad de hacer aquello que se sabe hacer mejor.

FALTA DE APOYO SOCIAL Y DE RECONOCIMIENTO. COMPARACIÓN ENTRE ENCT 2007 Y 2011



VII ENCT. Base: Total de trabajadores
Categorías de respuesta: “raramente” y “casi nunca/nunca”

Desde el punto de vista del **apoyo social**, tan sólo el 7,3% de los ocupados opina que “raramente” o “nunca/casi nunca” puede *obtener ayuda de sus compañeros si la pide*; respecto a 2007 no hay diferencias significativas (6,7%).

La falta de apoyo de superiores o jefes es más habitual: el 16,9% indica que “raramente” o “nunca/casi nunca” puede obtener su ayuda si la solicita; aunque el dato ha mejorado respecto a 2007 (20,1%).

La falta de apoyo social, tanto de compañeros como de jefes, es más frecuente en los siguientes colectivos:

- los trabajadores de 55 y más años (10,1% respecto a compañeros y 21,2% respecto a superiores);
- los de una nacionalidad distinta a la española (10,2% y 26,1%, respectivamente);
- o en los microcentros de diez o menos trabajadores (10,5% y 20,2%, respectivamente).

Por sexo, no hay diferencias significativas respecto a la falta de apoyo social de los jefes pero sí respecto a los compañeros (6,4% en hombres y 8,3% en mujeres); sin embargo, por tipo de contrato ocurre lo contrario, no hay diferencias respecto a los compañeros pero si las hay respecto a los jefes (14,5% en indefinidos y 16,7% en temporales).

Otro factor ligado a las relaciones sociales en el trabajo es la **falta de reconocimiento del trabajo realizado**. El 6,1% de los ocupados coinciden en contestar que “raramente” o “casi nunca/nunca” tiene la *sensación de estar haciendo un trabajo útil*; este porcentaje no presenta diferencias con el obtenido en 2007 (6,5%).

El sentimiento de inutilidad del trabajo es manifestado fundamentalmente por los ocupados del sector Agrario (12%), los que trabajan en Actividades culturales y servicios personales (10%), los empleados (sin jefes ni subordinados) (7,2%) o los contratados temporales (8,5%).

Otro aspecto de interés en este marco social es si el trabajador tiene la **oportunidad de hacer aquello que sabe hacer mejor**. El 14,1% de los ocupados manifiesta que “raramente” o “casi nunca/nunca” realiza aquello que sabe hacer mejor; no hay diferencias respecto a 2007 (14,8%).

Los colectivos que con mayor frecuencia refieren esta falta de adaptación entre la cualificación y los requerimientos de la tarea se sitúan en el sector Agrario y en otras actividades poco cualificadas, en los menores de 25 años, mujeres, contratados temporales o con una nacionalidad distinta de la española.

**COLECTIVOS QUE NO TIENEN LA OPORTUNIDAD
DE HACER AQUELLO QUE MEJOR SABEN**

	Menos frecuente	Más frecuente
Rama de actividad	Construcción (7,7%)	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca (23,6%) Act. culturales y servicios personales (21,9%) Transporte y almacenamiento (17,9%)
Ocupación	Prof. del Derecho, las Ciencias sociales y las Artes (2,6%) Otras ocupaciones de estudios medios o superiores (3,2%) Personal docente (5,2%)	Trabajadores de hostelería y limpieza (23,5%) Trabajadores agropecuarios (22,8%) Obreros industriales (20%)
Categoría profesional	Director de empresa grande o media (3,3%) Director de pequeña empresa, departamento o sucursal (3,9%)	Empleado (con jefes y sin subordinados) (17,2%)
Tipo de contrato	Indefinido (13,4%)	Temporal (21,6%)
Sexo	Hombre (12%)	Mujer (16,4%)
Edad	De 55 y más años (12%)	Menores de 25 años (17,3%)
Nacionalidad	Española (13,4%)	Otra nacionalidad (20,9%)

VII ENCT. Base (excepto para la variable tipo de contrato): Total de trabajadores. Base para tipo de contrato: Asalariados con alta en la Seguridad Social (N= 7.062). Categorías de respuesta: “raramente” y “casi nunca/nunca”

d) Conductas violentas en el trabajo

La exposición a **conductas violentas** en el trabajo se ha determinado preguntando a los trabajadores si han sido objeto, en los doce meses anteriores a la entrevista, de alguna situación violenta en el ámbito del trabajo dentro de un listado de distintas opciones. El 89,1% de los trabajadores declaran no haber sufrido conductas violentas. Del 11% que declaran haber sufrido alguna, el 22,7% ha contestado “a menudo” y el 84,5% a veces.

Las conductas violentas a las que con más frecuencia señalan los trabajadores haber estado expuestos son:

- a) *agresiones verbales, rumores o aislamiento social,*
- b) *amenazas de violencia física y*
- c) *violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo.*

La discriminación por discapacidad, orientación sexual o religión son las conductas violentas menos mencionadas por los trabajadores

CONDUCTAS VIOLENTAS EN EL TRABAJO	%Trabajadores
Amenazas de violencia física	3,8
Violencia física cometida por personas pertenecientes a su lugar de trabajo	0,6
Violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo	2,4
Pretensiones sexuales no deseadas (acoso sexual)	0,4
Agresiones verbales, rumores o aislamiento social	7,3
Discriminación por la edad	0,6
Discriminación por la nacionalidad	0,8
Discriminación sexual/discriminación por género	0,6
Discriminación por la raza, origen étnico o color de su piel	0,4
Discriminación por la religión	0,1
Discriminación por una discapacidad	0,1
Discriminación por la orientación sexual	0,1

VII ENCT. Base: Total de trabajadores. Pregunta de respuesta múltiple

El acoso sexual, viene definido en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres¹⁴, como cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo.

Por sector de actividad, los trabajadores de servicios manifiestan haber sido objeto de algún tipo de violencia en un 12,9% frente al resto de sectores cuyos datos oscilan entre el 4% y el 6%. Así pues, son los que con mayor frecuencia señalan ser objeto de agresiones verbales, rumores o aislamiento social (8,7%), amenazas de violencia física (4,7%) y violencia física cometida por personas no pertenecientes al lugar de trabajo (2,9%).

Por rama de actividad, y en consonancia con lo anteriormente expuesto, son los trabajadores de las actividades sanitarias y sociales y los trabajadores de la administración pública y educación los que se encuentran expuestos en mayor medida a agresiones verbales, rumores o aislamiento social (17,9% y 12,1% respectivamente), además de a amenazas de violencia física (9,6% y 7,8%) y a violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo (6,4% y 5,1%).

Atendiendo a la ocupación, el personal de defensa y seguridad junto con el personal sanitario son los más expuestos a agresiones verbales, rumores o aislamiento social (27,4%, 17% respectivamente), además de a amenazas de violencia física (27% y 9,5%) y a violencia física cometida por personas no pertenecientes al lugar de trabajo (21,4% y 6,2%).

Si se considera el sexo, es destacable que las mujeres señalan ser objeto de agresiones verbales, rumores o aislamiento social en un 8% frente al 6,7% de los hombres. Además, las mujeres señalan ser objeto de discriminación sexual o discriminación por razón de género en un 1,2% frente al 0,1% indicado por los hombres.

Por otra parte, hay que destacar que los trabajadores de nacionalidad distinta a la española manifiestan ser objeto de discriminación por la nacionalidad en un 5,9% (0,3% de los de nacionalidad española) y de *discriminación por la raza, origen étnico o color de su piel* en un 2,1% (0,2% de los trabajadores españoles).

A medida que aumenta el tamaño de plantilla del establecimiento de trabajo se observa un aumento de exposición a conductas violentas. Así, han sido objeto de alguna conducta violenta el 8,1% de los ocupados en establecimientos

inferiores a 11 trabajadores, mientras que lo ha sido el 16,3% de los de establecimientos de 250 o más. En los centros de trabajo con plantillas superiores a 250 trabajadores, un 11,5% se encuentra sometido a *agresiones verbales, rumores o aislamiento social* y un 6,9% a *amenazas de violencia física*, frente al 5,2% y 2,6% respectivamente indicados por los ocupados en centros inferiores a 11 trabajadores.

La manifestación de **sintomatología de corte psicossomático** es significativamente mayor en los trabajadores expuestos a conductas violentas en el trabajo que en quienes no son objeto de tales comportamientos. Así pues, se observa que los trabajadores expuestos refieren quejas por *dolor de cabeza* (26,4%), *problemas para conciliar el sueño* (22,9%) y *estrés, ansiedad o nerviosismo* (38,2%) frente a los trabajadores que dicen no estar expuestos (12,5%, 8% y 14,6%, respectivamente).

Como resumen podemos decir que:

- Varios indicadores relativos a las exigencias derivadas de factores psicosociales del trabajo **han empeorado respecto a cuatro años antes**. Así, ocurre con el nivel de atención exigida en la tarea, con la percepción de tener mucho trabajo y sentirse agobiado, tener que trabajar muy rápido o deber atender varias tareas al mismo tiempo.
- Más de siete de cada diez ocupados tiene algún problema de salud. Para la mayoría de ellos, sus problemas de salud están relacionados (originados o agravados) por el trabajo que realizan, en particular quienes presentan algún trastorno musculoesquelético, pero también los que manifiestan sufrir **cansancio y agotamiento, y estrés**.

En cuanto a la última **Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (ENGE)**¹⁵ el estrés, depresión o ansiedad se percibe como un riesgo importante entre los centros de las ramas de administración pública y educación y transporte y comunicaciones.

También aunque en menor medida en Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y de alquiler, servicios empresariales y actividades sanitarias y veterinarias y servicios sociales.

15 Encuesta ENGE. http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_%20ENGE%202009.pdf

1.5. Datos sobre daños para la Salud relacionados con dichos riesgos.

El trabajo tiene un papel central en la vida de la mayor parte de las personas adultas, y es también una construcción social y un pilar fundamental de la sociedad humana. Una actividad laboral satisfactoria contribuye a dar sentido a la propia existencia, mejorar la salud y la autoestima, las relaciones sociales y el estatus socioeconómico. Por el contrario, unas condiciones negativas de trabajo o la ausencia del mismo, con escasa satisfacción, falta de influencia y de control en la toma de decisiones sobre las condiciones y el contenido de la tarea realizada pueden asociarse con efectos indeseables para la salud de las personas, según varios factores: el tipo de empresa, la estructura y el modelo de la organización, el estilo de dirección, los roles y el estatus del empleado, etc. Estos factores median en elevado estrés, baja satisfacción laboral y mala calidad de vida, reconocidos factores de riesgo para la salud mediadores en varios trastornos mentales y enfermedades cardiovasculares.

El trabajo puede intervenir como causa o agravante a través de tres factores fundamentales: condiciones del medio ambiente material, medio ambiente psicológico y medio ambiente socioeconómico, encontrando diferencias según el género y tipo de ocupación¹⁶.

La enfermedad relacionada con el trabajo resulta de dos factores: Un factor individual de predisposición constitucional, y un factor profesional que ejerce una influencia favorecedora en relación con las condiciones de trabajo.

El trabajo puede desencadenar y/o agravar una enfermedad compleja y de etiología multifactorial para la que el paciente está predispuesto, como la hipertensión arterial esencial y varios trastornos mentales como la depresión y las adicciones. Las enfermedades en el ámbito laboral pueden desencadenarse por diferentes condiciones de trabajo como son: características generales de locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles en el centro de trabajo; la naturaleza de agentes físicos, químicos y biológicos en el ambiente de trabajo y sus intensidades, concentraciones o niveles de presencia; los procedimientos utilizados en la realización de las tareas; la dedicación horaria; y otras características del trabajo, como la organización y ordenación, que influyen en la magnitud de los riesgos a que está expuesto el trabajador, cuando no se aplican correctamente los principios de la Ergonomía.

Existen varias trayectorias o mecanismos etiopatogénicos posibles entre el hecho de padecer un trastorno mental y la actividad laboral según la evidencia científica actualmente disponible:

1.º La exposición a factores psicosociales de riesgo del trabajo, como el estrés laboral relacionado con la falta de control y de oportunidad para utilizar las propias capacidades, que se comportan de manera acumulativa negativa, disminuyen el rendimiento en la realización de la tarea y dar lugar a un estado de fatiga y a varios trastornos mentales, como los adaptativos, así como varias enfermedades psicosomáticas relacionadas con el estrés como las cardio y cerebrovasculares, dolor lumbar y bajas laborales, con independencia de las características psicológicas de las personas estudiadas. La deprivación material en sí misma produce conductas de riesgo para la salud de tipo nutricional, sedentarismo y conductas adictivas. El estrés del trabajo se ha convertido en una de las principales causas de incapacidad laboral en los países desarrollados, al mediar en “nuevas y sutiles amenazas para la salud mental” y como factor de riesgo de enfermedades como las cardiovasculares, los trastornos mentales y los accidentes de trabajo. Se ha constatado que el estrés en el trabajo tiene un importante papel mediador en las grandes diferencias en salud, enfermedad y muerte prematura, relacionadas con el estatus sociolaboral.

2.º La exposición a los riesgos psicosociales del trabajo pueden contribuir de forma **inespecífica** al desencadenamiento de un trastorno mental para el que el trabajador es vulnerable y el riesgo psicosocial del trabajo interviene como factor desencadenante o agravante, como en el caso de los trastornos depresivos y de ansiedad, sobre todo en los primeros episodios. Se atribuye a las situaciones estresantes el 10-15% de la varianza sobre la sintomatología depresivo-ansiosa que padece el paciente. Se trata de trastornos de etiología multifactorial, de forma que cada factor explica una proporción relativamente pequeña de la varianza, lo que obliga a tener en cuenta diferentes factores de vulnerabilidad o modificadores, genéticos, evolutivos, psicológicos y sociales.

3.º De forma específica la exposición a situaciones laborales estresantes traumáticas, como accidentes laborales graves y acoso en el trabajo pueden causar patologías relacionadas con el estresor traumático, factor necesario pero no suficiente, que produce trastornos como el trastorno de estrés postraumático, y reconocido como contingencia profesional cuando se produce tras la exposición a experiencias traumáticas en el trabajo.

Las Condiciones de Trabajo, como determinantes del estado de salud de la persona, son por lo tanto indisociables de otros determinantes tanto intrínsecos como extrínsecos y éstas, a su vez, son dependientes del momento de desarrollo económico y modelo productivo¹⁷.

Un entorno de trabajo saludable y seguro es la mejor garantía del rendimiento laboral, de la salud de sus empleados y de la motivación e implicación organizacional. La pérdida de calidad del trabajo entraña costes a veces difíciles de observar a corto plazo, pero siempre presentes a medio y largo plazo¹⁸.

A continuación se presenta la evidencia científica obtenida en los últimos años en cuanto a las repercusiones que los principales riesgos psicosociales tienen en la salud de los trabajadores. Aunque la exposición se centra en estudios europeos algunos otros han sido incluidos por su relevancia. La siguiente tabla muestra una visión de conjunto:

Consecuencias	Efectos
Problemas relacionados con la salud	Salud Física Salud Mental Consumo de sustancias
Actitudes ante la empresa	Trastornos psicosomáticos Satisfacción laboral Implicación laboral Conductas contraproducentes
Tiempo de trabajo	Rotación de personal Presentismo Bajas laborales Duración de las bajas
Costes económicos	Accidentes de trabajo Pérdida de materiales Rendimiento Productividad

17 Mur de VÍu, C ; Maqueda , J. (Año 2011) .Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión

18 Moreno , B; Báez, C. (Año 2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas

Daños a la salud de los riesgos psicosociales más relevantes:

CAUSA	EFECTO EN LA SALUD
Estres	<p>El estrés laboral se manifiesta como el segundo problema de salud más importante relacionado con el trabajo en Europa ¹⁹.</p> <p>La respuesta de estrés, aguda o crónica, puede llevar a ocasionar problemas musculoesqueléticos, trastornos cardiovasculares, incidencias en el desarrollo de problemas neoplásicos y una larga serie de trastornos psicosomáticos de amplio espectro como trastornos gastrointestinales como el síndrome del intestino irritable²⁰</p> <p>La evidencia de cambios biológicos debidos a la exposición a factores psicosociales de estrés como aumento de cortisol ²¹, cambios en el hipocampo e inmunosupresión es cada vez mayor²² e incluso parece tener la capacidad de acelerar la manifestación de enfermedades como el Alzheimer ²³</p> <p>Aunque bastante menos investigado, se ha estudiado la relación entre el estrés laboral y el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y drogas.</p> <p>En la investigación del tema se detecta con frecuencia una asociación entre el estrés y la conducta de fumar en interacción con otros factores, como por ejemplo, el apoyo social.</p> <p>En la actualidad los investigadores sobre los factores psicosociales de riesgo y la salud en el trabajo han abandonado los modelos exclusivamente organizacionales para explicar la Salud Laboral, asumiendo que existen numerosas variables de distinta índole que pueden influir en el proceso. En este sentido, la investigación sobre estrés laboral ha mostrado que existen diferencias personales en la vivencia del estrés, y que no todas las personas se ven determinadas de igual forma por los factores psicosociales de estrés laboral.²⁴</p>

19 <http://osha.europa/en/topics/stress>

20 Sapolsky, R. M. (2008). ¿Por qué las cebras no tienen úlceras? Madrid: Alianza Editorial.

21 Burke, H. M., Davis, M., Otte, Ch., & Mohr, D. C. (2005). Depression and cortisol responses to psychological stress: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 846-856.

22 McEwen, B. (2006). Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33-44.

23 Trana, T.T., Srivareerat, M. & Alkadhi, K. (2010). Chronic psychosocial stress triggers cognitive impairment in a novel at-risk model of Alzheimer's disease. *Neurobiology Disease*.

24 Kahn, R. L. & Byosiére, M. (1992). Stress in organizations. En M.D. Dunnette & L. M. Hough- Order by: relevance | pagesrelevance | pages

CAUSA	EFEECTO EN LA SALUD
Violencia	<p>Los incidentes agresivos laborales pueden ocasionar tanto daños físicos como psicológicos.</p> <p>Los daños físicos van de lesiones menores a graves, e incluso mortales. Los daños psicológicos varían entre el malestar, la tensión, el estrés pasajero y temporal hasta formas de tensión y estrés crónico que puede llevar a la necesidad de ayuda psicológica profesional, o incluso a abandonar el propio trabajo ²⁵</p> <p>La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) recoge como consecuencias de la violencia en el trabajo daño físico, estrés, ansiedad, problemas para conciliar el sueño, estrés postraumático y falta de motivación, dando lugar a consecuencias no solo físicas sino también psicológicas²⁶</p>

CAUSA	EFEECTO EN LA SALUD
Acoso laboral	<p>Lo que se produce en el acoso laboral es un atentado a la propia identidad profesional, una devaluación de la propia competencia profesional que ha podido suponer y costar años, esfuerzos y renunciadas importantes.</p> <p>Existen datos que revelan una amplia muestra de sintomatología física y mental. Desde patologías somáticas como trastornos cardiovasculares (hipertensión, arritmias, dolores en el pecho, etc.), trastornos musculares (dolores lumbares, cervicales, temblores, etc.), trastornos respiratorios (sensación de ahogo, hiperventilación, etc.) y trastornos gastrointestinales (dolores abdominales, náuseas, sequedad de boca, etc.), hasta síntomas relacionados con la salud mental como alteraciones del sueño (insomnio e hipersomnia), profundos sentimientos de culpabilidad, aumento del apetito, distorsiones cognitivas (fracaso, culpa, etc.), hipervigilancia, suspicacia, labilidad emocional con llanto frecuente, ideas de suicidio no estructuradas, sentimientos de impotencia e indefensión, miedos al lugar de trabajo, a coger el teléfono, a enfrentarse con su jefe, miedo a volver a trabajar y a no ser capaz de desempeñar su trabajo adecuadamente, a salir a la calle, expectativas negativas sobre su futuro, atención selectiva hacia todo aquello relacionado con el fracaso, disminución de la capacidad de memoria y dificultades para mantener la atención y pensamientos recurrentes sobre la situación de <i>mobbing</i>²⁷</p>

25 Pérez, J; Nogareda, S. NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo. INSHT

26 Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/54/en/1/EF1054EN.pdf>

27 Mansilla, F. Acoso laboral o mobbing. 2009.

CAUSA	EFEECTO EN LA SALUD
Acoso Sexual	<p>En la violencia sexual se produce, al mismo tiempo, un atentado a la condición personal como hombre o mujer y una agresión a la propia dignidad e intimidad. La violencia sexual supone una agresión e instrumentalización del propio cuerpo y su actividad para fines utilitarios de otras personas sin atender al uso y derecho de la propia libertad.</p> <p>En general, el acoso sexual genera un malestar personal profundo con repercusiones generalizadas en la vida de la mujer (Guttek, 1985), especialmente cuando se produce una violación o un intento de violación. En estos casos puede producirse fácilmente un tipo de estrés postraumático que invalide o disminuya de forma importante la vida personal, laboral y profesional de la mujer.</p>

CAUSA	EFEECTO EN LA SALUD
Inseguridad contractual	<p>Los efectos de la inseguridad contractual provienen en gran medida del efecto de incertidumbre generalizada hacia el propio futuro laboral, y de los miedos que pueden aparecer ante la inseguridad económica para uno mismo y para la propia familia, en un contexto en el que la capacidad para la acción preventiva y la anticipación al problema son mínimas. Los problemas derivados de la inseguridad contractual son en parte producto de la indefensión ante la misma, de la incapacidad de actuar en un contexto laboral generalizado.</p> <p>En Francia y España se han encontrado más accidentes laborales en trabajadores temporales²⁸ y se considera que las consecuencias de trabajo precario son comparables a las del desempleo, ya que se asocia con mayor mortalidad, morbilidad, estilos de vida de riesgo y baja calidad de vida²⁹.</p> <p>Un estudio reciente analiza la relación entre inseguridad contractual y problemas de salud en 16 países europeos encontrando en general una asociación entre ambas en línea con los anteriores estudios. No está claro si el sexo influye en los efectos de la inseguridad contractual.³⁰</p>

28 Benach, J., Gimeno, D & Benavides, F. G. (2002). Types of employment and health in the European Union. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

29 Benach, J., Amable, M., Muntaner, C., & Benavides, F. G. (2002). The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? Journal Epidemiology Community Health, 56,

30 Laszlo, K., Pikhart, H., Kopp, M., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Salavec, G. & Marmot, M. (2010). Job insecurity and health: A study of 16 European countries. Social Science & Medicine

CAUSA	EFECTO EN LA SALUD
<p>Burnout o Desgaste Profesional</p>	<p>Los efectos del desgaste profesional provienen en gran medida de que el esfuerzo del profesional por alcanzar unos objetivos es dificultado, de formas muy diferentes, por la misma organización que debería facilitarle su logro. En principio, el <i>Burnout</i> es una respuesta disfuncional estrictamente laboral, aunque pueda tener consecuencias más amplias no laborales.</p> <p>Existen numerosos estudios dirigidos a estudiar las relaciones entre el desgaste profesional y la salud física y mental de los trabajadores en distintos grupos profesionales, entre los que suelen destacar personal sanitario y profesores. Atendiendo a la definición más habitual del síndrome como una respuesta emocional a los problemas organizacionales e interpersonales, cabe esperar que los aspectos emocionales de salud mental puedan verse especialmente afectados. En efecto, los estudios han encontrado que el <i>Burnout</i> suele estar asociado tanto a la depresión como a la ansiedad en sus diversas manifestaciones ³¹.</p> <p>También se ha demostrado una relación directa entre el síndrome de quemarse por el trabajo (<i>Burnout</i>) y síntomas cardiovasculares ³²: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. Los resultados obtenidos permiten afirmar que existe una relación positiva y significativa entre el SQT y la percepción subjetiva de alteraciones de tipo cardiovascular.</p> <p>Con frecuencia, el deterioro psicológico ocasionado por el estrés laboral interviene como una variable mediadora que contribuye a la aparición de lesiones irreversibles o fatales para el trabajador, asociadas al deterioro de su sistema cardiorcirculatorio. En este proceso las emociones desempeñan un papel relevante. Debido a que el SQT se caracteriza por la percepción de altos niveles de agotamiento emocional, no es extraño que su progreso se asocie a problemas de salud que deterioran el sistema cardiovascular de los trabajadores.</p> <p>Otras manifestaciones físicas han sido descritas y se citan las cefaleas, los dolores musculares y especialmente los dorsales. Los problemas de pérdida de apetito, disfunciones sexuales, problemas de sueño serían frecuentes en las personas afectadas por el síndrome³³ considera que la manifestación más habitual sería la fatiga crónica. Entre los trastornos psicofisiológicos estarían los trastornos alérgicos, gastrointestinales, úlceras, trastornos cardiovasculares, recurrencia de infecciones y de trastornos respiratorios.</p>

31 Kahill, S. (2010). Symptoms of professional burnout. A review of the empirical evidence.

32 Gil-Monte, P; Nuñez-Román EM; Selva-Santoyo, Y. Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales

33 Kahill, S. (1988) Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. Canadian Psychology,

1.6. Datos sobre impacto económico.

A pesar de las múltiples iniciativas de gestión del estrés y de soporte individual, los problemas psicosociales, incluido el estrés, son una de las **principales causas de absentismo laboral** en la actualidad. De hecho, en Europa, se estima que más de uno de cada cuatro trabajadores sufre estrés y que el estrés representa más del 50% del absentismo en las empresas, lo que supuso 20 billones de euros en gastos adicionales para los 15 países de la Unión Europea en el 2002.

Algunos datos de interés:

- El **25% de los ciudadanos europeos** experimentará un problema de salud mental durante su vida.
- El **27% de la población adulta en Europa** se ve afectada por problemas de salud mental, es decir, 93 millones de personas.
- La Organización Mundial de la Salud estima que, **en el 2020, la depresión será la segunda causa más importante de incapacidad** en el mundo.
- En Europa, los niveles de absentismo laboral, de desempleo y de solicitudes de incapacidad permanente relacionados con el estrés y los problemas de salud mental han ido en aumento, pudiéndose atribuir alrededor del **10% de los problemas crónicos de salud** y de incapacidad a trastornos mentales y emocionales.
- **En Francia** se ha estimado que el coste para la sociedad del estrés laboral se sitúa entre el 10% y el 20% de todos los gastos por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del sistema de seguridad social (INRS, 2008).
- **En Holanda**, para evaluar los aspectos económicos de unas inadecuadas condiciones de trabajo, se ha desarrollado un modelo de costes de las condiciones de trabajo. El análisis de los datos de 2001 indica que el coste estimado total de las inadecuadas condiciones de trabajo en los Países Bajos ese año fue de 6.000 millones de euros, equivalente al 2,96% del PIB. La mayoría (83%) de los costes para la sociedad son por absentismo laboral y discapacidad, causada principalmente por trastornos musculoesqueléticos (43%) y enfermedades mentales (40%). Otros diagnósticos asociados con altos costes fueron las enfermedades cardiovasculares (5%), problemas del sistema nervioso, incluyendo ojos y oídos (4%), y accidentes de trabajo (4%).³⁴

³⁴ Koningsveld, E.A.P., Zwinkels, W., Mossink, J.C.M., Thie, X. and Abspoel, M., National costs of working conditions for workers in the Netherlands 2001, Werkdocument 203, Ministry of Social Affairs and Employment, The Hague, The Netherlands, 2003.

- **El coste económico de los trastornos de salud mental en Europa se estima en 240 billones de euros anuales.** Los costes directos, como son por ejemplo los gastos de farmacia, representan menos de la mitad de esta suma. La cantidad mayor, de 136 billones de euros, se debe a la pérdida de productividad producida, en parte, por el absentismo laboral.

El problema es aún más grave, ya que la eficiencia económica y la competitividad de una empresa dependen cada vez más de las habilidades mentales y cognitivas de sus trabajadores, tales como creatividad, relaciones y habilidades emocionales, autonomía e intercambio de conocimientos, que son factores clave en la eficiencia individual y colectiva. Estos factores están estrechamente relacionados con el **bienestar psicológico** de las personas.

Sin embargo, el bienestar psicológico no es sólo un «recurso» estratégico que favorece la producción económica, sino que es también un recurso que puede potenciarse desde la empresa. El trabajo demasiado exigente, la falta de medios para alcanzar los objetivos fijados, las relaciones conflictivas, los clientes agresivos, etc., pueden tener un efecto negativo en las habilidades mentales, en las relaciones personales, en el bienestar psicológico y por consiguiente, en el rendimiento del trabajador. Por lo tanto, nos enfrentamos a una paradoja: cuanto más crucial es la salud mental para la empresa, ¡mayor es el riesgo de afectarla! No se trata necesariamente de que el bienestar psicológico de las personas haya disminuido, pero el hecho es que el rendimiento de una empresa depende más que nunca de las habilidades asociadas a unas condiciones psicológicas saludables.³⁵

Por lo que se refiere a la magnitud del impacto económico del conjunto de las enfermedades laborales en España, ésta ha sido estimada en tan solo dos estudios publicados, uno de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (1998), y otro de García et al. (2007)³⁶.

El primero se basó en la solicitud de información a los Estados Miembros a través de una encuesta, en la que España estimaba el importe de los costes directos e indirectos en algo menos del 3% del PIB. Los costes directos de los accidentes y enfermedades laborales se estimaron mediante el análisis de las cuentas de la Seguridad Social, incluyendo los costes de la discapacidad, la atención sanitaria y las pensiones. Los costes indirectos fueron evaluados a partir de los días de trabajo perdidos como consecuencia de accidentes y enfermedades profesionales. El segundo estudio

35 Benjamin Sahler, Amandine Dubois, Ségolène Journoud, Julien Pelletier (ANACT) Cómo promover la salud mental en el trabajo Guía laboral sobre salud mental.

36 García A, Gadea R, López V (año . 2007) Impacto de las Enfermedades laborales n España. Instituto Sindical de trabajo, ambiente y salud.

optó por tomar los datos de coste sanitario directo de un estudio norteamericano (Leigh et al., 2004), y sólo para cuatro grupos de enfermedades: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y del sistema nervioso, estimando que el coste total de las enfermedades profesionales se aproximaba al 4,7% del PIB.

Según un reciente estudio sobre Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010, realizado para UGT-CEC por la Universidad de Alcalá,³⁷ queremos destacar los principales indicadores:

1. El gasto sanitario directo de los trastornos mentales y del comportamiento atribuible al trabajo en España en 2010, oscila entre 150 y 372 millones de euros. Este gasto representa entre el 0,24% y el 0,58% del gasto sanitario español para ese año.
2. Este gasto sanitario es desigual para hombres y mujeres, siendo en global el coste en los hombres casi el doble que el de las mujeres.
3. Por categorías diagnósticas, destaca el coste que supone la atención sanitaria a los trastornos por uso de sustancias, más de 35 millones de euros, y casi cuatro veces más en hombres que en mujeres.
4. En segundo lugar, la atención a los trastornos de ansiedad, casi 15 millones de euros, suponen el segundo monto de este gasto sanitario, mayor aquí en el caso de las mujeres. Y le siguen la depresión y el estrés.
5. Las incapacidades laborales por trastornos mentales y del comportamiento son más frecuentes en las trabajadoras que en los trabajadores, en todas las variables estudiadas. Y también son más prevalentes en los trabajadores menos cualificados, peones y subalternos, sobre todo en las mujeres. En el extremo opuesto se hallan los ingenieros y licenciados.
6. Según los cálculos realizados a partir de los excesos de riesgo hallados, hemos estimado que la fracción atribuible a factores de riesgo laboral de los trastornos mentales y del comportamiento es del 10,8% (13,14% para los hombres y 8,29% en el caso de las mujeres).
7. Es decir, entre el 11 y el 27% de los trastornos y enfermedades mentales pueden ser atribuidos a las

37 Rodríguez, G.; García, M. (Año 2011) Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010

condiciones de trabajo, lo que representa la proporción de enfermedad que podría ser prevenida o evitada si la exposición origen del daño no ocurriera.

8. Las desigualdades sociales se reflejan también en el consumo de medicamentos. A medida que descendemos en la escala social, el porcentaje de consumidores de medicamentos tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, se incrementa, así como el consumo de antidepresivos, sobre todo en las mujeres. En adecuada correlación, a medida que descendemos en la escala social la proporción de personas que padecen depresión, ansiedad u otros trastornos mentales presenta un gradiente ascendente.
9. Aunque las cifras ofrecidas no den una imagen completa de lo que los trastornos mentales y del comportamiento cuestan al ámbito sanitario, y a pesar de la complejidad de la materia tratada, su magnitud es tal que debería llamar la atención de los poderes públicos por el campo de acción que ponen en evidencia: prevención de riesgos laborales, salud pública de la población, investigación y sostenibilidad de los sistemas sociales.
10. En un momento en que las administraciones tienen que sopesar cada euro que gastan, la clarificación de las cuentas puede ayudar a mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios, de seguridad social y de prevención de riesgos laborales, además de ayudar a prevenir estas enfermedades.

En este estudio, se estima el coste que para el sistema de salud y, por lo tanto, para la sociedad en su conjunto, tiene atender a los enfermos por trastornos mentales de origen laboral, que representa entre un 0,24% y un 0,58% de todo el gasto sanitario. El resultado de la integración de este concepto de coste social de la enfermedad en las políticas podría ser espectacular: con la prevención adecuada de estas enfermedades, y su inclusión en las Estrategias de Seguridad y Salud en el Trabajo y en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, entre 150 y 372 millones de euros por año podrían dejar de evaporarse de la economía española.

Por lo que se refiere al reconocimiento de los trastornos mentales como enfermedades profesionales, es conocido que no están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social español según el RD 1299/2006. A nivel internacional, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), incluyó los trastornos mentales y del comportamiento por primera vez en 2010 en la nueva lista de enfermedades profesionales, aprobada en su reunión de 25 de marzo de 2010³⁸, que sustituye a la anterior de 2002.

Sin embargo, pueden ser reconocidos como accidente de trabajo, si se demuestra su origen laboral. Y, además, hay que tener en cuenta que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales incluye como daños derivados del trabajo a las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo, y entiende dentro del concepto condición de trabajo: todas aquellas características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador. Por consiguiente, esto incluye a los factores psicosociales.

Por último, es importante reseñar el impacto de la crisis económica y los proceso de reestructuración que estamos viviendo, su impacto sobre los indicadores de calidad y cantidad del empleo, así como sobre el estado de salud, tanto a nivel individual como colectivo³⁹.

1.7. Datos sobre infradeclaración o daño oculto, diagnosticado o no, como enfermedad común.

En España, **las enfermedades profesionales constituyen un problema de salud de magnitud y dimensiones desconocidas**. Todos los expertos coinciden en señalar la existencia de una infradeclaración del número de estas enfermedades. Distintos estudios realizados y la comparación de nuestras cifras con las de otros países de nuestro entorno, con condiciones de trabajo similares, evidencian esta infraestimación. Uno de los principales problemas de salud laboral es la falta de información sobre este daño para la salud asociada al trabajo. No existe ningún sistema de información en salud laboral que haga posible la recogida, análisis e interpretación de los datos sobre la salud y el ambiente laboral, lo que impide el conocimiento del impacto real de la patología debida al trabajo. **El sistema de notificación de enfermedades profesionales**, único registro oficial donde se recoge la patología laboral de forma

38 OIT. Recomendación 194. Lista de enfermedades profesionales. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf

39 La salud en los procesos de reestructuración empresarial (HIRES, 2012)

rutinaria, **es claramente insuficiente** para los fines indicados. Las graves e importantes deficiencias que presenta limitan en gran manera la fiabilidad de la información disponible y la eficacia de las actuaciones preventivas⁴⁰.

Existen estudios epidemiológicos en España que evalúan la relación entre ciertas enfermedades y las exposiciones laborales (cáncer, asma, EPOC, etc.), y también se han publicado artículos sobre la declaración de las enfermedades profesionales. Pero son escasos los estudios que abordan la estimación del riesgo atribuible a factores de riesgo laboral al trabajo de los trastornos mentales y del comportamiento.

Uno de los datos más sólidos de los que disponemos sobre la magnitud de la *subdeclaración* de las enfermedades profesionales se expone en la tesis doctoral “El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral “de J. Castejon, 2002, donde se expone que: **un 16% de los casos de ese tipo de incapacidad serian de probable origen laboral**. Los diagnósticos que más frecuentemente fueron detectados como de origen presuntamente laboral fueron las enfermedades del aparato locomotor (71,4%) y los **trastornos mentales (27,3%)**. Este estudio se baso en un número pequeño de casos (n=207) y organizo los diagnósticos a estudio en 9 grupos, por lo que no ofrece información por categoría diagnóstica de la enfermedad, es decir, aporta información sobre los trastornos mentales en global, pero no sobre las enfermedades incluidas en este grupo (ansiedad, estrés, depresión, etc.).

En el estudio denominado” Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010”⁴¹ al que hemos aludido antes, realizado para UGT-CEC por la Universidad de Alcalá, se presenta el resumen de las estimaciones para los trastornos mentales y del comportamiento, con la matriz de enfermedades, los códigos CIE-9 (3 dígitos), las fracciones de enfermedad atribuibles al trabajo (FA) y las edades utilizadas para aplicar las fracciones. En **este estudio se estima que el 10,8% de todos los trastornos mentales y del comportamiento podrían atribuirse a factores laborales**; 13,14% para los hombres y 8,29% en el caso de las mujeres.

También se obtuvieron fracciones atribuibles para las categorías de enfermedad mental para las que hay mayor evidencia científica de la influencia del trabajo (ansiedad, estrés, depresión, dependencia de sustancias, y otros trastornos mentales (principalmente demencias), dejando fuera del análisis las psicosis y los retrasos mentales .Y asimismo se obtuvieron las fracciones atribuibles para estas enfermedades por rama de actividad económica, en este caso la edad considerada ha sido de entre 15 y 69 años.

40 Ferrer J. El sistema de notificación de enfermedades profesionales. Revista: Medicina y Seguridad del Trabajo, 1999; XLVI (183)

41 Rodríguez G; García M.(Año 2011)Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010

**Fracciones atribuibles por rama de actividad económica
y sexo para los principales trastornos mentales y del comportamiento derivados del trabajo.
España, 2010.**

HOMBRES						
	FA (%)					
Rama de actividad económica	Ansiedad	Estrés	Depresión	Adicciones	Otros trastornos	Total trastornos mentales
Industria manufacturera	11,16	11,27	13,64	15,68	7,52	11,87
Industria química	11,39	11,50	13,92	16,00	7,67	12,11
Metal	10,99	11,10	13,43	15,44	7,40	11,69
Construcción	1,67	0,15	3,87	10,05	0	1,91
Comercio	7,91	12,37	3,49	3,23	7,69	8,30
Hostelería	9,12	16,51	19,55	22,99	-15,51	13,78
Transporte	6,26	13,63	15,69	19,14	-24,79	9,16
Comunicaciones	11,41	13,31	5,58	18,93	-5,60	9,93
Intermediación financiera	15,56	19,42	18,16	0	8,25	14,14
Administración pública	18,14	31,39	35,95	42,57	NA	28,94
Actividades sanitarias	21,58	25,84	2,43	NA	24,85	21,58
Otras actividades sociales y personales	13,79	15,60	14,81	16,39	13,68	14,31
Actividades profesionales, científicas y técnicas	0	0	0	0	0	0
Media	11,58	15,17	13,38	15,04	2,83	13,14

NA: no aplicable; (RR= 0). Fuente: elaboración Rodríguez Cabrero ,Gregorio. García Gómez Montserrat.(Año 2011) Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010

MUJERES		FA (%)				
Rama de actividad económica	Ansiedad	Estrés	Depresión	Adicciones	Otros trastornos	Total trastornos mentales
Industria manufacturera	12,18	10,73	16,09	13,07	17,91	13,05
Industria química	12,42	10,95	16,42	13,34	18,28	13,32
Metal	11,99	10,57	15,84	12,87	17,64	12,85
Construcción	-1,64	3,95	6,93	10,83	6,10	0,00
Comercio	9,64	12,62	13,19	-3,52	23,30	9,18
Hostelería	-0,54	0,43	13,06	-14,22	19,25	3,23
Transporte	1,83	0,36	0,28	NA	20,94	0,82
Comunicaciones	7,39	14,92	12,92	6,10	20,68	9,15
Intermediación financiera	5,51	-6,50	22,17	NA	18,73	7,88
Administración pública	20,31	26,09	34,40	29,16	37,44	21,99
Educación	-5,68	0,83	5,95	-17,84	20,32	-4,80
Actividades sanitarias	6,54	14,89	20,55	13,34	23,27	10,15
Otras actividades sociales y personales	9,22	13,65	15,20	9,31	17,16	11,00
Actividades profesionales, científicas y técnicas	0	0	0	0	0	0
Media	6,86	8,73	14,85	6,59	20,08	8,29

NA: no aplicable (RR= 0). Fuente: elaboración Rodríguez Cabrero ,Gregorio. García Gómez Montserrat.(Año 2011) Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010

Tal como se ha indicado, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) aprobó en una reunión mantenida el 25 de marzo de 2010 una nueva lista de enfermedades profesionales, donde se incluyen por primera vez los trastornos mentales y del comportamiento. Esta nueva lista de enfermedades profesionales sustituye a la adoptada en el año 2002, y tiene por objetivo ayudar a los diferentes países en las políticas de prevención, registro, notificación y, en caso necesario, indemnización de las enfermedades causadas por motivos laborales.

Seiji Machida, director del Programa de la OIT sobre Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente (SafeWork), ha manifestado a través de un comunicado de prensa que: *“A medida que nuestro mundo se desarrolla, con las nuevas tecnologías y los nuevos modelos de trabajo, los retos cambian y aparecen nuevos riesgos (...) Esta nueva lista de enfermedades profesionales refleja el desarrollo más novedoso en cuanto a la identificación y el reconocimiento de enfermedades profesionales en el mundo de hoy e indica claramente donde aplicar la prevención y la protección”*.

La elaboración de este compendio de enfermedades profesionales ha sido fruto de un cuidadoso proceso de análisis y consulta, donde se han tenido en cuenta los nuevos factores de riesgo en el trabajo, así como el examen de la práctica nacional en el reconocimiento de enfermedades profesionales, la evaluación del desarrollo científico internacional en la identificación de enfermedades profesionales, y el examen y la revisión por parte de reuniones tripartitas de expertos.

De esta manera, el actual listado se compone de 106 enfermedades profesionales reconocidas internacionalmente, tales como enfermedades causadas por agentes químicos, físicos y biológicos, enfermedades de origen respiratorio y de la piel, trastornos del sistema osteomuscular, cáncer profesional, etc.

En el epígrafe 2.4. *Trastornos mentales y del comportamiento*, la lista de enfermedades profesionales de la OIT, incluye:

- 2.4.1. Trastorno de estrés postraumático.
- 2.4.2. Otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y lo(s) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador.

Con la inclusión de los trastornos mentales, este año la conmemoración del Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo subraya la consideración de los nuevos riesgos laborales y la creciente preocupación del impacto de la crisis económica mundial. Tal y como señaló Juan Somavia, Director General de la OIT, con motivo de la celebración de este día, uno de los elementos que más preocupa *“es el recrudecimiento de los trastornos psicosociales vinculados a las nuevas situaciones de estrés y presión laborales en la economía mundial”*, motivo por el cual *“en este Día Mundial debemos destacar los nuevos riesgos y estrategias de prevención en un mundo del trabajo en continua transformación”*.

Por último cabe destacar en nuestro país, la constitución en el año 2010 del observatorio de enfermedades causadas o agravadas por el trabajo y el sistema de registro de las mismas denominado **PANOTRATSS**, formado por 23 grupos de patologías, entre las que por primera vez se incluyen los desórdenes mentales.

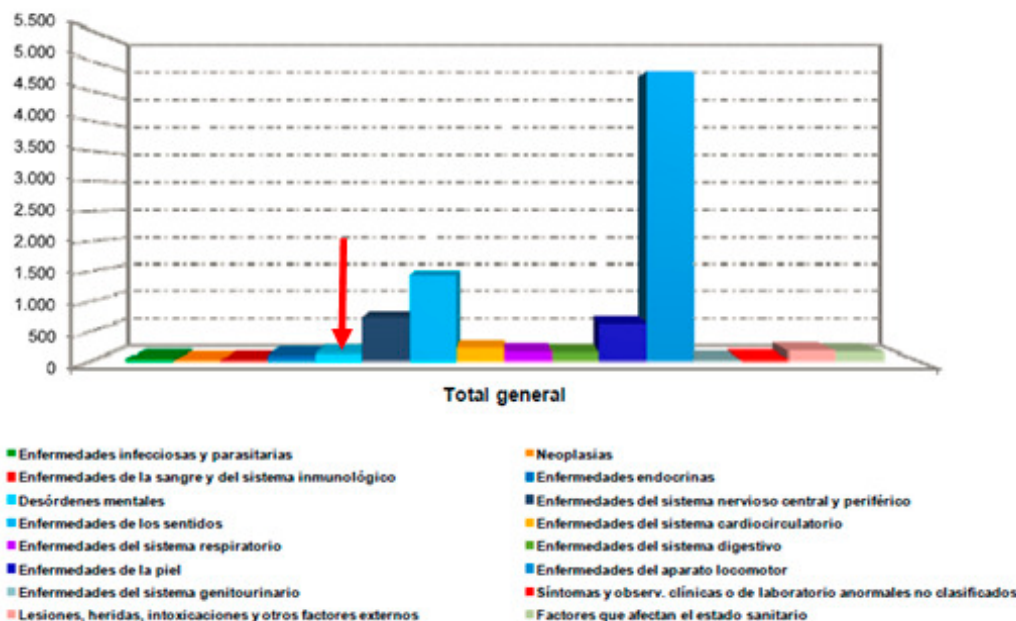
El sistema **PANOTRATSS** se ha diseñado con el objetivo de comunicar las patologías no traumáticas causadas por el trabajo. Esta base de datos recoge las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. También contendrá enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. El contenido del fichero está declarado en la Orden TIN 1448/2010, de 2 de junio ⁴².

Sobre un total de 6.682 partes comunicados en el año 2012 por patología y categoría tipo patología y enfermedad causada por el trabajo, **94** se corresponden con el grupo 05, de desórdenes mentales.

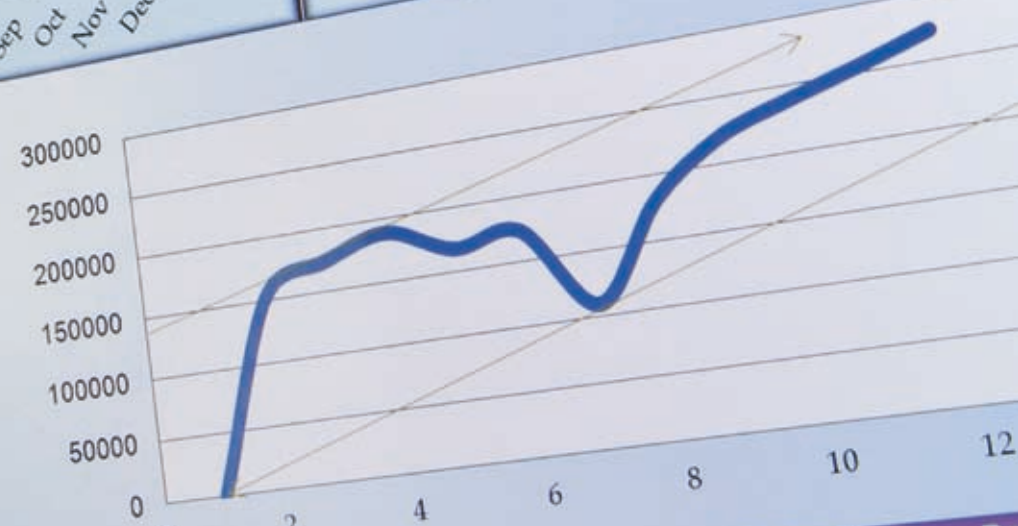
Asimismo, según los datos **PANOTRATSS** del 2012, se han registrado un total de 1.915 enfermedades o defectos agravados por el trabajo de los que **21** se corresponderían con el grupo 05.-Desórdenes mentales

En su conjunto, apenas **115 enfermedades mentales**, agrupadas en las siguientes categorías:

- a, Desórdenes afectivos 8
- b, Trastornos fóbicos y neuróticos 34
- n, Otros desórdenes mentales 73

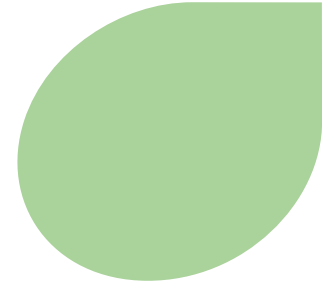


Sin duda, como tratamos de demostrar con el presente “*estudio Iceberg*”, se trata de una cifra insignificante, totalmente alejada de la realidad, permaneciendo por tanto aún ocultas e invisibles este tipo de patologías relacionadas con la exposición a los factores de riesgos psicosociales que hemos ido analizando. Por ello, con nuestra investigación pretendemos conocer mejor los riesgos psicosociales y sus consecuencias sobre la salud de las personas que trabajan, logrando las respuestas al qué, cuándo, cómo, y por qué de de estas patologías, con los objetivos planteados a continuación.



Month	Value
May	\$1,067
Jun	\$1,542
Jul	\$8,961
Aug	\$8,999
Sep	\$12,946
Oct	\$16,068
Nov	\$19,189
Dec	\$13,116

2.



Objetivos



2.

Objetivos.

Sin duda, tal como ha quedado reflejado en el capítulo anterior, la preocupación por los factores de riesgo psicosociales y la magnitud creciente de los mismos ha constituido y constituye objeto de análisis y evaluación por parte de diferentes organismos, tanto a nivel internacional, - la OMS, la OIT o la EU-, como dentro de nuestras fronteras, tanto en la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo como en las Encuestas que a nivel Autonómico se están llevando a cabo. Así mismo, los agentes sociales, han realizado diferentes investigaciones para poner de manifiesto la magnitud de los factores de riesgo psicosociales, y el impacto negativo que la situación de crisis económica está incidiendo sobre las condiciones de trabajo y la salud.

Siendo esto así, también es cierto que son pocos los estudios de campo sobre la exposición a estos factores y sobre sus consecuencias sobre la salud, o en la mayor parte de los casos, se han circunscrito a sectores a actividad muy específicos.

En las evaluaciones de riesgos llevadas a cabo por las empresas, mayoritariamente no incluyen los factores de riesgo psicosociales, o en el mejor de los casos, se ha llevado a cabo una identificación de los mismos, dejando para un segundo tiempo su evaluación con un método, instrumento o herramienta contrastada, sensible a los géneros y llevado a cabo desde un enfoque participativo.

Por último, a pesar de que los riesgos psicosociales son considerados por todos los agentes como un riesgo emergente, sus consecuencias sobre la salud de las personas que trabajan, siguen estando ocultas e invisibles para los registros oficiales de daño relacionado con el trabajo, y la mayoría de los trabajadores que las padecen o no han sido atendidos por los profesionales sanitarios, o si han sido atendidos, dichas patologías se han considerado como contingencias comunes o ni siquiera han sido diagnosticadas.

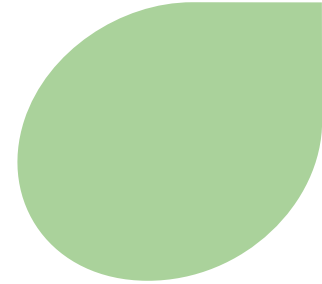
Por ello, planteamos el presente estudio de investigación, que hemos denominado “**Estudio Iceberg**”, cuyo **objetivo general** es aportar información desde la percepción de las trabajadoras y los trabajadores, que permita aflorar la prevalencia real de exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo, y de las consecuencias que para el

estado de salud psicofísico de una muestra representativa multisectorial conlleva dicha exposición, en el marco de las prioridades tanto de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales como desde el Observatorio de riesgos Psicosociales de UGT.

Asimismo, se plantean los siguientes **objetivos específicos**:

- **Realizar** un estudio de la distribución de las enfermedades, de los determinantes relacionados con los riesgos psicosociales y de los indicadores del estado de salud psicofísico en una muestra de trabajadores de ámbito multisectorial.
- **Llevar** a cabo un análisis e interpretación de los indicadores mostrados del estudio, de tal forma que sea posible convertir los datos en información útil para la toma de decisiones por parte de los principales actores en materia de prevención de los riesgos laborales, la adopción de planes y estrategias preventivas y la vigilancia de la efectividad de las mismas.
- **Favorecer** el conocimiento sobre los factores de riesgo psicosociales y los daños derivados de la no prevención de los mismos, promocionando la cultura preventiva, tanto entre los empresarios como entre las trabajadoras y trabajadores de los diferentes sectores de actividad.
- **Identificar** colectivos más vulnerables a estos riesgos, lo que permitirá priorizar las actuaciones preventivas en aras a una mayor eficacia y eficiencia de las mismas.
- **Detectar** y analizar las desigualdades entre hombres y mujeres en la exposición a los factores de riesgo psicosocial derivados del trabajo, en función de la ocupación y sector de actividad.
- **Conocer** cómo afectan los riesgos psicosociales a la salud de los trabajadores, pero desde un enfoque multisectorial, lo que permitirá una orientación más transversal a la hora de adoptar medidas preventivas.
- **Fomentar** la elaboración de estudios de investigación que incluyan enfoques desagregados por género, ocupación, actividad y sector específico, que permitan conocer las causas de las enfermedades y su relación con las condiciones de trabajo, su frecuencia, su distribución o la tendencia a lo largo del tiempo.

3.



Material y método



3.

Material y Método.

Los estudios sobre la percepción de los riesgos y su impacto sobre el estado de salud (morbilidad percibida sobre los niveles de salud de una población o de los individuos), están directamente relacionados con lo que se viene a denominar factores determinantes de la salud⁴³, entre los que se incluyen los factores biológicos (constitución genética, sexo, proceso del ciclo vital del envejecimiento, etc.), los hábitos y estilos de vida, los factores del entorno (factores medio ambientales y las condiciones de trabajo) y los servicios sanitarios (accesibilidad a los recursos sanitarios).

Dentro de los **determinantes de la salud** relacionados con el trabajo (entorno laboral o condiciones de trabajo) podemos encontrar diferentes factores de riesgo asociados, que van a estar presentes en mayor o menor grado en las distintos puestos de trabajo y sectores de actividad, y otros más específicos, que sólo afectan a determinados puestos o tareas, que van a producir diferentes daños según su mecanismo causal (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, enfermedades agravadas por el trabajo, enfermedades relacionadas con el trabajo, etc.).

Entre dichas situaciones de riesgo se incluyen los denominados Factores de Riesgo Psicosocial, entendidos como aquellos factores psicosociales del trabajo, que pueden producir algún daño, físico, psíquico o social entre los trabajadores y trabajadoras expuestos a los mismos.

Para el estudio de percepción de la salud y riesgos psicosociales, en una muestra multisectorial, se ha llevado a cabo un **estudio epidemiológico observacional** de tipo descriptivo transversal a través de un cuestionario de salud diseñado específicamente para la presente investigación, teniendo en cuenta para su elaboración las principales variables descritas en la bibliografía consultada.

El significado del término epidemiología deriva del griego *Epi* (sobre) *Demos* (pueblo) *Logos* (ciencia), por lo que podemos definirla como el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas, y

43 G. Benavides F, Ruiz-Frutos, C. García AM. Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 2º Edición. 2005. Ed. Masson

en este caso, de las enfermedades relacionadas con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial en el trabajo esto es, enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en poblaciones humanas⁴⁴.

El presente análisis epidemiológico ofrece una amplia variedad de aspectos que reflejan la situación de las condiciones de trabajo y su relación con la salud en la población laboral, -salud percibida, salud laboral y hábitos y estilos de vida relacionados con la salud-, e incorpora diversos indicadores específicos por problemas de salud.

En este sentido, definimos un *Indicador* como aquel dato que pretende reflejar el estado de una situación, o de algún aspecto particular, en un momento y un espacio determinados. Habitualmente se trata de un dato estadístico (porcentajes, tasas, razones...) que pretende sintetizar la información que proporcionan los diversos parámetros o variables que afectan a la situación que se quiere analizar.

El análisis de la evolución de estos indicadores, y las tendencias a corto y medio plazo, podría permitir detectar nuevos riesgos o riesgos emergentes, evaluar los resultados obtenidos por los planes de prevención de riesgos implementados en las empresas y obtener conclusiones que sirvan para orientar nuevas medidas tendentes a mejorar las condiciones de trabajo y de seguridad y salud de la población trabajadora.

3.1. Cuestionario.

Tal como se ha indicado se ha diseñado un **cuestionario** “ad hoc”, siguiendo en su elaboración las recomendaciones tanto de diferentes autores ^{45, 46, 47} como de expertos o colaboradores del Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT, y del personal investigador de SGS Tecnos SA, y que denominamos “*Cuestionario Iceberg*”. Dicho cuestionario consta de 197 preguntas que se han estructurado según los bloques temáticos siguientes:

- **I.- Datos generales**
 - Datos sociodemográficos: edad, sexo, nivel de estudios, nacionalidad
 - Datos de la empresa actual: sector, actividad, tamaño, localidad, convenio
 - Organización de la prevención: servicio de prevención, órganos de representación en materia de seguridad y salud
 - Datos del puesto de trabajo: ocupación, antigüedad, jornada de trabajo
- **II.- Datos sobre riesgos psicosociales**
 - Exposición a riesgos. Tipo de factores, evaluación de riesgos, participación y consulta
- **III.- Datos sobre indicadores de salud**
 - Hábitos y estilos de vida, sueño, medicación
- **IV.- Valoración del riesgo psicosocial:** Cuestionario de exposición a factores de riesgo psicosocial según las dimensiones del Grupo PRIMA y Cuestionario de demanda-control y contenido del trabajo de Karasek

45 Escribá V. Diseño de Cuestionarios. Cuadernos de Salud Pública y administración de servicios de salud. Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública. Dirección general de Salud Publica. N° 14. 2004

46 García AM, Santibáñez M, Soriano G. Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. Arch Prev Riesgos Labor. 2004;7(3):88-98

47 Benavides F, Zimmermann M, Campos J, Carmenate L, Baez I et al. Conjunto mínimo básico de ítems para el diseño de cuestionarios sobre condiciones de trabajo y salud. Arch Prev Riesgos Labor 2010;13(1):13-22

- **V.- Valoración de alteraciones de la salud:** Valoración Global de Estado de Salud, Cuestionario General de Salud GHQ-12 de Goldberg, cuestionario de sintomatología psicósomática, cuestionario de trastornos musculoesqueléticos (cuestionario Nórdico Estandarizado adaptado) y su relación con factores psicosociales, ergonómicos y extralaborales
- **VI.- Diagnósticos CIE-9 de patologías relacionadas con factores de riesgos psicosociales.**

En el cuestionario se incluyen algunas variables similares al de otras fuentes de información, como la VII ENCT, la Encuesta Nacional de Salud 2006, o el Informe de Salud Laboral España, 2001-2010⁴⁸, los que nos permitirá la comparación de algunos indicadores con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

3.2. Procedimiento de muestreo y recogida de la información.

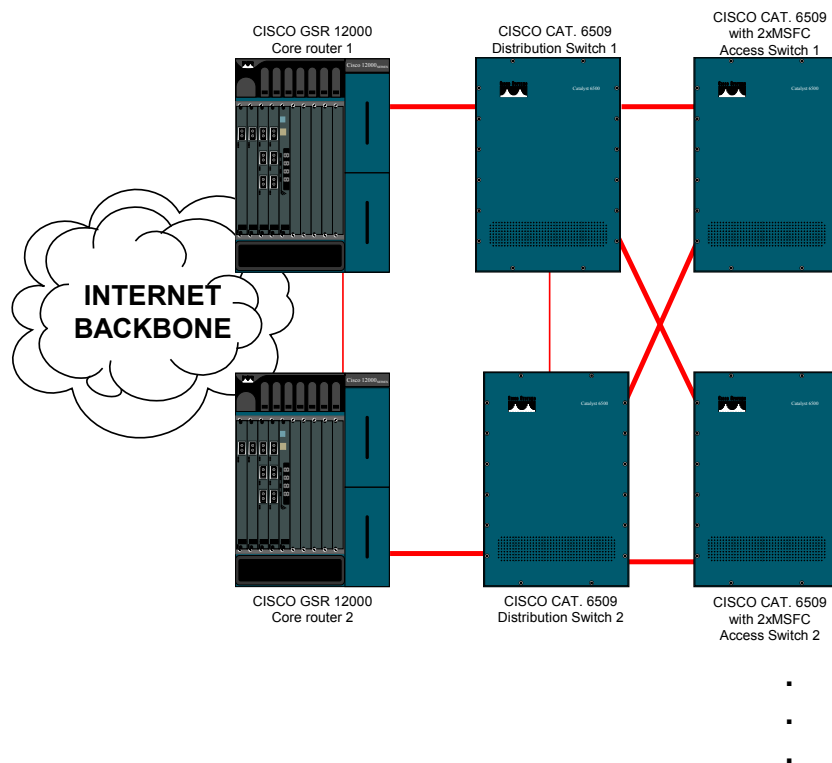
Dicho cuestionario ha sido distribuido directamente a los trabajadores y trabajadoras de una muestra multisectorial de forma aleatoria y autocumplimentada, a través de los delegados y delegadas de prevención de UGT. Así mismo, se ha desarrollado por parte de la consultora SGS Tecnos SA, una aplicación informática para acceso y autocumplimentación del cuestionario a través de una plataforma web, accesible desde la página web del propio Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT. El periodo temporal de distribución, cumplimentación y recogida de cuestionarios, se llevó a cabo entre el 30 de julio de 2013 hasta el 30 de septiembre de 2013.

Dicha plataforma, tiene las siguientes especificaciones:

Para la ubicación del servidor de la aplicación web para el estudio *Iceberg* y el servidor con la base de datos generada, se ha propuesto un hospedaje no-compartido dentro de un Centro de Soluciones de Internet (CSI), edificios exclusivos diseñados para soportar y externalizar aplicaciones Internet. El CSI cuenta con los métodos más modernos y avanzados para ofrecer el mejor servicio a nuestros clientes.

Algunas de estas características son:

Arquitectura de acceso a Internet completamente redundante, garantizada por acuerdo de nivel de servicio (SLA) al 100%.



Algunas de las garantías que se aseguran basándose en niveles de servicio son:

Garantía de provisión de alimentación eléctrica, de tiempos de retardo en servicios de red, de resolución de incidencias de los servicios de red, de disponibilidad de los servicios de red y de resolución de incidencias servicios de HW / SW y Aplicaciones

Proveemos para el acceso a Internet un ancho de banda de 2Mbps, (1:1), es decir, no está agregado con ningún otro cliente. El caudal ha sido dimensionado en base a una estimación de usuarios concurrentes y servicios incluidos en la plataforma. Este caudal podría crecer hasta 100 Mbps en pocas horas si fuera necesario.

La red del CSI está certificada como CISCO Powered Network por lo que, desde su diseño e implantación hasta su operación, se han tenido en cuenta los más altos estándares de calidad. Esta certificación implica que todos los datos viajan de extremo a extremo de nuestra red utilizando la misma tecnología, lo que protege contra incompatibilidades entre fabricantes y asegura una completa adaptación a futuros servicios.

3.3. Tamaño de la muestra y error muestral.

Para el **cálculo de la muestra** significativa para alcanzar los objetivos del estudio, se ha utilizado la siguiente fórmula:

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

Según los datos de la Encuesta de Población Activa⁴⁹, la población ocupada (N) en el primer trimestre de 2013, era de 16.634.700 trabajadores. Para un nivel de confianza del 95%, el valor de la constante k es 1,96, y para una proporción de p=q=50%, y para un error muestral para el conjunto de la muestra de ± 2,6%, el tamaño muestral es de 1.420 trabajadores.

En donde:

N: tamaño de la población (16.634.700 trabajadores ocupados en el 1er trimestre de 2013)

K²: Es la constante correspondiente al nivel de confianza elegido. Para un Intervalo de confianza del 95%, la constante k equivale a 1,96.

e: El error muestral máximo deseado es del $\pm 5\%$, si bien para la muestra obtenida es del $\pm 2,6\%$

P: La proporción se ha establecido en un 50% ($p=q=50\%$)

Así pues, el tamaño de la muestra (n), resultante es de 1.420 trabajadores.

La muestra final de nuestro estudio se corresponde a un total de **1.427 trabajadores de diferentes sectores de actividad**. Dicha muestra, tiene una distribución representativa del conjunto de la población laboral ocupada, por lo que los resultados del estudio son extrapolables al mismo con un error muestral de $\pm 2,6\%$.

Los datos procedentes del cuestionario se han codificado y reagrupado en su caso, se han analizado con el programa estadístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS®) versión 19.0, lo que ha permitido el análisis descriptivo de la variables y la asociación entre ellas mediante un cross-tabs.

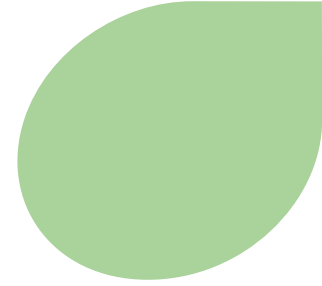
Se analizan la distribución de frecuencias absolutas, la prevalencia en porcentajes, su intervalo de confianza (IC 95%) para las variables categóricas y para efectuar la comparación entre variables independientes se ha utilizado la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher y el test t-de Student para variables discretas y continuas respectivamente.

El análisis multivariante para estimar el riesgo relativo se efectuó aplicando técnica de regresión logística. Para las variables continuas, el análisis descriptivo se realiza mediante valores medios \pm desviación típica y el rango. Se consideran valores estadísticamente significativos valores de $p < 0,05$.

A continuación describimos los resultados más significativos del estudio.



4.



Resultados

La percepción de la Salud y Riesgos Psicosociales en una muestra multisectorial. Estudio ICEBERG.



4.

Resultados.

Tal como se ha indicado en el capítulo sobre material y métodos, los resultados del presente estudio se corresponden con el análisis de los datos obtenidos de una muestra multisectorial de trabajadores y trabajadoras que han autocumplimentado el cuestionario específico elaborado por el equipo investigador del Departamento de Desarrollo de Proyectos e Investigación de SGS Tecnos SA, así como las aportaciones realizadas por los técnicos del Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT.

El *cuestionario Iceberg* se ha estructurado en los siguientes 6 bloques temáticos:

- I.- Datos generales, que a su vez incluyen datos sobre los trabajadores, la empresa actual y el puesto de trabajo
- II.- Datos sobre exposición y evaluación de los riesgos psicosociales
- III.- Datos sobre indicadores de salud poblacionales
- IV.- Datos sobre valoración de exposición percibida a factores de riesgo psicosocial
- V.- Datos sobre percepción del estado de salud
- VI.- Indicadores de daño y su relación con la exposición a factores de riesgo psicosocial

Es importante señalar que si bien el tamaño de la muestra obtenida es representativo de la población laboral con un error muestral de $\pm 2,6\%$, para algunas variables, -como grupos de edad, peso de ciertos sectores de actividad u ocupaciones, tamaño de las empresas participantes, su distribución geográfica o la titularidad de las mismas-, no sería equivalente al de la población laboral en su conjunto, lo que habrá que tenerlo en consideración al valorar los resultados de algunos indicadores y las conclusiones o recomendaciones que puedan derivarse de los mismos.

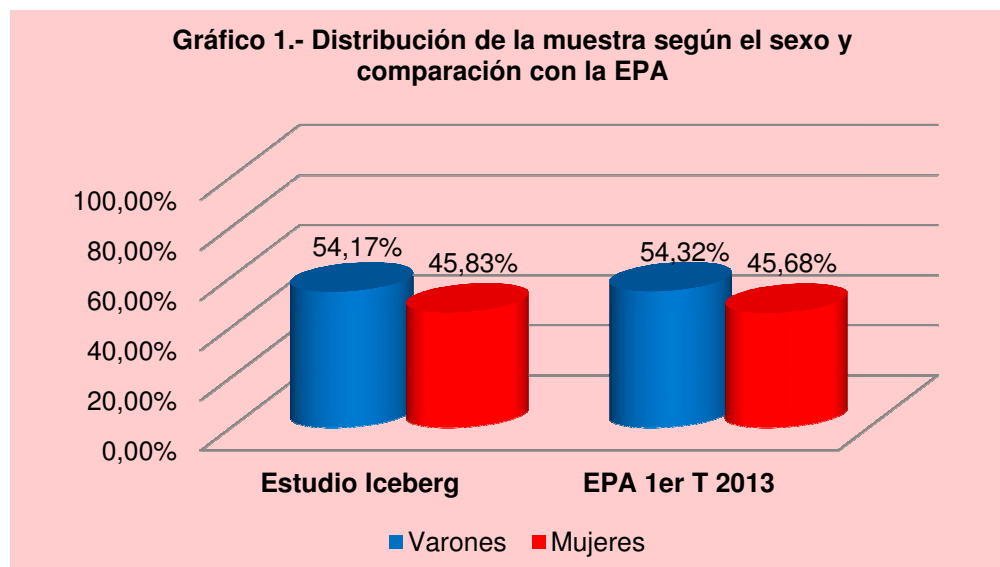
A continuación, pasamos a describir los principales resultados obtenidos para cada uno de los bloques mencionados.

4.1. Datos generales.

4.1.1. Datos sociodemográficos.

El conjunto de trabajadores que incluimos en el estudio, es de **1.427 trabajadores** en activo, seleccionados aleatoriamente, que han autocumplimentado el “*cuestionario Iceberg*” a través de la difusión realizada por los Delegados y Delegadas de Prevención de UGT, desde la página web del Observatorio de Riesgos Psicosociales y desde la propia consultora SGS Tecnos SA.

La distribución de la muestra según el **sexo**, hay un ligero predominio de varones (54,17%), siendo la distribución muy similar a la del 1er Trimestre del 2013 de los datos oficiales de la EPA, tal como vemos en la gráfica siguiente:

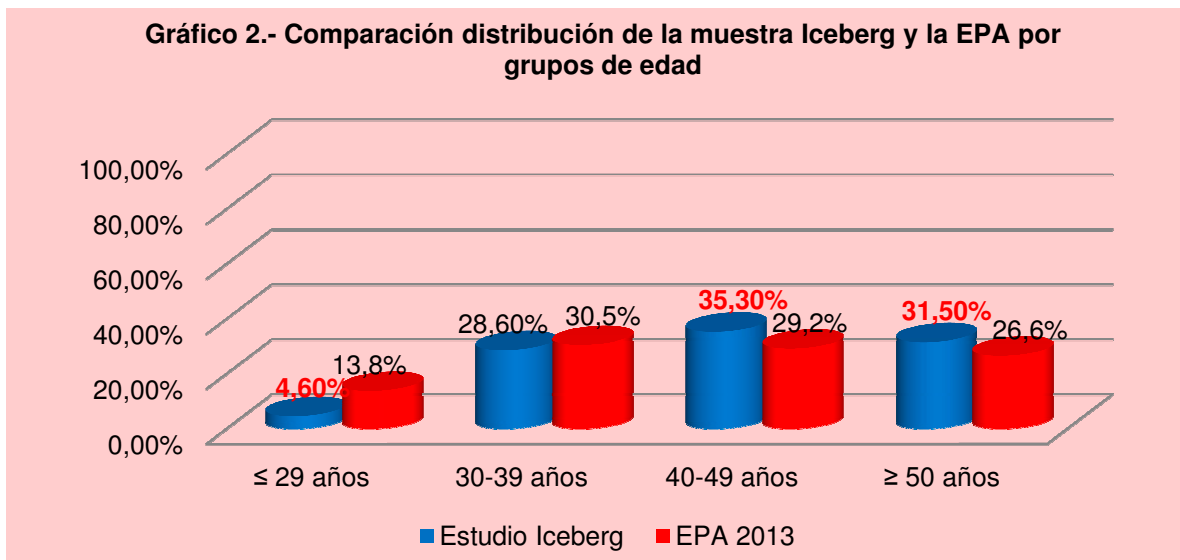


La **edad media** del colectivo de trabajadores es de **44,32 años**, con un rango de 18-65 años y una $DE \pm 9,0$ años. No encontramos diferencias significativas según el sexo. Así, la edad media de las trabajadoras es de 43,94 años, con un rango entre 18 y 65 años y una $DE \pm 8,65$, mientras que la de los trabajadores se sitúa en los 44,63 años (Rango 20-65 y $DE \pm 9,28$).

Por **grupos de edad**, sí encontramos diferencias significativas según el sexo ($p < 0,01$).

Tabla 1.- Distribución de la muestra por grupos de edad y sexo ($p < 0,01$)						
Grupo de edad	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
≤29 años	47	3,3%	19	1,3%	66	4,6%
30-39 años	197	13,8%	211	14,8%	408	28,6%
40-49 años	261	18,3%	242	17,0%	503	35,2%
50-59 años	241	16,9%	160	11,2%	401	28,1%
≥60 años	27	1,9%	22	1,5%	49	3,4%
TOTAL	773	54,2%	654	45,8%	1.427	100,0%

La distribución de la muestra por grupos de edad, es diferente si la comparamos con los datos de la EPA, especialmente para el grupo de trabajadores menores de 29 años, que está muy poco representado en nuestro estudio, y los grupos de 40-49 y ≥ 50 años que tienen mayor peso en la muestra del estudio *Iceberg*.

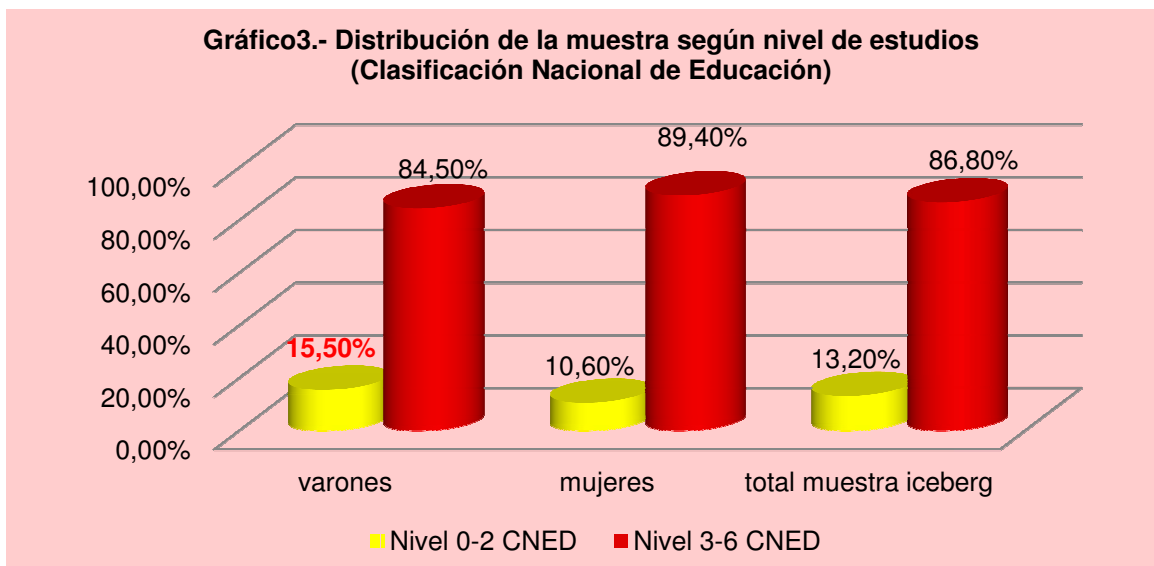


Según los datos del 1er trimestre de la EPA, el 14,29% de los trabajadores ocupados tendría una **edad ≥ 55 años o más**, frente al 15,57% de los trabajadores de nuestra muestra, un colectivo especialmente vulnerable para determinados riesgos laborales (17,1% de los varones y 13,8% de las mujeres).

El **nivel de estudios** de la población adulta es un indicador relacionado con el desarrollo y los niveles de empleo de la sociedad actual y futura. La Estrategia Europa 2020, como continuación de la Estrategia de Lisboa, pretende alcanzar el desarrollo de una sociedad con alto nivel de empleo, sostenible y con cohesión social.

En el conjunto de la muestra de la población analizada en el *estudio Iceberg*, predomina como luego veremos, el sector de servicios (administración, banca, enseñanza y sanidad), por lo que al analizar el nivel de estudios de los trabajadores, vemos que mayoritariamente (86,8%), se trata de trabajadores con estudios de segundo grado (que incluye hasta 2º de la ESO o bachillerato elemental) o de tercer grado (diplomados o licenciados superiores), que se corresponderían con los Niveles 3-4 (2ª etapa de educación secundaria, y postsecundaria no superior) y Niveles 5-6 (2º ciclo de educación superior, y doctorado) según se desglosan en la Clasificación Nacional de Educación (CNED) y su correspondencia con la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE-97).

En el gráfico siguiente podemos analizar los datos, destacando diferencias significativas según sexo, con un mayor porcentaje de trabajadores sin estudios o con estudios de primer grado ($p < 0,01$).



Un 2,1% de la muestra no tendría estudios, un 11,14% estudios primarios, el 32,9% estudios secundarios y el **53,9% estudios terciarios**. Según algunas encuestas sobre el nivel de estudios en población española adulta el porcentaje de personas sin estudios o con estudios primarios, estaría en torno al 30%.

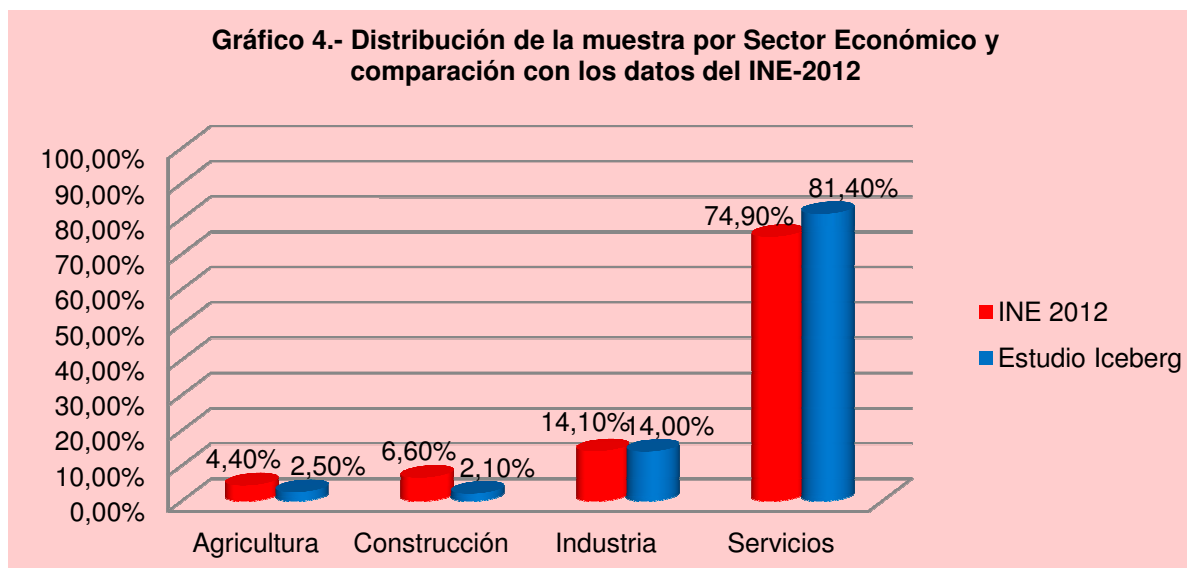
Finalmente, para la descripción de la muestra desde el punto de vista sociodemográfico, se analiza como factor la **nacionalidad**, destacando que el 99,1% tiene nacionalidad española y únicamente el **0,9% otra nacionalidad**, porcentaje muy inferior que el de la EPA.

4.1.2. Datos de la empresa actual.

En primer lugar, analizamos el conjunto de la muestra según el Sector Económico de las empresas a las que pertenecen los trabajadores que han participado en el estudio, observando algunas diferencias si comparamos los datos con los del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁵⁰.

Así, el sector primario (Agricultura, silvicultura y pesca) y el sector de la construcción, tienen menor representación en la muestra del *estudio Iceberg* en comparación con el tejido empresarial de nuestro país. La muestra para el sector industrial, estaría equilibrada, y el porcentaje de trabajadores del sector servicios, es sensiblemente superior en la muestra del *estudio Iceberg*.

En el gráfico siguiente podemos ver la comparativa.



Uno de los objetivos trazados en la presente investigación es el **ámbito multisectorial** de la muestra, dado que la hipótesis de trabajo es que a diferencia de los riesgos físicos, químicos o biológicos, **la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial, puede afectar a todos los sectores de actividad**, si bien la intensidad o magnitud de la exposición puede ser mayor en uno u otros sectores.

Existen una serie de sectores profesionales en los que, según las encuestas, los factores de riesgo psicosociales son más frecuentes. Estas profesiones, encuadradas normalmente dentro del sector terciario o de servicios son entre otras, los funcionarios y personal de las administraciones públicas locales, autonómicas o estatales, los trabajadores de la enseñanza en todos los niveles educativos y los trabajadores del sector sanitario.

Sin embargo, la incidencia de estos factores de riesgo y sus consecuencias sobre la salud, no escapan a los sectores productivos de la industria, la construcción o la agricultura y pesca, tal como demostramos en este estudio multisectorial.

El **33,1%** de los trabajadores de la muestra trabajan en alguna empresa de titularidad **pública** (local, autonómica o estatal), frente al **66,9%** que trabajan en el **sector privado**. Este es otro hecho diferencial de las características del colectivo en relación con los datos de la EPA, en donde el 17,1% de los trabajadores trabajan en el sector público y el 82,9% en el privado, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Según los datos de nuestro estudio, en el sector público, el 54,7% de los trabajadores son mujeres, frente al 45,3% de varones, mientras que en el sector privado, el 58,5% son varones y el 41,5% mujeres, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

A continuación, vamos a analizar los datos según la **clasificación de actividades económicas** del CNAE 2009⁵¹.

En la tabla siguiente, podemos analizar los **65 sectores de actividad** que han participado en el *estudio Iceberg* según el código CNAE 2009 dentro de los 99 grupos que forman el mismo:

51 CNAE 2009. Disponible en http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnae09/notasex_cnae_09.pdf

Tabla 2.- Distribución de la muestra por actividades económicas según CNAE 2009

Sector CNAE 2009	Sector CNAE 2009
01-Agricultura y servicios relacionados con las mismas	53-Actividades postales y de correos
02-Silvicultura, explotación forestal	55-Servicios de alojamiento
03-Pesca y acuicultura	56-Servicios de comidas y bebidas
08-Otras industrias extractivas	58-Edición
10-Industria de alimentación	59-Actividades cinematográficas
13-Industria textil	61-Telecomunicaciones
15-Industria del cuero	62-Programación, consultoría y otras actividades relacionadas con la informática
17-Industrial del papel	63-Servicios de información
18-Edición, artes gráficas	64-Servicios financieros
20-Industria química	65-Seguros, reaseguros y fondos de pensiones
21-Fabricación de productos farmacéuticos	68-Actividades inmobiliarias
22-Fabricación de productos de caucho y plásticos	69-Actividades jurídicas
23-Fabricación de otros productos minerales no metálicos	71-Servicios técnicos de arquitectura, ingeniería
24-Metalurgia	72-Investigación y desarrollo
25-Fabricación de productos metálicos	73-Publicidad y estudios de mercado
28-Fabricación de maquinaria	74-Otras actividades científicas y técnicas
29-Fabricación de vehículos a motor	78-Actividades relacionadas con el empleo
30-Fabricación de otro material de transporte	79-Actividades de agencias de viajes
31-Fabricación de muebles	80-Actividades de Seguridad
32-Otras industrias manufactureras	81-Servicios a edificios y actividades de jardinería
33-Reparación e instalación de maquinaria y equipo	82-Actividades administrativas de oficina y otras actividades auxiliares de empresa
35-Suministro de energía eléctrica	84-Administración Pública
37-Recogida y tratamiento de aguas residuales	85-Educación
38-Recogida, tratamiento y eliminación de residuos	86-Actividades Sanitarias
41-Construcción de edificios	87-Asistencia a establecimientos residenciales
42-Ingeniería civil	88-Actividades de servicios sociales sin internamiento
43-Actividades de construcción especializada	92-Actividades de juegos de azar y apuestas
45-Venta y reparación de vehículos de motor	93-Actividades deportivas, recreativas y de entretenimiento
46-Comercio al por mayor	94-Actividades asociativas
47-Comercio al por menor	95-Reparación de ordenadores
49-Transporte terrestre y por tuberías	96-Otros servicios personales
51-Transporte aéreo	99-actividades de organizaciones
52-Almacenamiento y actividades anexas al transporte	

Dichos sectores los reagrupamos en 9 subgrupos cuya distribución según sexo es la siguiente:

Tabla 3.- Distribución de la muestra por los principales subgrupos de actividad según sexo						
Subsector de actividad	Mujeres		Varones		Total	
	n	%	n	%	n	%
Actividades sanitarias	88	6,2%	37	2,6%	125	8,8%
Administración pública local, autonómica o estatal ⁵²	57	4,0%	57	4,0%	114	8,0%
Construcción	7	0,5%	22	1,5%	29	2,0%
Enseñanza	125	8,8%	91	6,4%	216	15,1%
Generación, transporte y suministro de energía	17	1,2%	80	5,6%	97	6,8%
Industria	40	1,2%	74	5,2%	114	8,0%
Otras empresas de servicios	260	18,2%	295	20,7%	555	38,9%
Sector primario	17	1,2%	19	1,3%	36	2,5%
Servicios financieros	43	3,0%	98	6,9%	141	9,9%
TOTAL	654	45,8%	773	54,2%	1.427	100,0%

Posteriormente, analizaremos algunos indicadores de salud correlacionándolos con esta agrupación en subsectores de actividades más significativos de nuestra muestra estudiada.

Respecto al **tamaño de las empresas** participantes, el cuestionario incluye una pregunta sobre la plantilla media de la empresa, y sobre la plantilla del centro de trabajo. Dicho dato ha sido contestado de forma dispar por trabajadores pertenecientes a una misma empresa, por lo que dado el anonimato del cuestionario, no podemos conocer el número de empresas diferentes que han participado en el estudio.

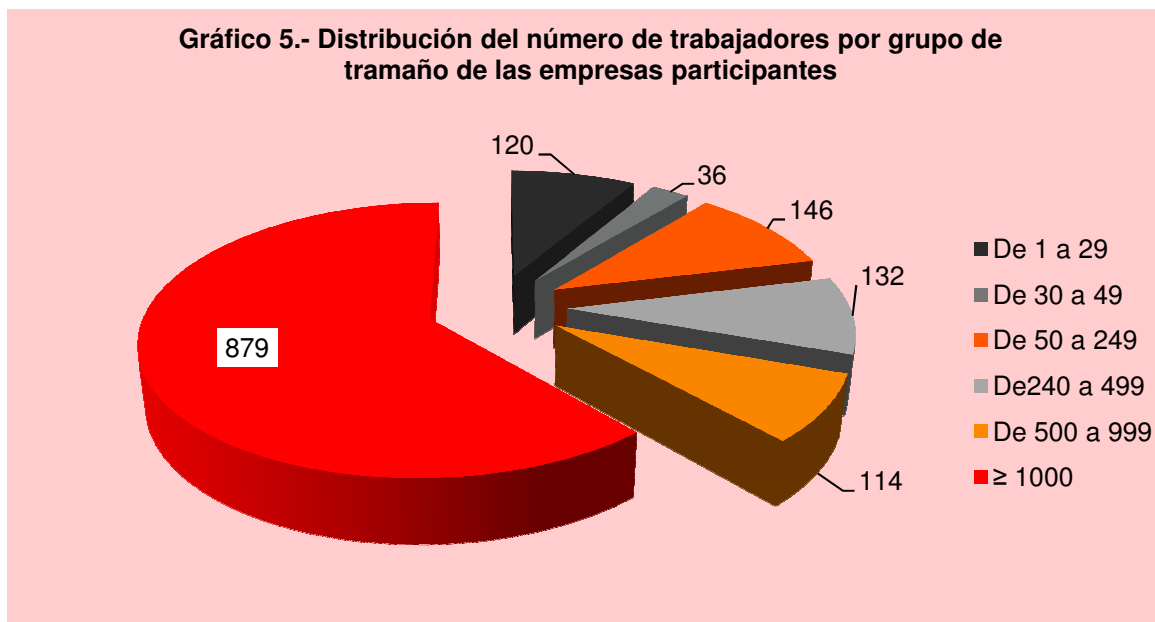
Sí que podemos agrupar el número de trabajadores participantes según el tamaño de la empresa en la que trabajan tal como vemos en la gráfica siguiente, no encontrando diferencias significativas según el sexo.

52 Trabajadores no incluidos en otros sectores como las actividades como la enseñanza, las actividades sanitarias u otras actividades de servicios

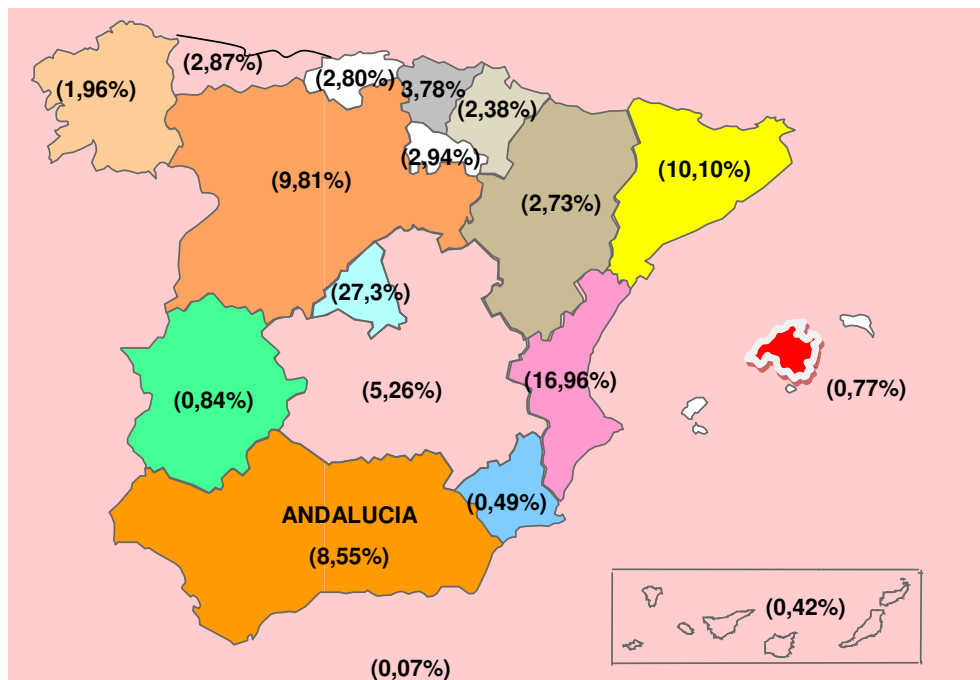
El 61,6% de los trabajadores trabajan en empresas de más de 1.000 trabajadores, un 8,0% en empresas entre 500-999 trabajadores, el 9,3% de 250-499 trabajadores, un 10,2% en empresas de 50 a 249 trabajadores, el 2,5% de 30 a 49 trabajadores y un 8,4% en empresas de 1 a 29 trabajadores.

Según los datos del Anuario 2012 del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, el 42,2% de los trabajadores trabajan en empresas de 1-49 trabajadores, el 17,4% en empresas de 50 a 249 trabajadores, y el 40,5% restante, en empresas >249 trabajadores. Como vemos, el porcentaje de trabajadores que trabajan en empresas medianas y grandes es muy superior que el de la población general, donde el peso de las PYMEs es mucho mayor que el de nuestra muestra. En nuestro estudio, sólo un 10,9% de los trabajadores participantes, trabajan en una empresa de menos de 50 trabajadores.

Ello obedece entre otras causas, a la participación de los Delgados de Prevención de UGT en la difusión del estudio y en la distribución de los cuestionarios, ya que su presencia es mayor en las empresas más grandes.

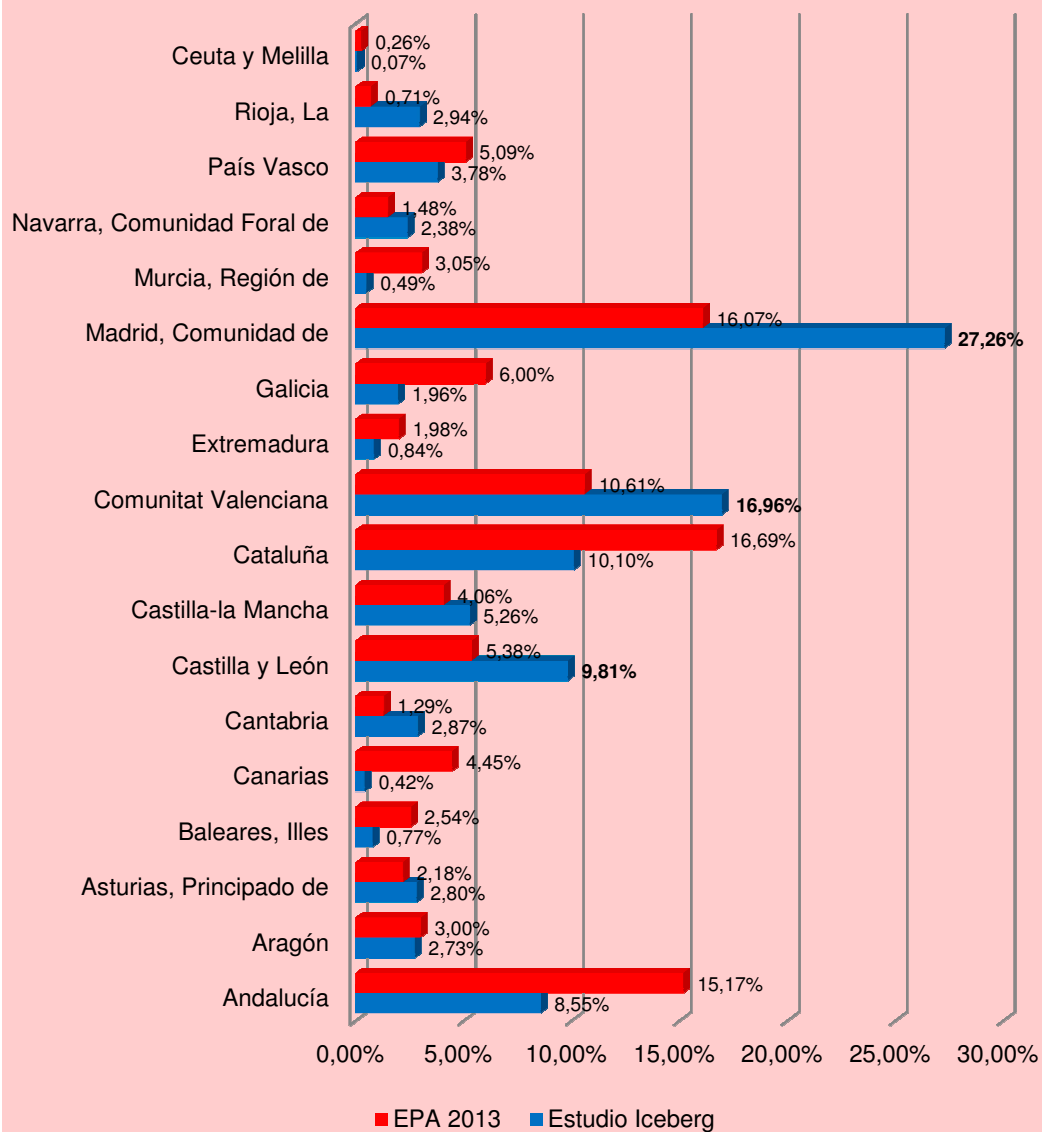


El **ámbito geográfico** del estudio, se circunscribe a todo el territorio del estado, ya que han participado trabajadores de todas las Comunidades Autónomas y en más de 190 localidades. En la figura siguiente, podemos ver su distribución porcentual por CCAA.



Dicha distribución geográfica de la localización de las empresas donde trabajan los trabajadores que han participado en el estudio *Iceberg*, no coincide con los datos de población activa del primer trimestre del 2013 de la EPA por CCAA, tal como vemos en la gráfica siguiente, destacando un sobredimensionamiento de la muestra en las CCAA de Madrid, Valencia, Castilla y León, Navarra, Castilla La Mancha, la Rioja, Cantabria y el Principado de Asturias.

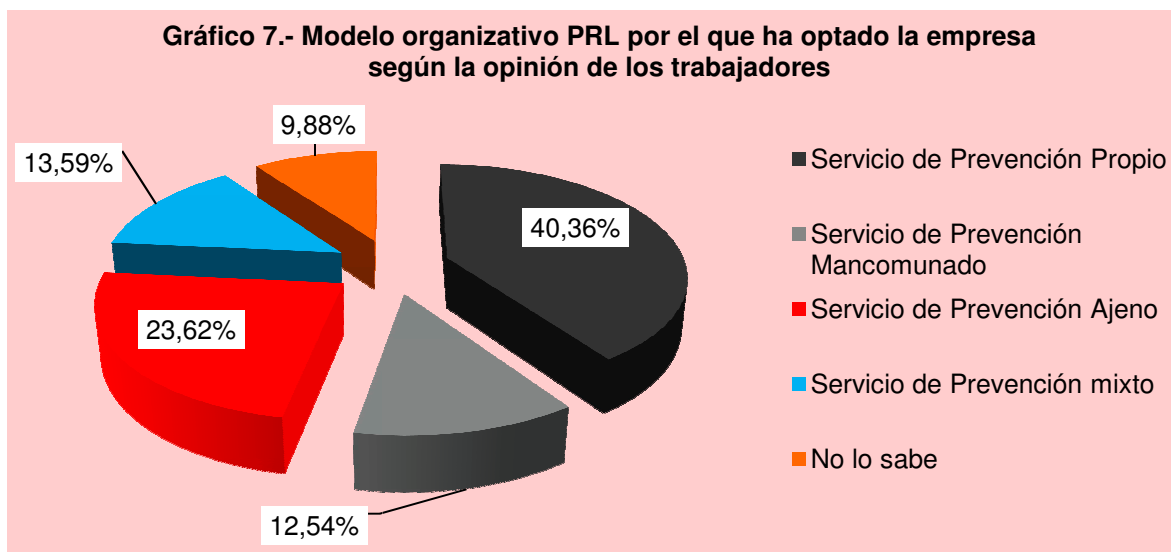
Gráfico 6.- Distribución de la muestra por CCAA y comparación con la población activa según la EPA 2013



Dentro de las preguntas del *cuestionario Iceberg*, se analizan diferentes aspectos sobre regulación en materia de seguridad y salud, sobre modalidades de organización preventiva adoptada por la empresa y sobre órganos de representación de los trabajadores en materia de seguridad y salud en el trabajo.

En este sentido, señalar que sólo un 0,56% de los trabajadores indican que en su empresa no hay **convenio colectivo**, y un 5,89% desconocen el convenio de su empresa. Asimismo, destacar que el **57,18%** de los trabajadores indica que en **el convenio colectivo de su empresa contempla alguna clausula en materia de riesgos psicosociales**, un 16,05% que no incluye clausulas sobre dicha materia y el 26,77% restante dice que lo desconoce.

Como hemos comentado, el tipo de empresa participante, donde predominan el sector público, y las empresas grandes, condicionan los resultados sobre el **modelo organizativo para la prevención de riesgos laborales** adoptado por las empresas. En la gráfica siguiente, podemos ver su distribución.



La modalidad de servicio de prevención adoptado por las empresas, depende del tamaño de las mismas, estando regulado en el Reglamento de los Servicios de Prevención RD 39/97 y normativa sucesiva que lo desarrolla.

En las empresas de < 50 trabajadores, un 5,8% han adoptado un Servicio de Prevención Propio (SPP), el 1,3%, pertenecen a un Servicio de Prevención Mancomunado (SPM), un 76,9% han adoptado como modelo organizativo un Servicio de Prevención Ajeno (SPA), el 3,2% un modelo Mixto (una parte propia y otra ajena) y el 12,8% no lo sabe. (p<0,01)

En las empresas de ≥ 50 trabajadores, el 44,6% tendrían un SPP, un 13,9%, un SPM, el 17,1% a través de un SPA el 14,9% un modelo Mixto y un 9,5% no lo sabe, siendo las diferencias significativas (p<0,01)

El **81,15%** de los trabajadores participantes en el estudio, trabajan en una empresa que tiene constituido un **Comité de Seguridad y Salud**, el 7,71% no lo sabe y un 11,14% de los trabajadores refiere que su empresa no tiene constituido este órgano de participación y consulta.

De estos últimos, **1 de cada 5 trabajadores** (21,4%) trabaja en una empresa con plantilla superior a 50 trabajadores, donde existiría la obligación de su constitución.

Respecto a los **Delegados de Prevención**, el **84,6%** de los trabajadores indica que en su empresa/centro están nombrados los Delegados de Prevención, un 8,62% dice desconocerlo, y el 6,73% indica que no están nombrados. Un 83,3% de estos trabajadores, trabajan en una empresa de más de 6 trabajadores, donde debería existir ese nombramiento.

4.1.3. Datos del puesto de trabajo.

Una vez analizadas las características sociodemográficas de la muestra, y los datos más significativos de las empresas que han participado en el estudio, pasamos a describir algunos indicadores relativos a las características de los **puestos de trabajo**.

En primer lugar, analizamos la **ocupación actual** de los trabajadores del estudio, siguiendo la clasificación con un nivel de desagregación de un dígito según el Código Nacional de Ocupaciones (CNO-2011).

Tabla 4.- Distribución de la muestra según código de ocupación CNO-11 y sexo (p<0,01)

Ocupación-CNO 2011	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
01-Directores/Gerentes	40	5,2	25	3,8	65	4,6
02-Técnicos, científicos e intelectuales	147	19,0	180	27,5	327	22,9
03.- Técnicos y profesionales de apoyo	187	24,2	117	27,9	304	21,3
04-Personal de administración	162	21,0	211	32,3	373	26,1
05-Trabajadores de servicios, restauración, protección, comercial, etc.	60	7,8	51	7,8	111	7,8
06-Trabajadores cualificados del sector primario	16	2,1	9	1,4	25	1,8
07-Trabajadores cualificados industrias manufactureras y construcción	45	5,8	6	0,9	51	3,6
08-Operadores de maquinaria	66	8,5	6	0,9	72	5,0
09-Trabajadores no cualificados	50	6,5	49	7,5	99	6,9

Como vemos en la tabla, encontramos diferencias significativas según el género, con un porcentaje mayor de trabajadores en puestos directivos y manuales cualificados, y de trabajadoras entre profesionales científicos e intelectuales, técnicos de apoyo y personal de administración.

Junto a la ocupación, hemos valorado la **antigüedad** tanto en el puesto de trabajo a lo largo de la vida laboral (misma ocupación), como en el puesto de trabajo en la empresa actual.

La **antigüedad media en la misma ocupación**, se sitúa en los **17,31** años, con un rango entre los 0,3 años y los 46,0 años, y una DE± 10,58 años. La antigüedad media entre las trabajadoras es de 16,12 años (0,4-44,0 y DE± 9,73), mientras que en los trabajadores dicha antigüedad se sitúa en 18,32 años (0,3-46,0 y DE± 11,15 años).

La **antigüedad media en el mismo puesto en la empresa actual** es de **12,52** años, con un rango de 0,1-44,0 y una DE± 9,94 años. Entre los varones, la antigüedad en el puesto de trabajo actual es de 12,05 años (0,1-44,0 y DE± 10,26 años) y en las mujeres es de 11,89 años (0,1-44,0 y DE ± 9,51 años).

En las tablas siguientes podemos ver la distribución por grupos de años de antigüedad, tanto para la misma ocupación a lo largo de la vida laboral, como en la empresa actual, encontrando diferencias significativas entre varones y mujeres ($p < 0,01$).

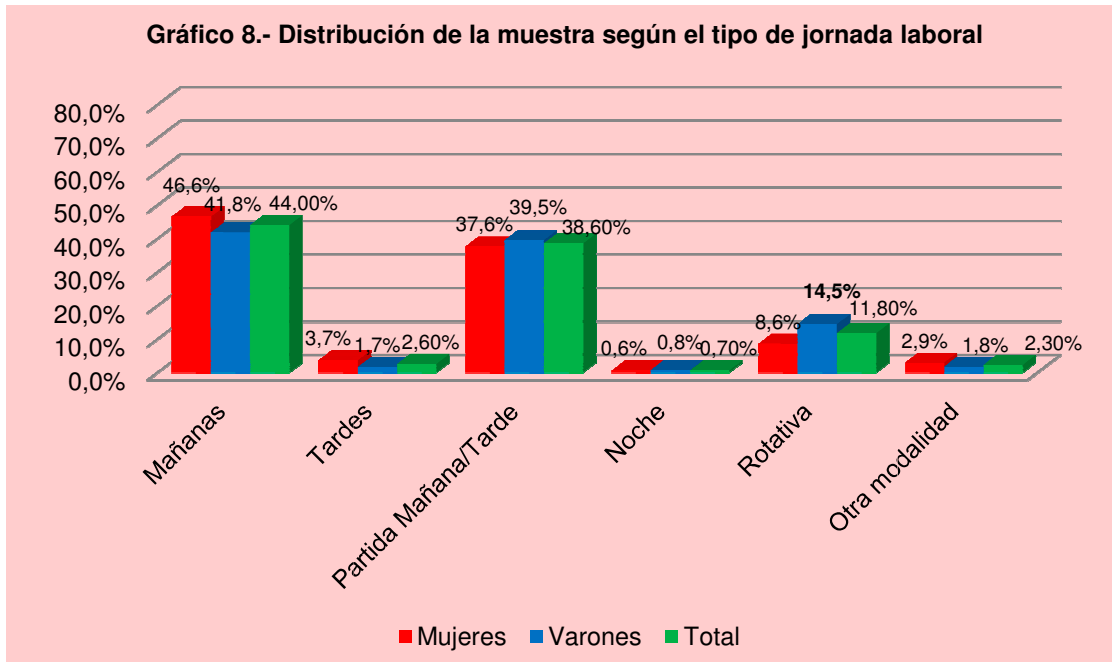
Tabla 5.- Distribución de la muestra según grupos de años de antigüedad en la misma ocupación según sexo ($p < 0,01$)						
Grupos años de antigüedad	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
De 1 a 5 años	143	18,5	128	19,6	271	19,0
De 6 a 10 años	125	16,2	129	19,7	254	17,8
De 11 a 15 años	169	21,9	161	24,6	330	23,1
De 16 a 20 años	72	9,3	87	13,3	159	11,1
≥ de 20 años	264	34,2	149	22,8	28,9	7,8

Tabla 6.- Distribución de la muestra según grupos de antigüedad en la misma ocupación en la empresa actual, según sexo ($p < 0,05$)						
Grupos años de antigüedad	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
De 1 a 5 años	230	29,8	208	31,8	438	30,7
De 6 a 10 años	177	22,9	165	25,2	342	24,0
De 11 a 15 años	130	16,8	109	16,7	239	16,7
De 16 a 20 años	62	8,0	65	9,9	127	8,9
≥ de 20 años	274	22,5	107	16,4	281	19,7

Dentro de las características del puesto de trabajo, hemos analizado como factores de interés relacionados con los riesgos psicosociales, el **tipo de jornada laboral**, la necesidad de **trabajar fines de semana o festivos**, y si el trabajo obliga a **estar disponible fuera de las horas de trabajo**. Los resultados más significativos son los siguientes:

El **tipo de jornada laboral**, se divide en mañanas fijas, tardes fijas, jornada partida de mañana y tarde, noches fijas, jornada rotativa (que incluye turno rodado de mañana y tarde, de mañana tarde y noches, o guardias), y otros turnos (otras modalidades de turnos, que no incluyen trabajo nocturno según la definición del artículo 36 del Estatuto de los Trabajadores). En el gráfico siguiente, vemos la distribución de la muestra según el tipo de jornada laboral.

El porcentaje de trabajadores que **realizan trabajo a turnos rotativos y/o trabajo nocturno** es del **10,0%**, con diferencias significativamente mayores entre los varones (13,5%) que las mujeres (6,0%)($p < 0,01$). Los datos son inferiores a los reflejados en la VII ENCT, debido al peso de las empresas de la administración pública, la enseñanza y el sector financiero en el estudio Iceberg, ya que estos colectivos habitualmente no realizan dicho tipo de jornadas, destacando el porcentaje de trabajadores con turno fijo de mañanas.



Un **23,3%** del conjunto de trabajadores del *estudio Iceberg* tiene que **trabajar en fines de semana o en festivos**. Sobre el total de trabajadores de la muestra que tienen que trabajar fines de semana y/o festivos, un **13,9% son varones** y un 9,4% mujeres, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Los datos son sensiblemente inferiores a los obtenidos en la VII ENCT, donde afecta al 36,3% de las trabajadoras y al 29,6% de los trabajadores. Entre otros factores, se explicaría por el bajo porcentaje de trabajadores de la hostelería, de trabajadores con contrato temporal, de inmigrantes, del sector del comercio y reparaciones y de la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca que conforman la muestra del *estudio Iceberg* en comparación con su peso en la muestra de la VII ENCT.

Por último, se ha analizado si **el trabajo obliga al trabajador a estar disponible fuera de las horas de trabajo**. Así, uno de cada 4 trabajadores de la muestra (25,3%), refiere que tiene que estar disponible, alcanzando al **32,0% de los varones** frente al 17,4% de las mujeres, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

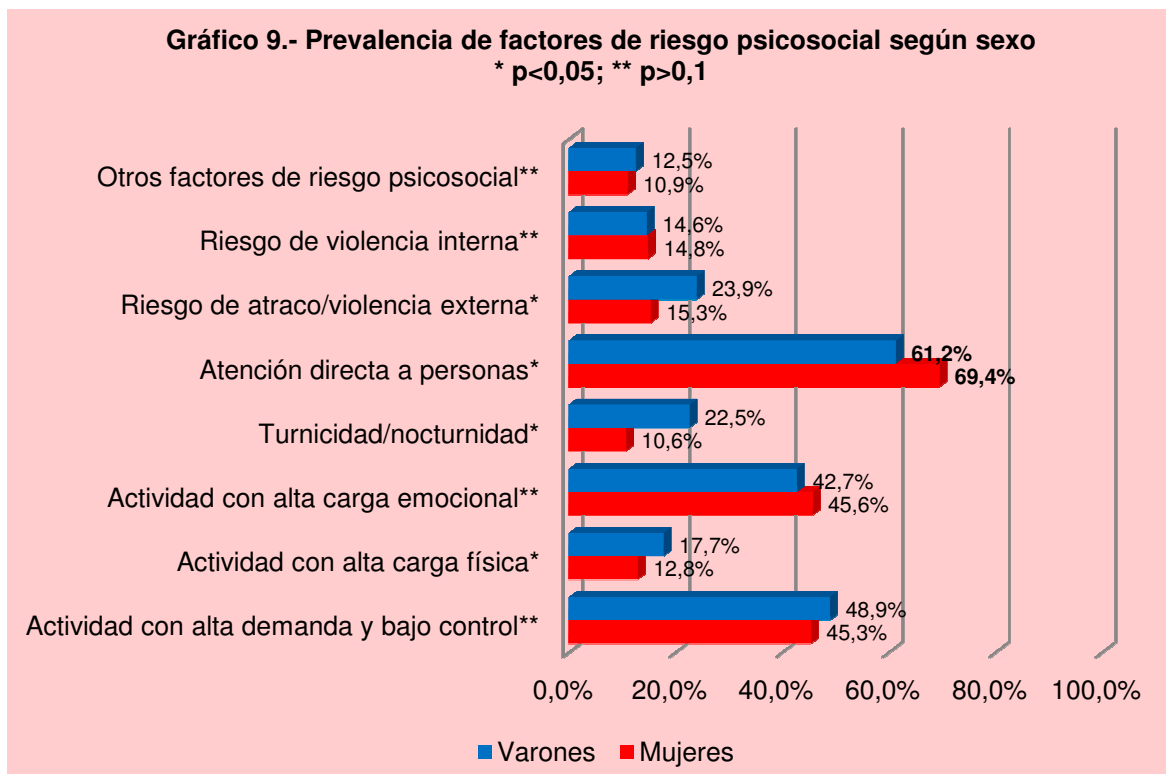
4.2. Datos sobre Riesgos Psicosociales.

En este II Bloque del *cuestionario Iceberg*, se pretende hacer una radiografía acerca de la **percepción de los trabajadores y trabajadoras sobre la exposición a factores de riesgo psicosocial** en el trabajo, su **tipología**, si conocen si la empresa a través del servicio de prevención ha **evaluado los riesgos** y si dicha evaluación, ha **incluido los riesgos psicosociales** y, finalmente, **si los trabajadores han participado** en dicha evaluación.

El **85,8% de los trabajadores encuestados, considera que en su puesto de trabajo existen riesgos psicosociales**, por lo que deberían eliminarse, y cuando no fuera posible, evaluarse, así como llevar a cabo una vigilancia específica de la salud a los trabajadores expuestos a dichos riesgos. No encontramos diferencias significativas según el sexo, Un 87,1% de los trabajadores refieren estar expuestos frente al 84,3% en el caso de las trabajadoras ($p > 0,1$).

Tampoco encontramos diferencias significativas sobre la percepción por parte de los trabajadores respecto a si considera que en su puesto de trabajo existen riesgos psicosociales (población diana), **en función del modelo organizativo** para la PRL que haya adoptado la empresa, ni entre la titularidad pública o privada de la misma.

En la gráfica siguiente, se analizan diferentes factores de riesgo presentes entre los trabajadores de la muestra:



Como podemos observar, destacan como factores de riesgo, la atención directa a personas, las actividades que implican unas elevadas demandas y un bajo control, y las actividades que conllevan una alta carga emocional.

En el caso de los varones, encontramos diferencias significativas para el riesgo de atraco /violencia externa, turnicidad/ nocturnidad y elevada carga física, mientras que en las mujeres para la atención directa a personas.

En el apartado de **otros factores de riesgo psicosocial**, cuya prevalencia afecta al **11,8%** de los trabajadores de la muestra, destacamos *literalmente* las siguientes contestaciones del cuestionario:

Agotamiento	Falta de medios
Aislamiento	Falta de motivación
Alta responsabilidad	Inestabilidad laboral
Alto control	Inseguridad en el empleo
Cambio de turnos no programado	Mala organización del trabajo
Carencia de medios	Mala relación personal
Chantaje emocional	Movilidad
Comunicación deficiente	Participación/Supervisión
Conciliación vida familiar y laboral	Plazos de gestión
Condiciones ambientales	Pluriempleo
Constante renovación de conocimientos	Poco silencio para desempeñar mi trabajo
Desmotivación del personal	Presión comercial y objetivos inalcanzables
Disconfort térmico	Presión de autoridades, sobornos
Elevada atención	Presión de tiempo
Elevada carga mental	Presión por sacar productividad
Empleo eventual	Presión por sacar productividad/objetivos
Estilo de mando autoritario	Presiones por afiliación sindical
Estrés	Prolongación de la jornada de trabajo
Excesiva carga de trabajo	Relaciones laborales
Factores organizacionales	Ritmo de trabajo elevado
Factores personales	Ruido
Falta de compañerismo	Se fomenta la competición entre trabajadores
Falta de contenido de las tareas	Trabajo a destajo
Falta de expectativa de crecimiento profesional	Trabajo repetitivo muy alienante
Falta de incentivos y promoción profesional	Tráfico

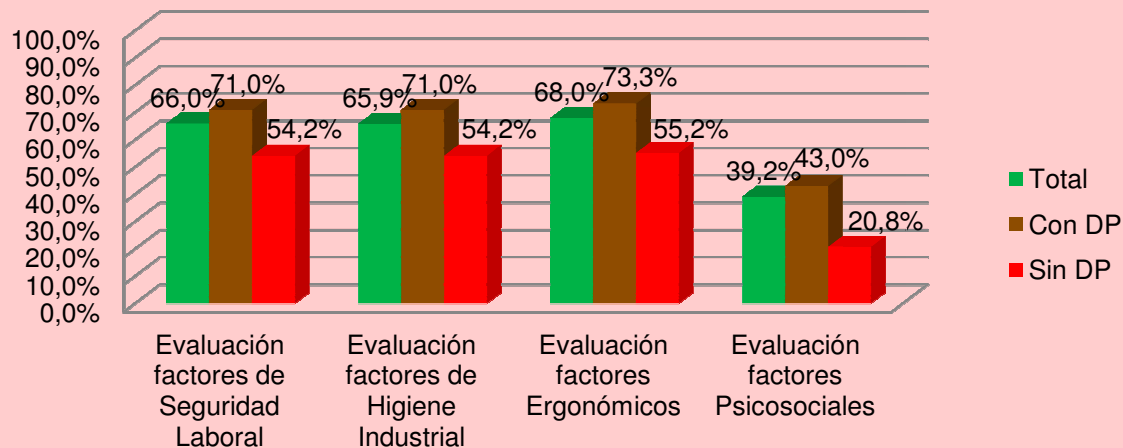
Según los datos del estudio: el **73,5% de los trabajadores refieren que en su empresa se ha llevado a cabo una evaluación de riesgos laborales**, un 6,7% indica que ésta no se ha realizado, y el 19,8% restante no lo sabe. No encontramos diferencias según se trate de una empresa de titularidad pública o privada.

Encontramos **diferencias significativas** ($p < 0,01$) respecto a la realización de la evaluación de riesgos, **en función del modelo organizativo adoptado por las empresas**. El 79,5% de los trabajadores cuya empresa ha optado por un SPP, tienen evaluados los riesgos, un 88,8% en el caso de los SPM, un 66,2% si el modelo organizativo es a través de un SPA, un 80,4% cuando se trata de un modelo Mixto, y un 37,6% en aquellas empresas cuyos trabajadores no saben el modelo que ha adoptado su empresa.

Es importante reseñar, que **existen diferencias significativas también en función de que la empresa tenga o no Delegados de Prevención y/o Comité de Seguridad y Salud**. Así, el 79,1% de los trabajadores que en su empresa tienen nombrados Delegados de Prevención, se ha realizado una evaluación de riesgos, mientras que este porcentaje baja hasta el 58,3% en las empresas donde no se han nombrado delegados de prevención y al 30,9% en aquellos casos en que se desconoce si están nombrados ($p < 0,01$). Dicho porcentaje es del 80,1%, 53,5% y 32,7% respectivamente en el caso de los CSS ($p < 0,01$).

En el gráfico siguiente, se analiza el contenido de la Evaluación de Riesgos, respecto a si se han tenido en cuenta los factores de riesgo de seguridad, Higiene, Ergonomía y Psicología aplicada, y teniendo en cuenta si la empresa tiene o no nombrados Delegados de Prevención

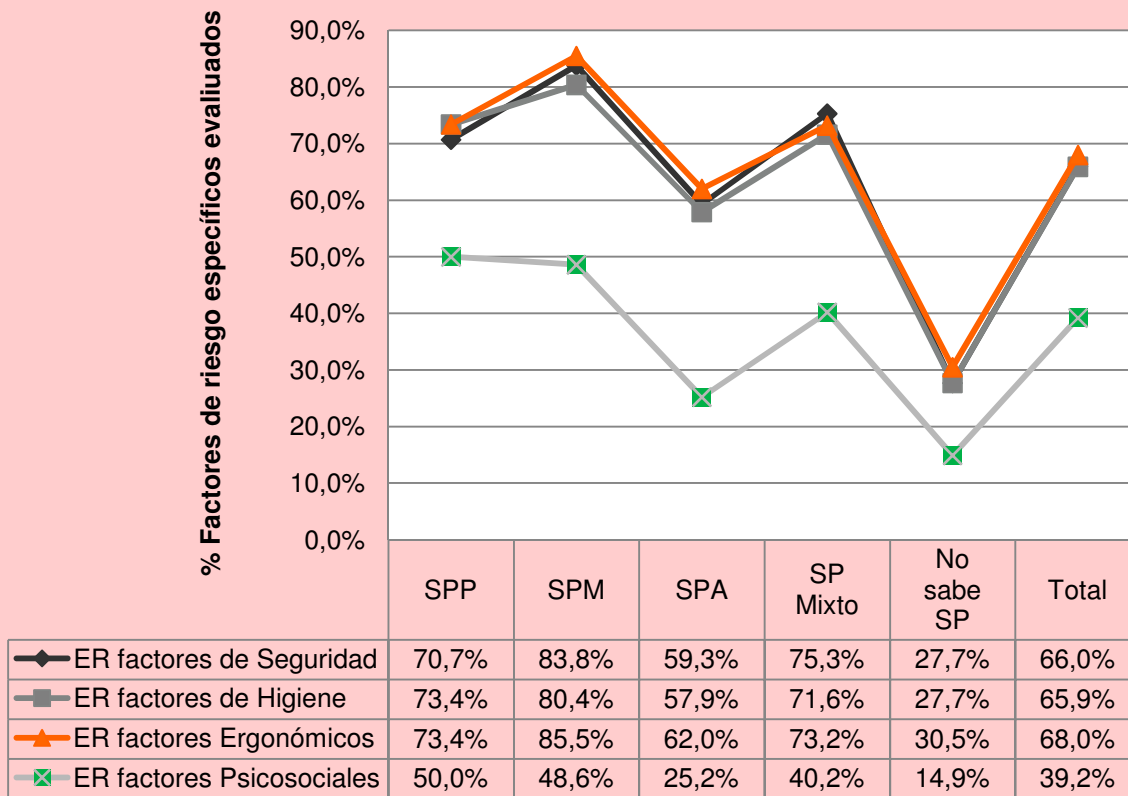
Gráfico 10.- Porcentaje de trabajadores que indican qué factores han sido evaluados en su empresa, y en función de si tiene o no nombrado Delegados de Prevención (p<001)



Como podemos observar, encontramos diferencias muy significativas en el contenido de la evaluación de riesgos y su especificidad en función de que la empresa tenga o no delegados de prevención, lo que a su vez está vinculado con el tamaño de las empresas. El mismo fenómeno observamos cuando se dispone de Comité de Seguridad y Salud.

Según el *modelo de organización de la prevención* que haya adoptado la empresa, encontramos diferencias significativas en el contenido y especificidad de las evaluaciones de riesgo, tal como vemos en el gráfico siguiente:

Gráfico 11.- Porcentaje de trabajadores que indican qué factores han sido evaluados en su empresa, en función del modelo de organización preventiva adoptado ($p < 0,01$)



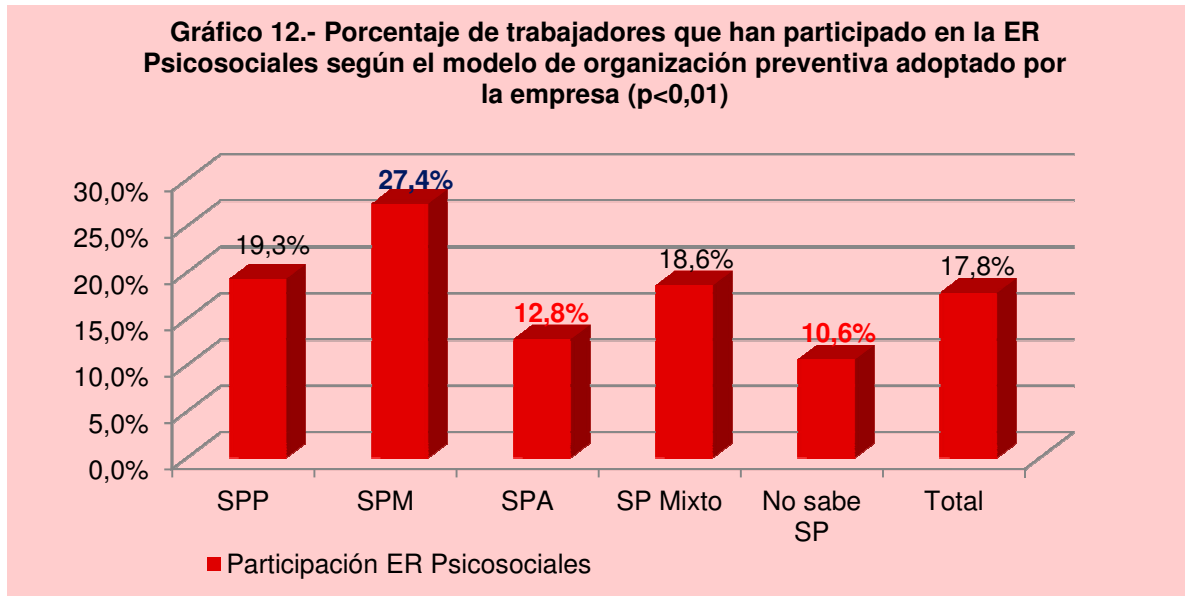
La **evaluación de los riesgos psicosociales** tiene un porcentaje bajo en comparación con el resto de disciplinas, sin embargo, dada la tipología de empresas y los sectores predominantes de la muestra, el porcentaje podemos considerarlo alto, en comparación con la situación general de las empresas en esta materia, aunque sigue siendo totalmente insuficiente en función de la presencia de estos riesgos.

Un 40,7% de los trabajadores de las empresas de titularidad pública refieren que sí se han evaluado los factores de riesgo psicosocial, frente al 38,4% en el caso de las empresas privadas, si bien la diferencia no resulta estadísticamente significativa ($p < 0,5$).

Sobre el total de trabajadores de la muestra, 254 (17,8%) habrían participado en la evaluación de riesgos psicosociales en su empresa, lo que supondría el 45,4% de los 559 trabajadores que indican que en su empresa la evaluación de riesgo contempla los factores de riesgo psicosocial.

Encontramos diferencias significativas en las empresas de titularidad privada respecto a la de titularidad pública en cuanto a la participación de los trabajadores en la ER Psicosociales. Un 19,7% en el caso de las empresas privadas frente al 14,0% en las públicas ($p < 0,01$).

También encontramos diferencias muy significativas respecto a la participación de los trabajadores en la evaluación de los riesgos psicosociales, en función de la modalidad de servicios de prevención adoptada por la empresa como podemos observar en el gráfico siguiente:



4.3. Datos sobre indicadores de Salud Poblacionales

En el Bloque III del *cuestionario Iceberg* se analizan algunos indicadores de salud poblacionales, como los hábitos y estilos de vida, la calidad y cantidad del sueño, el consumo habitual de medicamentos, tabaco, alcohol u otras drogas, que pueden constituir un reflejo de la exposición a riesgos psicosociales, tanto de origen laboral como de causas ajenas a dicho ámbito.

Entre las preguntas del cuestionario se incluye el peso y la talla de los trabajadores, lo que ha permitido el cálculo de denominado **Índice de Masa Corporal o Índice Quetelet** (en adelante IMC) que se utiliza para clasificar el estado ponderal de la persona, y se calcula a partir de la fórmula: $\text{peso}(\text{kg})/\text{talla}(\text{m}^2)$.

Es común experimentar ligeras variaciones en el **peso corporal**, sin que ello signifique alejarse demasiado de lo que marcan tablas o estándares. No obstante, hay quienes manifiestan cambios que se salen de los límites establecidos, situación que por lo regular se asocia al consumo de alimentos, pero en ocasiones es debido a alguna anomalía orgánica o mental.

Cabe destacar que estos últimos, generalmente, canalizan su ansiedad y estrés hacia la comida, bien por exceso, lo que provocará sobrepeso, o por el contrario, hay individuos que cuando están estresados, ansiosos o deprimidos dejan de comer porque el alimento les provoca repugnancia, lo que puede ocasionar un importante infrapeso.

Según los datos del *estudio Iceberg*, el peso medio de la población laboral analizada es de 73,9 Kg con un rango entre 41-194 Kg y una $DE \pm 15,5$ Kg, con diferencias significativas entre varones y mujeres. Los varones, tienen un peso medio de 82,6Kg (rango 43-194 Kg; $DE \pm 13,3$) mientras que para las mujeres, el peso medio es de 63,8 Kg (41-131; $DE \pm 11,3$).

El IMC medio de la muestra es de 25,6; con un rango entre 16,7-59,9 y una $DE \pm 4,10$). En los varones, el IMC medio es de 26,9; con un rango entre 18,3-59,9 y una $DE \pm 3,7$, frente a un IMC medio en la mujeres de 23,9; con un rango entre 16,7-45,3 y una $DE \pm 3,92$, siendo la diferencia estadísticamente significativa. En la tabla siguiente, podemos ver los valores obtenidos para esta variable, destacando que el infrapeso sólo se da entre las trabajadoras, mientras que el sobrepeso y la obesidad, es significativamente mayor entre los varones:

Tabla 7.- Distribución de la muestra según grupos de IMC y sexo ($p < 0,01$)

Grupos de IMC	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
<18 (infrapeso)	0	0,0	15	2,3	14	1,1%
18-23,9 (peso normal)	245	31,7	420	65,2	665	46,6
25-24,9 (sobrepeso)	403	52,1	176	26,9	579	40,6
≥ de 30 (obesidad)	125	16,2	149	6,6	28,9	7,8

Un 30% de las trabajadoras del estudio tendrían alterado el IMC (bien por defecto como por exceso), frente al 69,3% de los varones (todos ellos por sobrepeso y obesidad), con una media del 53,4%, cifra similar a la de otros estudios realizados en población laboral española y en la Encuesta Nacional de Salud 2012.

La exposición a factores de riesgo psicosocial en general, y a factores de estrés en particular, constituye una exigencia que el medio ambiente laboral impone al organismo. El individuo se encuentra frente a una situación amenazante y agresiva ante la cual ha de utilizar sus recursos adaptativos con el fin de evitar un deterioro de su salud física y/o mental. Una misma situación puede ser valorada como amenazante o no por diferentes individuos, por lo que su capacidad estresante resulta diferente para cada uno de ellos.

La reacción al estrés es muy compleja y la constituyen una sucesión de acontecimientos de tipo neuronal, muscular, cardiovascular, inmunológico y hormonal. Los experimentos de laboratorio muestran que el sistema cardiovascular es muy sensible a los estímulos externos amenazantes, por lo que situaciones vitales y el estrés pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la **hipertensión arterial**. Estos factores psicológicos se sumarían a otros factores como el tabaquismo o a los derivados de la dieta como la obesidad o la ingesta de sal en exceso.

Así, el estrés crónico puede provocar hipertensión a través de múltiples vías, como el aumento del gasto cardíaco de origen simpático, la disminución de la actividad vagal, el aumentando los niveles de Catecolaminas, potenciando el sistema renina angiotensina aldosterona o disminuyendo la sensibilidad del reflejo barorreceptor, entre otros.

Según los datos de nuestra investigación, 128 trabajadores (16,6%) y 58 trabajadoras (8,9%) tendrían hipertensión arterial, los que supone un 13,0% sobre el total de la muestra.

Según los datos de estudio prevalencia de factores de riesgo vascular en la población laboral española⁵³, presentaron presión arterial elevada $\geq 140/90$ mmHg el 22,1% de los trabajadores (27,0% de los varones y el 8,8% de las mujeres).

En nuestro estudio, el porcentaje de trabajadores que refieren tener **elevada la tensión arterial es del 13,0%**, un 16,6% en el caso de los varones y un 8,9% de las mujeres, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

A continuación se analiza la prevalencia de determinadas **conductas adictivas**, como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, que se ha visto asociado en la literatura con la exposición a riesgos de naturaleza psicosocial.

En primer lugar, se ha analizado si desde que se trabaja en la empresa actual se **ha producido un incremento en el consumo** de tabaco, alcohol, medicamentos u otras sustancias, o si se ha iniciado su consumo.

Un **13,9%** del conjunto de trabajadores del estudio refiere haber iniciado o ha aumentado el consumo de alguna de dichas sustancias desde que trabaja en la empresa, un 15,0% de los varones y un 12,5% de las mujeres, no siendo significativa dicha diferencia ($p > 0,1$).

Clásicamente se ha asociado el **consumo de cigarrillos** con la ansiedad y el estrés. En los estudios epidemiológicos se encuentra una clara y significativa asociación entre fumar y distintos trastornos de ansiedad. Igualmente, la mayoría de los estudios encuentran que los fumadores tienen una ansiedad algo mayor que los no fumadores o los que fuman pocos cigarrillos.

Fumar incrementa el estrés. Al dejar de fumar se reduce el nivel de estrés y la ansiedad, relación que se incrementa con el tiempo de abstinencia. Al tiempo, el estrés es un elemento que impide a muchas personas dejar de fumar o un facilitador de la recaída.

53 Prevalencia de factores de riesgo vascular en la población laboral española Rev Esp Cardiol. 2006; 59(5):421-30.

Un **24,0%** de los trabajadores del estudio son **fumadores activos** (22,3% de las mujeres y el 25,4% de los varones), y un 17,5% son exfumadores. La cifra es inferior a la de otros estudios en población en edad laboral.

Respecto al consumo de alcohol, el 40,6% de los trabajadores refiere que no bebe nunca, un 55,1%, ocasionalmente (fines de semana, etc.), y un **4,2% refiere consumir alcohol diariamente**, (2,1% de las trabajadoras y 6,0% de los trabajadores, siendo la diferencia estadísticamente significativa).

Únicamente el 1,84% de la muestra refiere consumir algún tipo de droga y un 2,6% no han respondido a dicha pregunta.

Otro factor de extrema importancia, dentro de los indicadores de salud analizados, es el referido a la calidad y cantidad del **sueño**, ya que una de las primeras manifestaciones sobre la salud de la exposición a factores y condiciones de trabajo estresantes son las alteraciones del sueño, tal como han puesto de manifiesto diferentes estudios (Janson y Linton 2006; Lintons2004)⁵⁴.

Según el *estudio iceberg*, uno de cada 4 trabajadores (**23,5%**), refiere tener el **sueño alterado**, sin diferencias significativas según el sexo (21,9% de los varones y 25,4% de las mujeres).

Las **principales alteraciones** referidas son el insomnio de conciliación, el sueño fraccionado, el despertar precoz y la apnea de sueño, y entre las **principales causas**, se atribuye la ansiedad y el estrés generado en el trabajo, el efecto de la turnicidad y las cargas familiares para la atención de hijos pequeños, familiares enfermos o dependientes.

En cuanto al número de **horas de sueño** la media de la muestra es de **6,82** horas diarias, con un rango entre 3-10 horas y una $DE\pm 1,57$ horas. En los varones, la media es de 6,81 horas (rango 4-10 horas y $DE\pm 1,96$) y en las mujeres, 6,85 horas, con un rango entre 3-10 horas y una $DE\pm 0,91$, no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

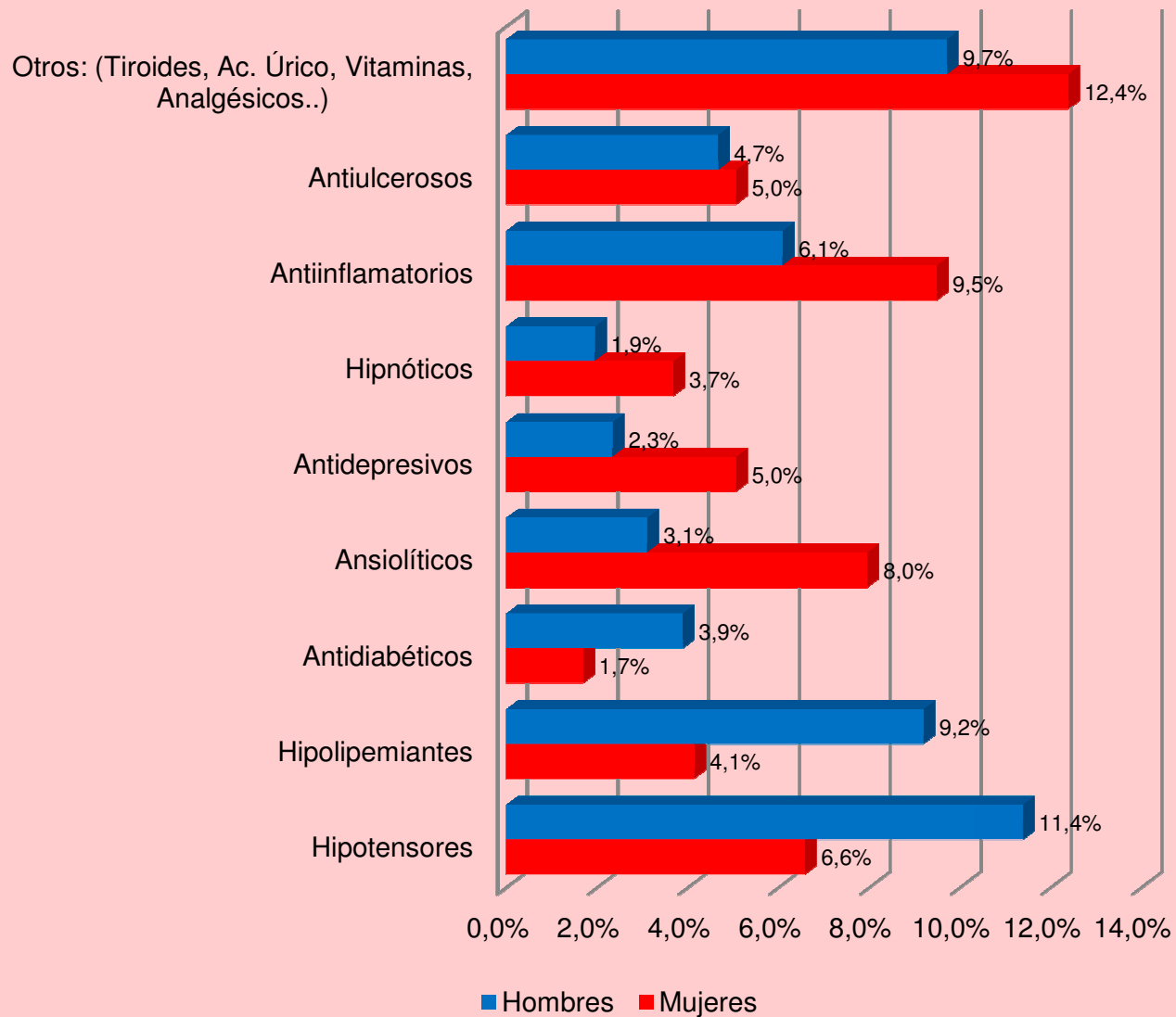
Por último, en este apartado analizamos el **consumo habitual de medicamentos** como indicador indirecto del estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Uno de cada 3 trabajadores del estudio (33,1%) consume algún medicamento de forma habitual, sin diferencias significativas ente hombre y mujeres (33,4% y 32,9% respectivamente).

Sí encontramos diferencias muy significativas respecto al sexo en el **consumo habitual de fármacos psicótrpos**, tales como ansiolíticos, relajantes musculares, antidepresivos e hipnóticos. El 8,2% del conjunto de trabajadores consume habitualmente alguno de dichos medicamentos, un **5,4% en el caso de los varones frente al 11,5% de la mujeres** ($p < 0,01$).

En el gráfico siguiente podemos ver el porcentaje de trabajadores que consumen determinados fármacos que pueden estar relacionados con patologías o síntomas derivados de la exposición crónica a factores de riesgo psicosocial, tales como betabloqueantes, hipotensores, hipolipemiantes, antidiabéticos, ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos, antiinflamatorios, antiulcerosos, etc., destacando diferencias en la prevalencia del consumo según patologías y sexo.

Gráfico 13.- Porcentaje de consumo habitual de medicamentos según sexo



4.4. Valoración del Riesgo Psicosocial.

Tal como hemos desarrollado en el apartado 4.2 sobre los datos relativos a la prevalencia de exposición a riesgos psicosociales, y vista la magnitud de los mismos (8 de cada 10 trabajadores de la muestra refieren estar expuestos a dichos riesgos), su evaluación por parte de las empresas no es sólo un imperativo legal establecido en la normativa de prevención de riesgos laborales, sino una necesidad tanto ética como de Responsabilidad Social.

Entre los objetivos y metodología del estudio *Iceberg*, lógicamente no se incluye la realización de una evaluación de los riesgos psicosociales de las empresas propiamente dicha, tal como establece el artículo 16 de la Ley 31/95 de prevención de Riesgos Laborales⁵⁵, ya que como equipo investigador no es nuestro ámbito de competencia.

No obstante lo anterior, en este *Bloque IV* del cuestionario *Iceberg* se ha llevado a cabo una identificación de los riesgos psicosociales, de las diferentes dimensiones que los integran, analizando su magnitud mediante un cuestionario de exposición a factores de riesgo psicosocial que se ha elaborado siguiendo las directrices del Grupo PRIMA de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (Leka, S. y Cox, T. 2009) y el cuestionario sobre demanda-control y contenido del trabajo (Cuestionario JCQ de Karasek)^{56, 57}. Pasamos a describir los principales resultados obtenidos.

4.4.1. Cuestionario de valoración de la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.

El cuestionario sobre valoración de exposición a factores de riesgo psicosocial tiene en cuenta las siguientes dimensiones del Grupo PRIMA: Contenido del trabajo, carga y ritmo de trabajo, tiempo de trabajo, participación y control, cultura organizacional, relaciones interpersonales, indefinición de rol, desarrollo personal, la interacción entre el trabajo y la vida familiar y social, la insatisfacción con el puesto de trabajo y vivencia de alteración psicósomática, emocional y/o cognitiva que pueda afectar a la vida cotidiana. Pasamos a desarrollar con detalle, los resultados del mismo.

El cuestionario consta de 22 preguntas, con una escala tipo likert para las respuestas referidas a los últimos 6 meses para cada pregunta (1=Nunca; 2=Pocas veces; 3= Algunas veces; 4= Muchas veces; 5= Siempre).

55 Artículo 16 sobre Evaluación de Riesgos. Ley 31/1995 de 8 de noviembre ,de Prevención de Riesgos Laborales

56 The Job Content Questionnaire (JCQ). Robert Karasek. 1998

57 Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario (Escribá V, 2001)

Los criterios que hemos establecido para considerar positivo dicho cuestionario incluyen:

- Superar el nivel de corte de ≥ 45 puntos para la suma de las 18 primeras preguntas (la puntuación mínima posible es de 18 puntos y la máxima de 90 puntos) y/o,
- Que en alguna de esas preguntas, el trabajador haya valorado alguna pregunta con una puntuación ≥ 4 puntos y/o,
- Cuando el valor de la suma de las respuestas obtenidas en las preguntas 19 y 20 y/o en la 21 y 22 sea ≥ 8 puntos.

La **puntuación media** del cuestionario de factores de riesgo psicosociales es para el conjunto de la muestra de **45,2 puntos**, con un rango entre 18-85 puntos y una $DE \pm 10,3$. No hay diferencias significativas según el sexo.

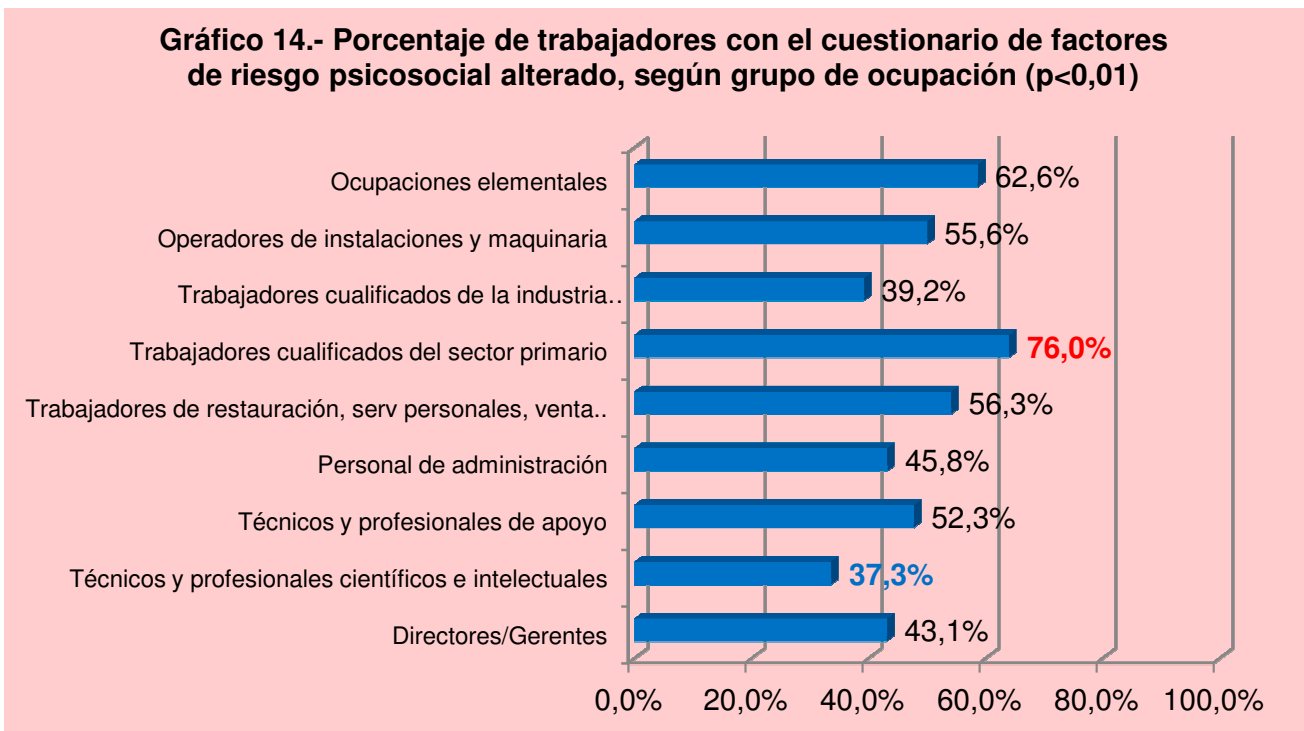
El **48,3% del total de trabajadores de la muestra tendrían el cuestionario de factores psicosociales alterado** (≥ 45 puntos), 48,5% de los varones y 48,0% de las mujeres ($p > 0,5$).

El 46,7% de aquellos trabajadores que refieren estar expuestos a riesgos psicosociales en el trabajo (población diana) obtienen una puntuación alterada del cuestionario, frente al 30,5% en los trabajadores que dicen no estar incluidos dentro de la población expuesta ($p < 0,01$) (OR=1,99; IC95%= 1,45-2,74).

Encontramos diferencias muy significativas según la **titularidad de la empresa**. El 40,7% de los trabajadores que trabajan en el sector público, tendrían alterado el cuestionario de factores psicosociales, frente al **52,0% en el caso del sector privado** ($p < 0,01$) (OR=1,36; IC95%= 1,17-1,58).

Por **Sectores Económicos** destacan el sector **Primario** y el **Industrial**, ya que respectivamente, un **63,9%** y un **55,3%** de los trabajadores tendrían alterado el cuestionario. En el sector de los Servicios estarían afectados el 43,4% de los trabajadores, siendo el sector de la Construcción el que menos afectados tendría (34,5%), siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Asimismo, encontramos diferencias significativas por **grupo de ocupación**, destacando que el 76,0% de los trabajadores cualificados del sector primario tendrían alterado el cuestionario, frente al 37,3% en el caso de los Técnicos y profesionales científicos e intelectuales ($p < 0,01$).



El 59,3% de los trabajadores que refieren estar expuestos a una **elevada carga física** en su puesto de trabajo tiene alterado el resultado de cuestionario FRP, frente al 41,7% de los que no están expuesto a dicho factor ($p < 0,01$) (OR=2,03; IC95%= 1,52-2,72).

Según el **tipo de jornada de trabajo**, el **61,3%** de los trabajadores que realizan **turno rotativo/noches** tienen **alterado el cuestionario de factores psicosociales**, con diferencias significativas respecto al resto de tipos de jornada no rotativa (41,0%) ($p < 0,01$) (OR=2,28; IC95%=1,72-3,03).

El 53,2% de los trabajadores que tienen que **trabajar fines de semana o festivos**, tienen una puntuación alterada del cuestionario de factores de riesgo psicosocial (≥ 45 puntos), frente a un 41,8% en el caso de los trabajadores que no trabajan esos días ($P < 0,01$) (OR=1,58; IC95%= 1,24-2,02).

Por otro lado, el 61,4% de los trabajadores **expuestos a violencia externa** en su puesto de trabajo tiene alterado el cuestionario FRP, frente al 40,2% de los no expuestos a este factor ($p < 0,01$) (OR=2,37; IC95%=1,81-3,08).

Asimismo, un 58,6% de los trabajadores **expuestos a violencia interna** en su puesto de trabajo tiene alterado el cuestionario FRP, frente al 40,2% de los no expuestos a este factor ($p < 0,01$) (OR=1,95; IC95%=1,63-2,99).

Por otro lado, el 68,2% de los trabajadores con el cuestionario de FRP alterado han **iniciado o aumentado el consumo de sustancias adictivas o medicamentos**, frente al 40,6% en el caso de no haber iniciado o aumentado dicho consumo ($p < 0,01$) (OR=3,15; IC95%= 2,28-4,32).

El 53,4% de los trabajadores que presentan **alteraciones del sueño** tiene alterado el cuestionario de FRP, frente al 41,7% de los que tiene un sueño normal ($p < 0,01$) (OR=161; IC95%=1,26-2,06).

Un 62,3% de los trabajadores que presentan el cuestionario de riesgos psicosociales alterado (> 45 puntos), están tomando habitualmente **medicamentos psicotropos**, tales como ansiolíticos, antidepresivos, relajantes musculares o inductores del sueño, mientras que el porcentaje entre los que no toman dicha medicación, es del 42,8 ($p < 0,01$) (OR=2,21; IC95%=1,50-3,27).

Los trabajadores que perciben su **estado actual de salud** alterado, tiene peor resultado en el cuestionario de FRP que los que lo perciben como normal. Así, el 58,9% de los trabajadores con el cuestionario de FRP alterado, tienen una percepción de su salud actual alterada (mala o muy mala), frente al 43,4% de lo que perciben su salud actual como normal o buena. ($p < 0,01$) (OR=1,87; IC95%= 1,23-2,86).

Respecto al **estado de salud actual comparado con el de hace un año**, los trabajadores que refieren tener peor estado de salud que hace un año, el 60,0% tienen alterado el cuestionario de FRP, frente al 40,3% cuyo estado de salud actual es igual o mejor que un año atrás ($p < 0,01$) (OR=2,31; IC95%=1,77-3,01)

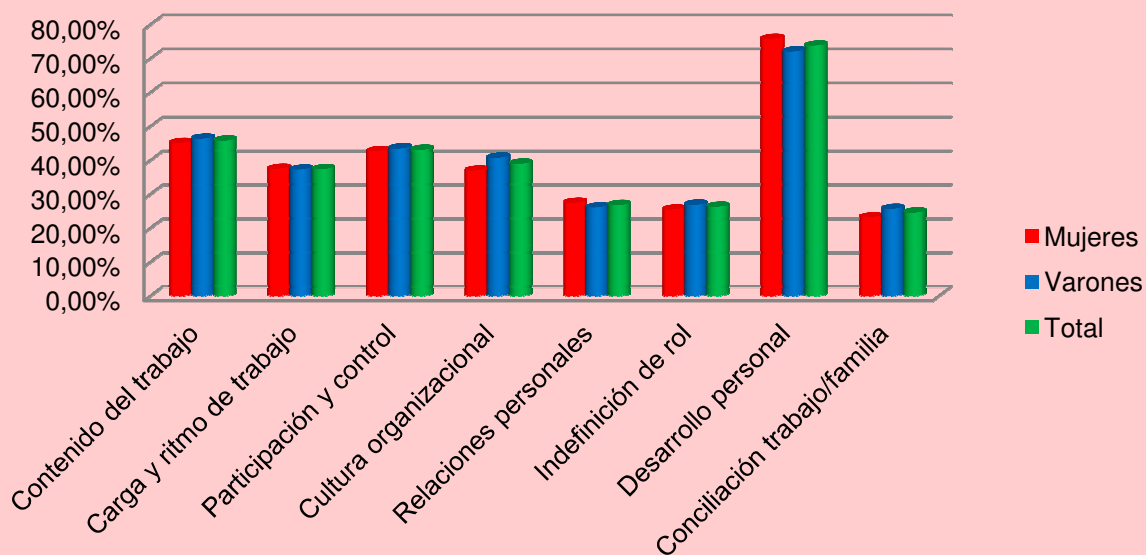
Un 52,4% de los trabajadores con el cuestionario de **somatizaciones alterado** (3 o más diagnósticos en el último año), tiene alterado el cuestionario de FRP, frente al 30,1% de los que tiene normal el cuestionario de somatizaciones, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) (OR=2,52; IC95%= 2,09-3,21).

Como segundo criterio de positividad del cuestionario de FRP, es tal como se ha indicado, que en las preguntas 1 a la 18, alguna respuesta haya obtenido una puntuación ≥ 4 puntos (escala de 1-5). El **89,8% del conjunto de trabajadores cumplirían dicho criterio** sin diferencias significativas según el sexo (89,3% de las mujeres y el 90,3 de los varones, que como vemos, resulta muy similar a los datos sobre percepción de exposición a factores de riesgo psicosocial que hemos analizado en el apartado 4.2 del presente estudio. No encontramos diferencias significativas entre sector público o privado.

Por **grupos de ocupación**, son los trabajadores cualificados del sector primarios los más afectados (100% de los casos), siendo los Directivos/Gerentes los menos afectados (90,8%), si bien las diferencias no son significativas.

Como hemos comentado, estas 18 preguntas valoran **8 dimensiones de riesgo** psicosocial según establece el grupo PRIMA, cuyos resultados presentamos a continuación:

Gráfico 15.- Alteración de las dimensiones del cuestionario de factores de riesgo psicosocial según sexo (>0,5)



El 54,8% de los trabajadores expuestos a una **elevada carga física**, tiene alterado el factores de riesgo relacionado con el contenido del trabajo, un 55,7% la carga y el ritmo de trabajo, un 58,8 la dimensión relativa a la participación y control, y 52,9 a los factores relacionados con la cultura organizacional, un 34,4% a la dimensión relaciones personales un 33,0% la definición del rol y un 33,0% la conciliación entre la vida laboral y familiar, las diferencias estadísticamente significativas en comparación con los no expuestos ($p < 0,01$). Para el factor desarrollo personal, no hay diferencias significativas.

También encontramos diferencias significativas en el resultado del cuestionario de FRP según la exposición a una **elevada carga emocional** en el lugar de trabajo. Así, el 52,5% de los trabajadores expuestos a dicho factor, tiene el cuestionario de FRP alterado, mientras que dicho porcentaje se sitúa en el 38,2% en lo no expuestos ($p < 0,01$) (OR=1,782; IC95%= 1,44-2,20).

Un 73,9% de los trabajadores de la muestra, perciben como alterado la dimensión relativa al **desarrollo personal**, y aproximadamente uno de cada 4 trabajadores, tendría indefinición de rol (26,3%), dificultades en las relaciones interpersonales (26,8%) o dificultades para compaginar el horario de trabajo con sus compromisos sociales y familiares (24,6%), cifra muy similar a la encontrada en el VII ENCT, donde este último factor afecta al 22,6% de los trabajadores.

Los trabajadores que tienen que **trabajar en fines de semanas o festivos**, tienen una mayor prevalencia de afectación de las dimensiones de riesgo carga y ritmo de trabajo, participación y control, cultura organizacional y conciliación entre la vida laboral y familiar ($p < 0,01$). Para el resto de dimensiones, no hay diferencias significativas. Asimismo, el 33,2% de los trabajadores que tienen que estar disponibles fuera de su horario habitual, tienen problemas de conciliación, frente al 21,7% de los que no tienen que estar disponibles ($p < 0,01$) (OR=1,80; IC95%= 1,38-2,34).

En la tabla siguiente vemos los datos en función de la **titularidad de las empresas** donde trabajan los trabajadores de la muestra:

Tabla 8.- Distribución % trabajadores con alteraciones de las dimensiones del cuestionario de factores de riesgo psicosocial según la titularidad pública o privada de la empresa					
Dimensión del cuestionario	Privada		Pública		p
	n	%	n	%	
Contenido del trabajo	460	48,2	194	41,1	<0,05
Carga y ritmo de trabajo	388	40,6	145	30,7	<0,05
Participación y control	423	44,3	192	40,7	>0,1
Cultura organizacional	357	37,4	200	42,4	>0,07
Relaciones personales	267	28,0	115	24,4	>0,1
Indefinición de rol	269	28,2	106	22,5	<0,05
Desarrollo personal	712	74,6	341	72,2	>0,3
Conciliación trabajo-familia	266	27,9	85	18,0	<0,01

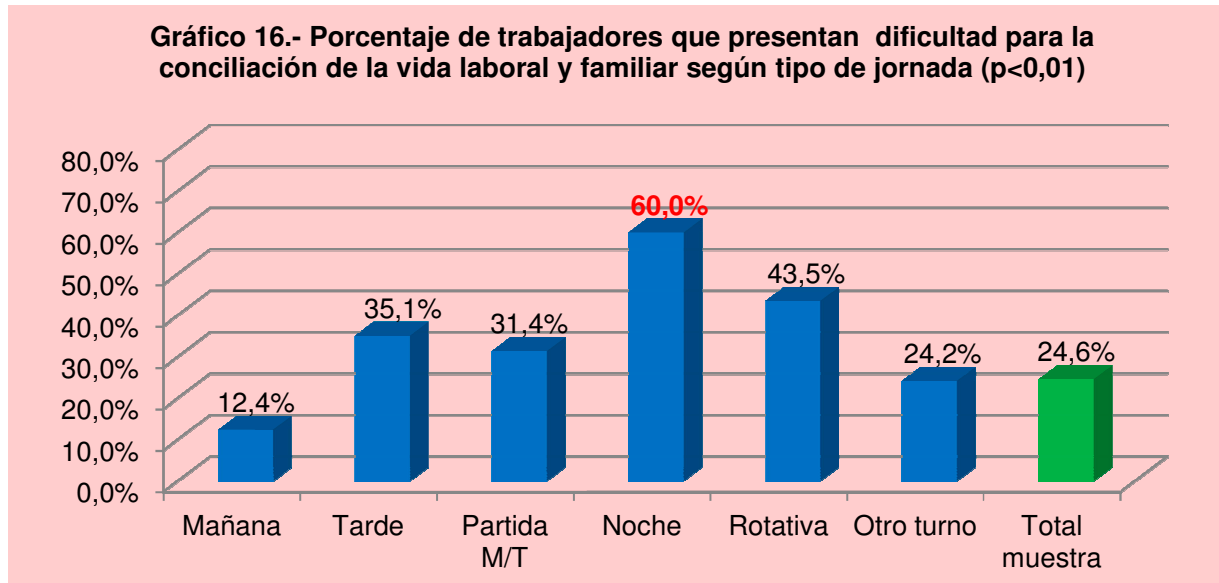
Los indicadores sobre contenido del trabajo, carga y ritmo de trabajo, indefinición de rol y dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar, son significativamente peores entre los trabajadores del sector privado que en los del sector público.

Según la **antigüedad** en el mismo puesto de trabajo, encontramos mayor prevalencia de alteraciones en la dimensión de participación y control, entre los trabajadores de mayor antigüedad (16-20 años o más de 20 años), en comparación con los grupos de menor antigüedad (1-5, 6-10 y 11-15 años), siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,03$). En cuanto al factor de dificultad para la conciliación de la vida laboral y familiar se produce el efecto inverso, encontrando peores indicadores entre los trabajadores con menos antigüedad (1-5, 6-10 y 11-16 años), siendo la diferencia igualmente significativa ($p < 0,01$).

En cuanto al **tamaño de las empresas** los niveles de conciliación entre la vida laboral y familiar son significativamente mejores en las empresas de más de 50 trabajadores que en las de menos de 50 trabajadores ($p < 0,01$) (OR=1,57; IC95%=1,09-2,25). Este dato es especialmente relevante para las empresas de más de mil trabajadores.

Los trabajadores con **jornada rotativa/nocturna** tienen una mayor alteración de los factores de riesgo relativos al contenido del trabajo, participación y control, cultura organizacional y dificultad para la conciliación de la vida laboral y familiar ($p < 0,01$).

Resulta muy significativa la relación entre la modalidad del tipo de **jornada de trabajo** y el factor de dificultad para la conciliación de la vida laboral y familiar, tal como vemos en el siguiente gráfico, destacando la jornada de noches fijas y el turno rotativo ($p < 0,01$).



Si analizamos las diferentes dimensiones de los factores de riesgo psicosocial de la clasificación propuesta por el Grupo PRIMA, en función de que el trabajador se considere o no expuesto a factores de riesgo psicosocial (FRP), encontramos los siguientes resultados:

- Para las dimensiones contenido del trabajo, cultura organizacional, relaciones personales, y desarrollo personal no encontramos diferencias significativas entre trabajadores que perciben estar expuestos a FRP con los que no lo consideran.
- Para las dimensiones de carga y ritmo de trabajo, participación y control, rol y conciliación de la vida laboral y familiar, encontramos diferencias muy significativas

En aquellos puestos con **elevada carga emocional** encontramos diferencias significativas para las diferentes dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP.

- Para la carga y ritmo de trabajo, participación y control, relaciones interpersonales y el rol, las diferencias son significativas ($p < 0,01$)
- Para el contenido del trabajo, cultura organizacional, desarrollo personal y conciliación entre la vida laboral y familiar las diferencias no son significativas

En los puestos con **trabajo a turnos (rotativo o turno nocturno)** encontramos diferencias significativas para las diferentes dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP.

- Para la carga y ritmo de trabajo, contenido del trabajo, participación y control, cultura organizacional, relaciones personales y conciliación entre la vida laboral y familiar, las diferencias son significativas ($p < 0,01$)
- Para el rol y el desarrollo personal, las diferencias no son significativas

En los trabajadores que indican estar expuestos al riesgo de **violencia externa** encontramos diferencias significativas para las diferentes dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP.

- Para el contenido del trabajo, la carga y ritmo de trabajo, la participación y control, relaciones interpersonales, rol y conciliación entre la vida laboral y familiar, las diferencias son significativas ($p < 0,01$)
- Para cultura organizacional y el desarrollo personal, las diferencias no son significativas

Para los que refieren exposición al riesgo de **violencia interna** encontramos diferencias significativas para todas las dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP excepto para el desarrollo personal ($p < 0,01$).

Aquellos **trabajadores que refieren haber iniciado o aumentado el consumo de sustancias** adictivas o medicamentos, desde que trabajan en su puesto de trabajo actual, encontramos diferencias significativas para todas las dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP ($p < 0,01$).

En los trabajadores que refieren **alteraciones del sueño** encontramos diferencias significativas para las diferentes dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP.

- Para la carga y ritmo de trabajo, la participación y control, relaciones interpersonales, rol, desarrollo personal y conciliación entre la vida laboral y familiar, las diferencias son significativas ($p < 0,01$)
- Para el contenido del trabajo y la cultura organizacional, las diferencias no son significativas

En los trabajadores que están tomando habitualmente **medicación psicótropa** (ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos o relajantes musculares) encontramos diferencias significativas para las diferentes dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP.

- Para el contenido del trabajo (59,0% alterado), la carga y ritmo de trabajo (49,6% alterado), la participación y control (70,1% alterado), cultura organizacional (51,3% alterado), relaciones interpersonales (46,2% alterado), desarrollo personal (85,5% alterado) y conciliación entre la vida laboral y familiar (40,2% alterado), las diferencias son significativas ($p < 0,01$)
- Para el rol, las diferencias no son significativas

En los trabajadores que tienen una **percepción de su estado actual de salud** en el último año como alterada (mala o muy mala), encontramos diferencias significativas para las diferentes dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP.

- Para el contenido del trabajo (63,2% alterado), la carga y ritmo de trabajo (51,6% alterado), la participación y control (63,5% alterado), cultura organizacional (51,6% alterado), relaciones interpersonales (57,9% alterado), rol (44,2%) y conciliación entre la vida laboral y familiar (40,2% alterado), siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$)
- Para el desarrollo personal, las diferencias no son significativas

En los trabajadores que tiene una **percepción de su estado actual comparada con la de hace un año alterada** (peor o mucho peor) encontramos diferencias significativas para todas dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP.

- Para la carga y ritmo de trabajo, la participación y control (56,3% alterado), cultura organizacional (45,8% alterado), relaciones interpersonales (38,5% alterado), rol (40,8%), desarrollo personal (81,3%) y conciliación entre la vida laboral y familiar (34,9% alterado), las diferencias son significativas ($p < 0,01$)

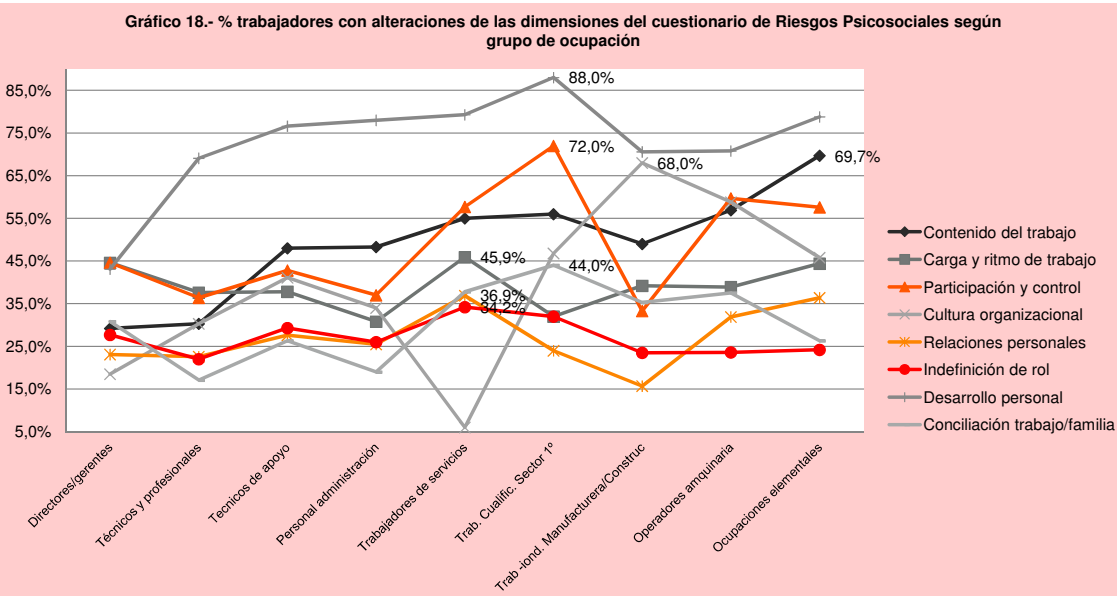
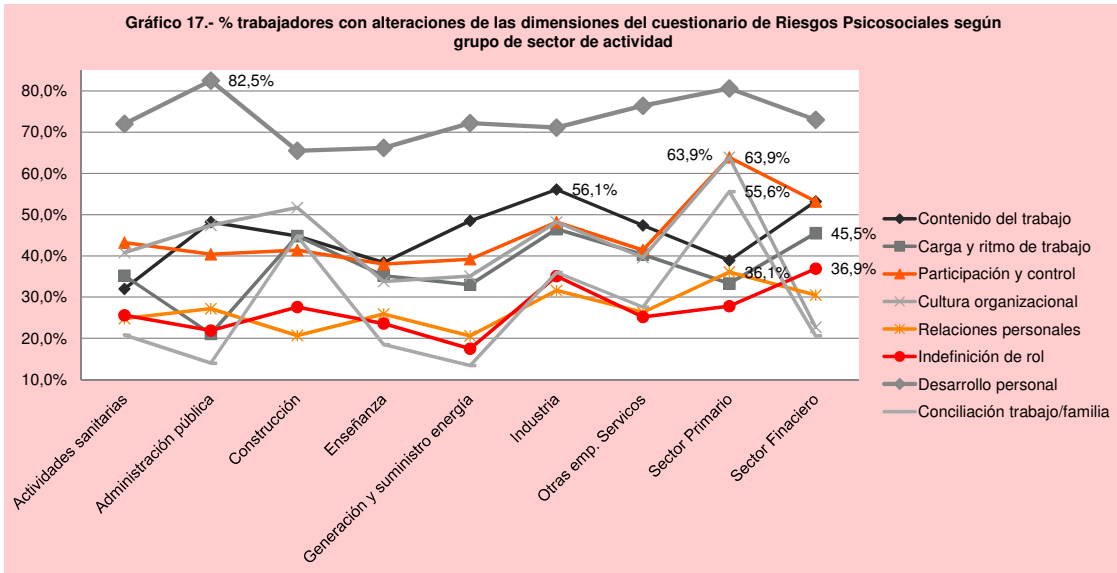
En aquellos que tienen **alterado el cuestionario de somatizaciones** encontramos diferencias significativas para las siguientes dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP.

- Para el contenido del trabajo, la carga y ritmo de trabajo, la participación y control, relaciones interpersonales, el rol, desarrollo personal y conciliación entre la vida laboral y familiar, las diferencias son significativas ($p < 0,01$)
- Para el contenido del trabajo y la cultura organizacional las diferencias no son significativas

En los trabajadores que tienen **alterado el cuestionario nórdico de trastornos músculo esqueléticos**, también encontramos diferencias significativas para las siguientes dimensiones que evalúa el cuestionario de FRP.

- Para el contenido del trabajo, la carga y ritmo de trabajo, la participación y control, cultura organizacional, relaciones interpersonales, el rol, desarrollo personal, las diferencias son significativas ($p < 0,01$)
- Para la conciliación entre la vida laboral y familiar no son significativas

En los gráficos que presentamos a continuación, analizamos dichas alteraciones en función del sector económico en la que hemos reagrupado la muestra, con diferencias estadísticamente significativas para todas las dimensiones analizadas ($p < 0,01$), así como por grupo de ocupaciones.



Finalmente, con las preguntas 19 y 20 del cuestionario de FRP se valora si existe insatisfacción en el trabajo y con las preguntas 21 y 22 la vivencia de **alteración psicósomática, emocional y/o cognitiva que afecta a la vida cotidiana**, como **indicador general de malestar**. Un **14,3%** de los trabajadores obtendrían un resultado alterado (≥ 8 puntos), sin diferencias según sexo (14,2% en mujeres y 14,4 en los varones).

Encontramos diferencias significativas en este indicador general de malestar, según la **titularidad de las empresas**. El 16,3% de los trabajadores que trabajan en el sector privado tendrían alterado este parámetro, frente al 10,2% en el sector público ($p < 0,02$) (OR=1,47; IC95%= 1,14-1,91).

Específicamente, el 8,3% de los trabajadores del sector privado se muestran **insatisfechos con su actual puesto de trabajo**, frente al 4,2% en el sector público ($p < 0,01$) (OR= 1,95; IC95%= 1,21-3,15), y el **11,2% de los trabajadores del sector privado** refieren vivencia de **alteración psicósomática, emocional y/o cognitiva que afecta a su vida cotidiana**, frente al 7,0% en el caso de los trabajadores del sector público ($p < 0,01$) (OR= 1,60; IC95%= 1,10-2,33).

Un 13,5% de los trabajadores que refieren tener que trabajar los fines de semana o festivos refieren alteraciones psicósomáticas, emocionales o cognitivas que afectan a su vida cotidiana, frente al 8,7% de aquellos trabajadores que no trabajan esos días ($p < 0,01$) (OR=1,64; IC95%=1,26-2,39). Lo mismo ocurre en aquellos trabajadores que deben estar disponibles fuera de su jornada de trabajo (16,6%), frente a los que no han de estar disponibles (7,5%) ($p < 0,01$) (OR=2,46; IC95%=1,72-3,52).

El 12,6% de los trabajadores que trabajan en un puesto sometidos a una **alta demanda y bajo control**, presentan un indicador general de malestar significativamente peor que los no expuestos a dicho factor (7,3%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) (OR=1,83; IC95%= 1,28-2,62).

Los trabajadores cuyo puesto requiere una **atención directa a personas** tienen peor indicador general de malestar (11,1%) que los no expuestos a dicho factor (7,6%), siendo la diferencia significativa ($p < 0,03$) (OR=1,50; IC95%=1,02-2,22).

Igualmente encontramos diferencias significativas para aquellos trabajadores que refieren una **elevada carga emocional** en su puesto de trabajo. El 8,9% de los trabajadores con elevada carga emocional, se manifiestan insatisfechos con su puesto de trabajo, frente al 5,4% de los que no tiene dicha carga ($p < 0,01$) (OR= 1,72; IC95%=1,14-2,60). De igual forma, el 13,1% de los trabajadores expuestos a una elevada carga emocional, refieren vivencia de alteración psicósomática,

emocional o cognitiva que afectaría a su vida cotidiana, mientras que en los no expuestos el porcentaje es del 7,3% ($p<0,01$)(OR=1,92; IC95%= 1,35-2,74).

Asimismo, encontramos diferencias significativas ($p<0,05$), con peor índice de insatisfacción con el puesto de trabajo y mayor indicador general de malestar entre los trabajadores que trabajan a **turnos**.

Entre los trabajadores expuestos al riesgo de **violencia externa**, también encontramos mayor insatisfacción con su puesto de trabajo y mayor porcentaje de vivencia de alteraciones psicosomáticas, emocionales y/o cognitivas, siendo la diferencia estadísticamente significativa frente a los no expuestos a este factor ($p<0,01$).

Destacar que el 17,2% de los trabajadores con insatisfacción con el puesto de trabajo, han **iniciado o aumentado el consumo de sustancias adictivas o medicamentos**, frente al 5,3% de insatisfecho entre los que no han iniciado o aumentado dicho consumo ($p<0,01$)(OR=3,71; IC95%= 2,37-5,79).

Asimismo, el 21,7% de los trabajadores refieren vivencia de **alteración psicosomática, emocional y/o cognitiva que afecta a su vida cotidiana**, han **iniciado o aumentado el consumo de sustancias adictivas o medicamentos**, frente al 7,9% con alteraciones entre los que no han iniciado o aumentado dicho consumo ($p<0,01$)(OR=3,24; IC95%= 2,17-4,81).

El porcentaje de trabajadores con **alteraciones del sueño** es significativamente mayor entre los que refieren insatisfacción con el puesto de trabajo, o índice general de malestar ($p<0,01$).

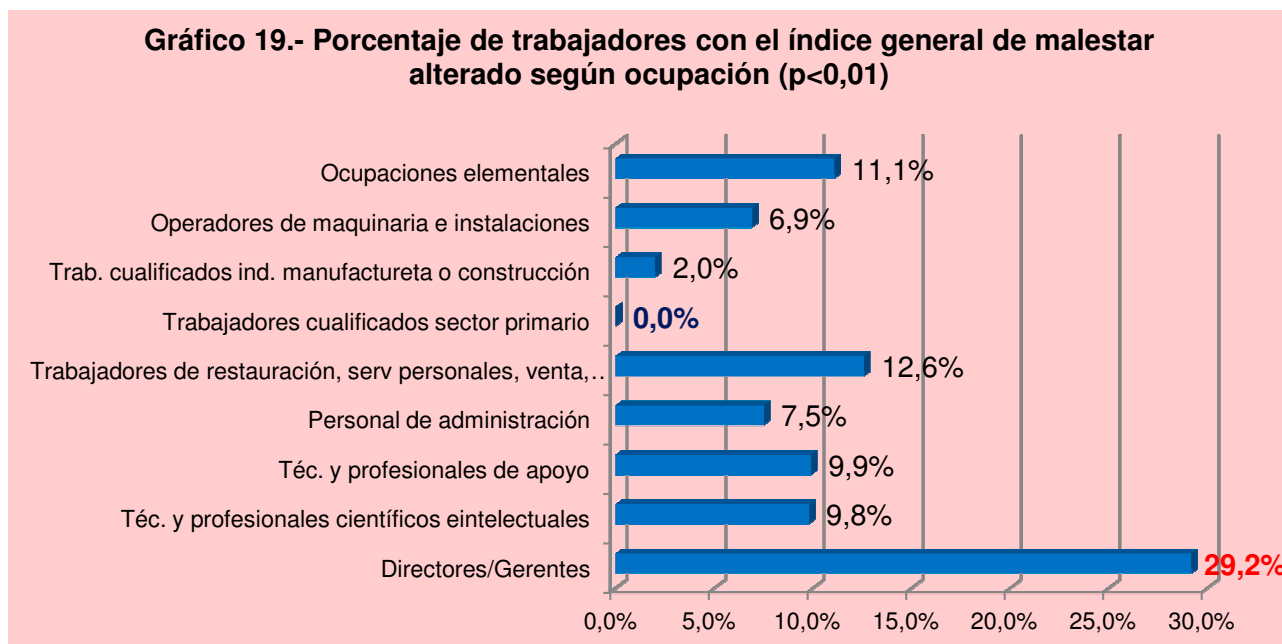
También encontramos diferencias muy significativas entre los trabajadores que tiene insatisfacción con el puesto de trabajo o presentan un indicador general de malestar alterado y el consumo de **medicamentos** tales como ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos o relajantes musculares, siendo la diferencia significativa en relación con los trabajadores que no consumen dichos fármacos ($p<0,01$).

Los trabajadores que perciben su **estado actual de salud** como alterado (malo o muy malo) tienen peor resultado en el índice de malestar general (23,2%), que los que perciben su salud como normal (8,9%).($p<0,01$)(OR=3,10; IC95%= 1,86-5,18). También encontramos diferencias significativas en los trabajadores cuya salud actual es peor que la de hace un año.

Aquellos trabajadores que tienen un cuestionario de **somatizaciones** alterado (3 o más diagnósticos en los últimos 12 meses) manifiestan peor valoración general de su puesto de trabajo (9,4%), en comparación con los que el cuestionario de somatizaciones es normal (2,5%), siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$) (OR=3,97; IC95%= 2,19-7,18).

Respecto al indicador de malestar general, encontramos resultados similares. Así, el 13,8% de los trabajadores con alteraciones en el cuestionario de somatizaciones tiene alterado el la vivencia de alteración psicósomática, emocional o cognitiva, mientras que el porcentaje es del 2,7% entre los que el cuestionario de somatizaciones resulta normal ($p < 0,01$) (OR=5,66; IC95%= 3,22-9,95).

En el gráfico siguiente observamos el porcentaje de trabajadores según **grupo de ocupación**, que refieren tener una vivencia de alteración psicósomática, emocional y/o cognitiva que afecta a su vida cotidiana, siendo las diferencias significativas ($p < 0,01$).



Los trabajadores que refieren estar expuestos a factores de riesgo psicosocial tienen un peor resultado en el índice de insatisfacción laboral y en el indicador general de malestar, siendo las diferencias significativas ($p < 0,01$) ($OR = 4,03$; $IC_{95\%} = 1,75-9,27$).

Por **sectores de actividad**, encontramos un porcentaje más elevado de trabajadores insatisfechos con su puesto de trabajo en los trabajadores del sector financiero (13,5%), de la enseñanza (12,1%) y en la Industria (11,4%) mientras que el sector primario y el de actividades sanitarias tendrían los porcentajes más bajos de insatisfechos, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). No hemos encontrado diferencias significativas en función de la plantilla media de las empresas.

4.4.2. Cuestionario de Contenido del Trabajo

Tal como se ha indicado, aparte de la inclusión en el *cuestionario Iceberg* del cuestionario de factores de riesgo psicosocial, se ha incluido el **Cuestionario de Contenido del Trabajo** (JCQ de Karasek) cuyo objetivo es la evaluación del **estrés laboral como factor riesgo** (no como daño) como consecuencia de un desequilibrio entre las exigencias o demandas del puesto de trabajo (que podemos resumir en dimensión decisional, exigencias mentales y físicas del trabajo, apoyo social) y el control o conjunto de recursos que el trabajador tiene para hacer frente a esas demandas.

El **JCQ de Karasek** incluye 22 preguntas, con una respuesta según la siguiente escala de Likert (1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3 De acuerdo; 4= Totalmente de acuerdo). La puntuación mínima sería de 22 puntos y la máxima de 88.

La **puntuación media** obtenida por el conjunto de trabajadores de nuestra población laboral estudiada es de **60,85 puntos**, con un rango entre 22-88 y una $DE \pm 9,30$, no encontrando diferencias según sexo.

Dicho cuestionario no tiene establecido un nivel de corte, por lo que a mayor puntuación mayor nivel estrés se padece, pero a efectos del presente estudio, establecemos como nivel de corte la media de la muestra, esto es, <60 puntos lo consideramos como normal y valores ≥ 60 puntos como alterado.

Según este criterio, el **52,6% de los trabajadores de la muestra padecerían unas condiciones de trabajo de estrés**, un 53,5% de las mujeres y un 51,7% los varones ($p>0,5$). No encontramos diferencias en el porcentaje de cuestionarios alterados entre los trabajadores de la empresa privada y los de la empresa pública (52,5% y 52,8% respectivamente). Tampoco encontramos diferencias significativas entre trabajadores que se consideran expuestos a factores de riesgo psicosocial y los que dicen no estar expuestos a ellos.

Por **sectores de actividad**, destaca como sector con **mayor riesgo de estrés percibido el sector sanitario**, mientras que el sector primario (agricultura, pesca y silvicultura), sería el de menor nivel de estrés en nuestra muestra.

Tabla 9.- Distribución porcentual de trabajadores con el cuestionario de demanda-control alterado según el tipo de actividad laboral ($p<0,01$)

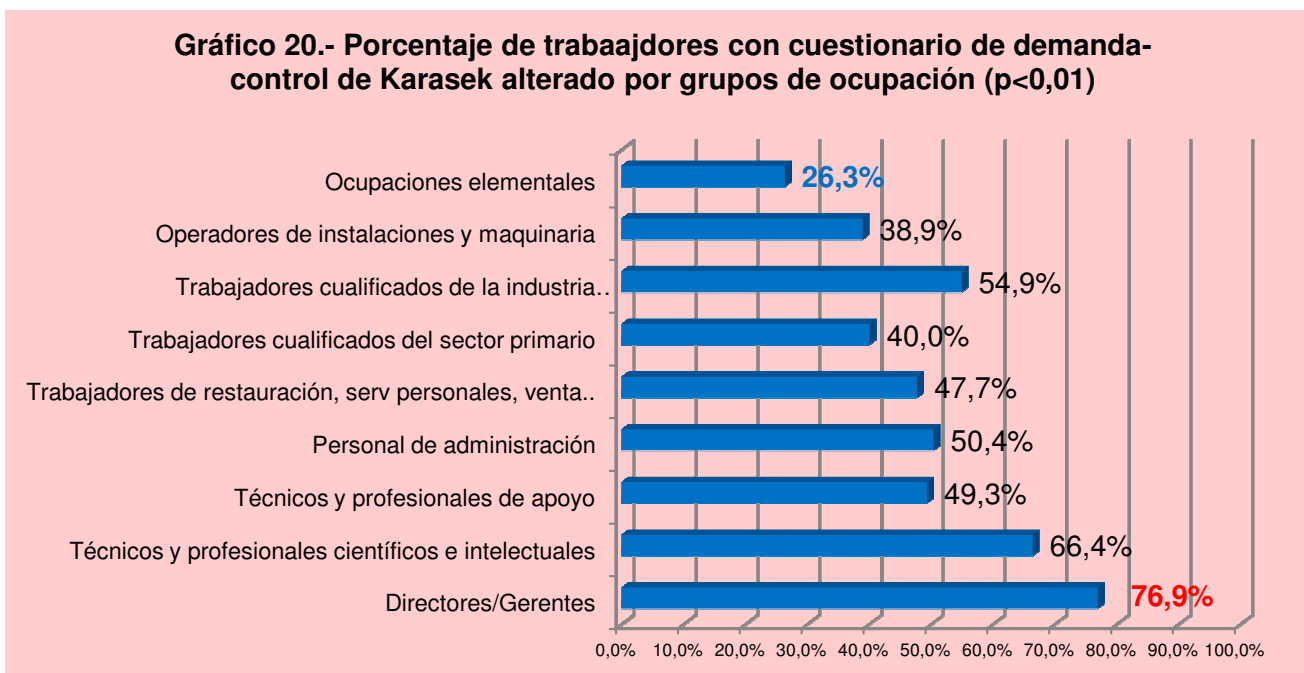
Grupo de actividad	Normal		Alterado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Actividades Sanitarias	43	34,4	82	65,6	125	100
Administración pública, local, autonómica o estatal	65	57,0	49	43,0	114	100
Construcción	13	44,8	16	55,2	29	100
Enseñanza	89	41,2	127	58,8	216	100
Generación, transporte y suministro de energía	46	47,2	51	52,6	97	100
Industria	59	51,8	55	48,2	114	100
Otras empresas de servicios	258	46,5	297	53,5	555	100
Sector primario	24	66,7	12	33,3	36	100
Servicios financieros	80	56,7	61	43,3	141	100
TOTAL	677	47,4	750	52,6	1427	100

Aquellos trabajos que requieren **poca carga física** tienen por resultado del cuestionario de demanda-control (54,8%), que los que sí tiene elevada carga física (40,3%), siendo la diferencia significativa ($p<0,01$)(OR=1,36; IC95%= 1,12-1,61). Sin embargo para la carga emocional, el porcentaje de cuestionarios alterados es similar entre los expuestos y los no expuestos.

Un 68,1% de los trabajadores que su trabajo requiere **atención directa a personas** tiene alterado el cuestionario de Karasek, frente al 47,8% de los que no manifiestan este riesgo ($p < 0,01$) (OR=1,34; IC95%= 1,08-1,67).

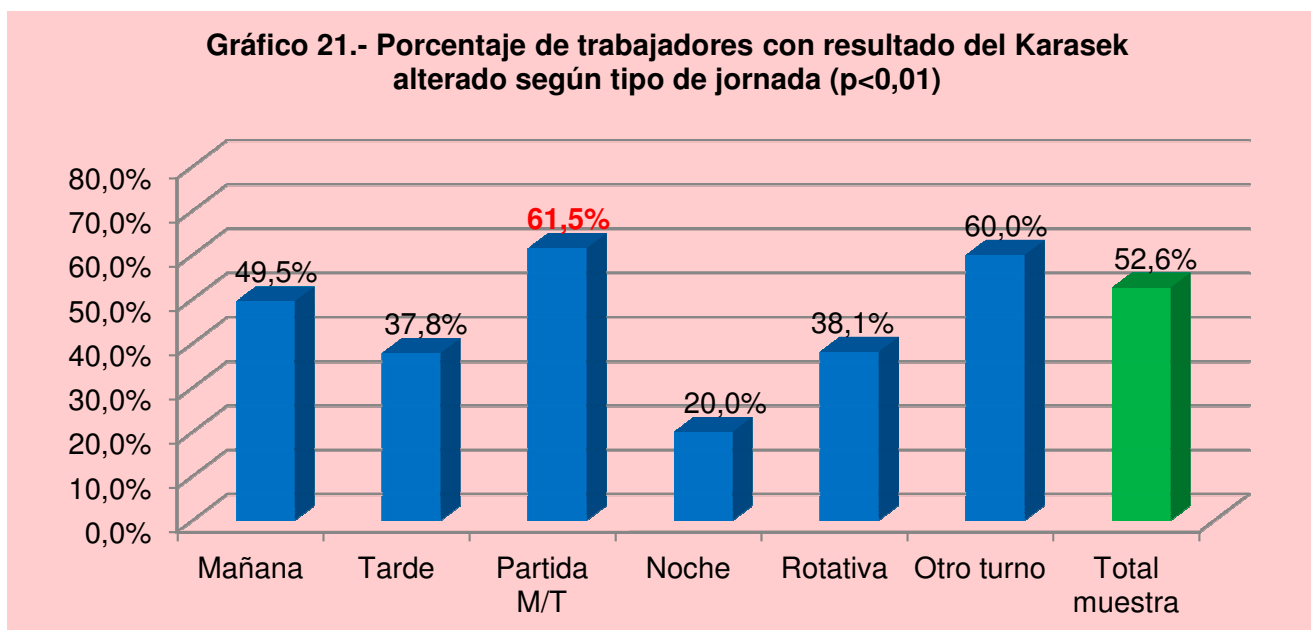
Por **Sector Económico**, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($p > 0,1$). El porcentaje de trabajadores del sector Primario con el cuestionario *Karasek* alterado se sitúa en el 33,3% de la muestra, frente al 55,2% en la Construcción, 48,2% en la Industria y el 53,4% en los Servicios. Tampoco encontramos diferencias significativas en función del tamaño de las empresas.

Por grupos de ocupación, encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$), respecto al resultado del cuestionario de percepción de estrés por desequilibrio entre las demandas del puesto y el control, tal como vemos en el gráfico siguiente:



Según la **antigüedad en el mismo puesto** de trabajo encontramos un porcentaje de trabajadores con valores alterados del cuestionario de demanda-control **más alterados en los trabajadores con menor antigüedad** (de 1-5 años y de 6-10 años) en comparación con los de más antigüedad en el puesto (grupo de 11-15, 16-20 y ≥ 20 años), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,03$).

En función del tipo de **jornada de trabajo** encontramos diferencias muy significativas respecto al desequilibrio entre las demandas del puesto y el control ($p < 0,01$), siendo la jornada partida de mañana/tarde la que obtiene un peor resultado, frente al turno fijo de noches, que obtendría mejor valoración.



Asimismo, el 60,7% de aquellos trabajadores que su trabajo le obliga a **estar disponible fuera de las horas de trabajo**, tiene alterado el cuestionario de estrés de Karasek, frente al 49,8% que no han de estar disponibles ($p < 0,01$) (OR=1,55; IC95%= 1,22-1,98).

4.5. Valoración de alteraciones de la Salud.

La exposición a Factores de Riesgo Psicosocial en el trabajo, si no se adoptan las medidas preventivas necesarias, van a producir diferentes alteraciones del estado de salud físico y mental de los trabajadores expuestos.

A continuación, presentamos los principales resultados sobre el impacto sobre el estado de salud percibido entre los trabajadores de la muestra correspondientes al *Bloque V* del *cuestionario Iceberg*.

4.5.1. Valoración global del estado de salud: Estado de salud actual percibido y comparado.

Un primer indicador de salud, muy utilizado en salud pública, es la autopercepción de la propia salud referida al último año, como de la percepción del estado actual de salud, en comparación con el de hace 12 meses, mediante una pregunta simple de gran valor pronóstico en la salud futura.

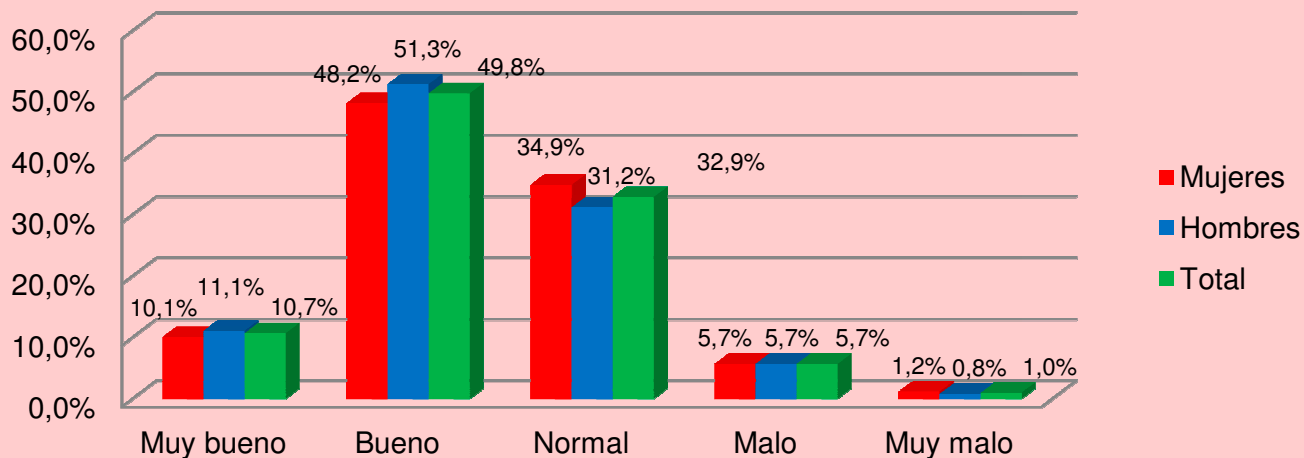
Dicho indicador, es utilizado en la Encuesta Nacional de Salud (2011)⁵⁸. Según el resultado de dicha encuesta, el 75,3% de las personas mayores de 16 años valoran positivamente su salud actual (muy buena o buena), con diferencias significativas según el sexo, ya que dicha valoración alcanza al 71,3% de las mujeres frente al 79,3% de los varones.

Según los datos del *estudio Iceberg*, el **60,5% de la población manifiesta tener un estado actual de salud muy bueno o bueno**, significativamente peor que para la población general. El porcentaje entre las mujeres es del 58,3% y entre los varones 62,3%, no siendo significativa la diferencia ($p < 0,5$).

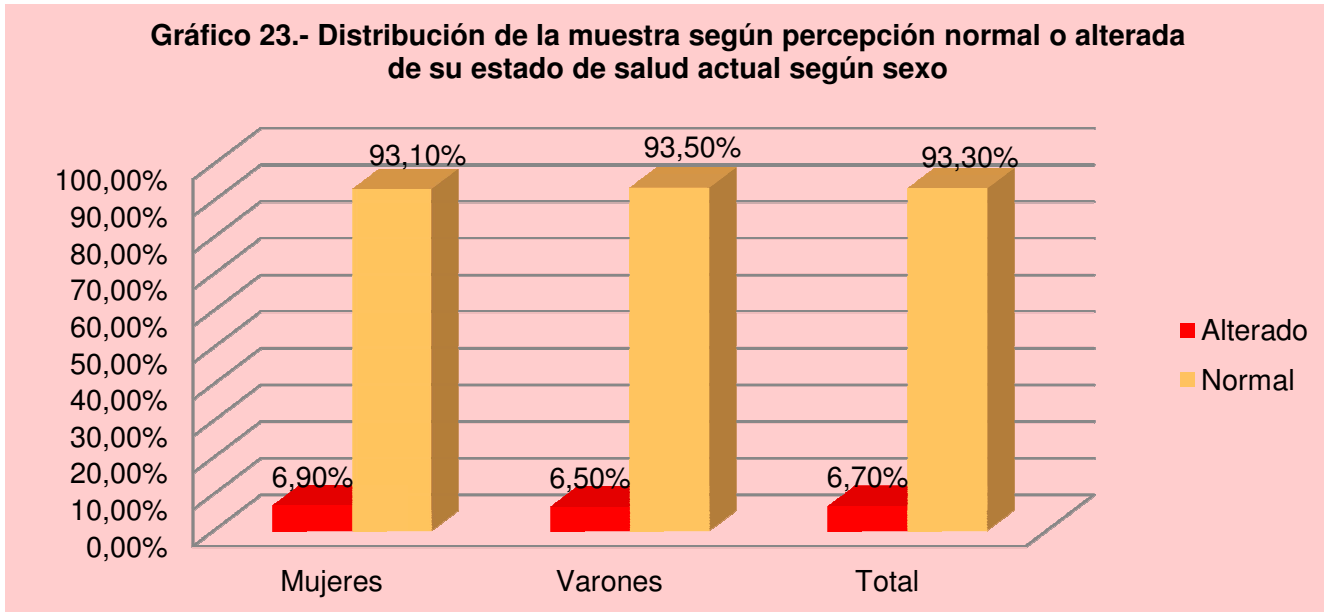
En el gráfico siguiente podemos analizar los resultados con mayor detalle.

58 ENS 2013. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>

Gráfico 22.- Percepción del estado actual de salud en los últimos 12 meses, según sexo (p>0,5)

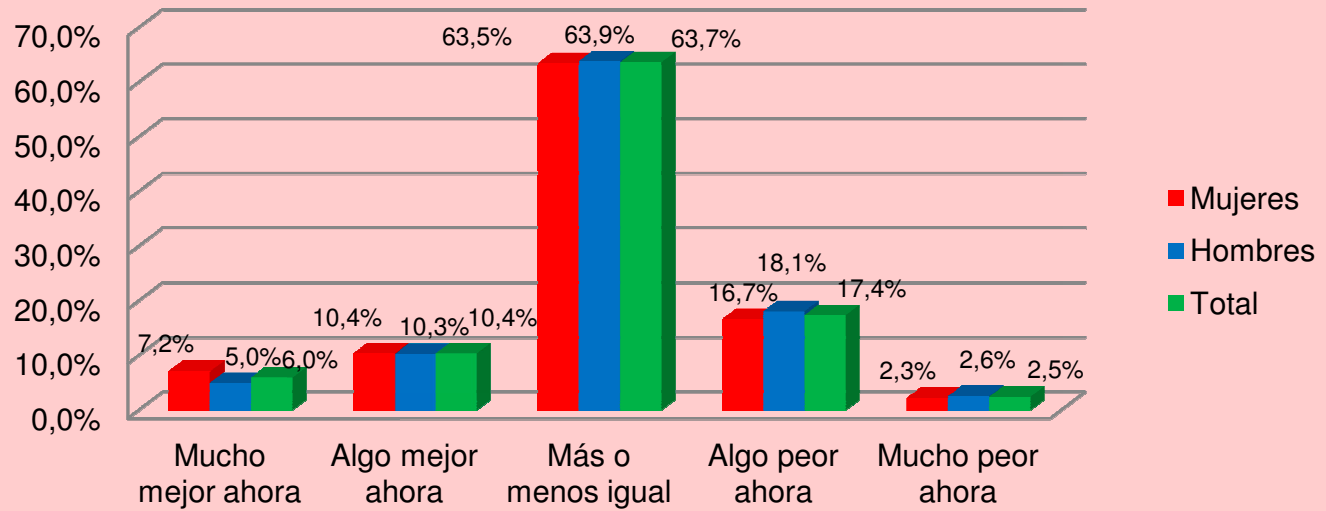


Si agrupamos los trabajadores que perciben su actual estado de salud como malo o muy malo, como alterados, y los que indican tener un estado de salud muy bueno, bueno o normal como normales, los resultados son los siguientes:



Así mismo, en nuestro estudio valoramos la percepción del estado de salud actual, en comparación con la salud de hace 12 meses, obteniendo los siguientes resultados:

Gráfico 24.- Percepción del estado de salud actual comprado con el de hace un año, según sexo



Un 19,9% de los trabajadores de la muestra tendrían peor estado de salud que hace un año y el 80,1% igual o mejor, no encontrado diferencias significativas.

4.5.2.-Valoración del estado de salud mental: Cuestionario General de Salud GHQ-12 de Goldberg

Junto a la percepción del estado de salud general, analizamos la percepción del **estado de salud mental**, utilizando como instrumento de medida el **Cuestionario General de Salud GHQ-12 de Goldberg**, ampliamente utilizado en estudios sobre salud mental en población laboral, ya que su estructura factorial incluiría los factores de **ansiedad y depresión o bienestar psicológico**.

En la literatura consultada se encuentran estudios contradictorios respecto al nivel de corte utilizado para establecer posibilidad o sospecha de psicopatología. En nuestro estudio, presentamos los resultados utilizando como nivel de corte valores ≥ 3 puntos, que es el que utiliza la Encuesta Nacional de Salud y la mayoría de los estudios sobre salud mental en población laboral, y el nivel de corte ≥ 5 puntos, propuesto por Idoate VM y Ruiz E, 2008.

El valor medio obtenido en los trabajadores del *estudio Iceberg* es de 2,82 puntos, con un rango entre 0-10 puntos y una $DE \pm 2,68$. En las mujeres, la puntuación media es de 3,04 (rango 0-12 y $DE \pm 3,50$ mientras que en los varones, el valor medio es de 2,64 (rango 0-12 y $DE \pm 3,25$), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

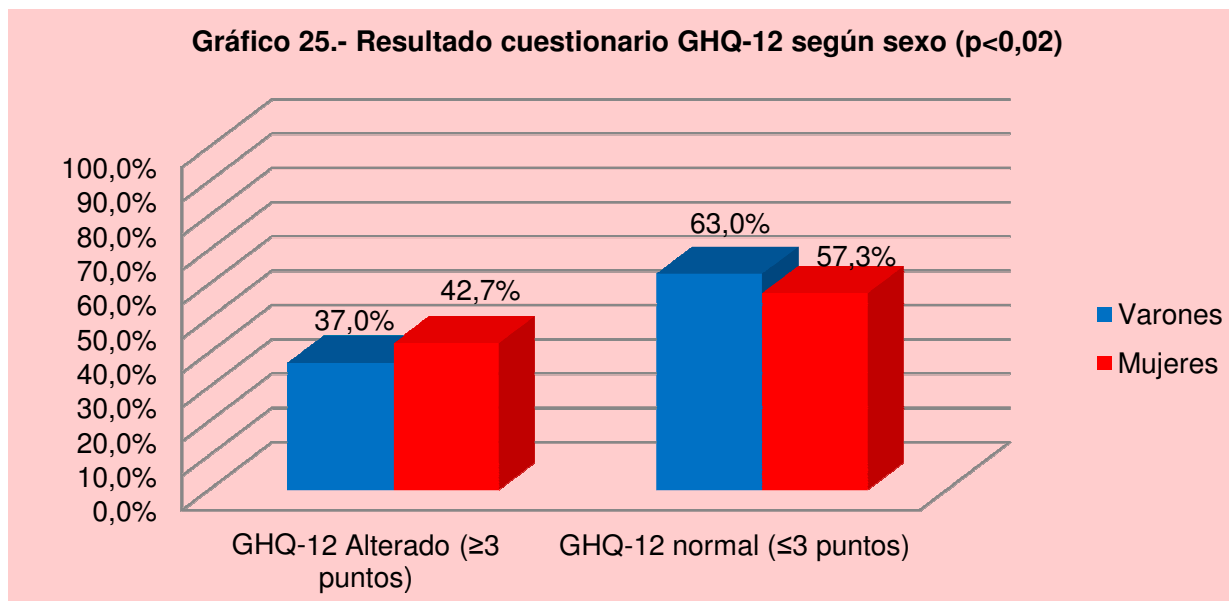
El **39,6%** del conjunto de trabajadores de la muestra tendrían un **valor alterado ≥ 3 puntos**, con probabilidad o sospecha de psicopatología. Tal como vemos en la gráfica siguiente, encontramos peor salud mental entre las trabajadoras, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,02$) ($OR = 1,53$; $IC95\% = 1,02-1,31$). No encontramos diferencias significativas por grupos de antigüedad en el mismo puesto.

Según la clasificación propuesta por Idoate VM y Ruiz E, el 15,8% de los trabajadores de la muestra obtendría una puntuación de ≥ 7 puntos, indicativo de presencia de psicopatología y un 10,6% puntuación entre 5-6 puntos sospecha de psicopatología.

Aquellos trabajadores que se consideran **población diana**, por estar expuestos a factores de riesgo psicosocial en su trabajo, tiene una mayor prevalencia de alteraciones en el GHQ-12, tanto para el nivel de corte de ≥ 3 puntos como el de ≥ 5 puntos.

El 41,8% de los trabajadores que se consideran incluidos como población diana al estar expuestos a factores de riesgo psicosocial en el trabajo tiene alterado el GHQ-12 (≥ 3 puntos), frente al 26,1% de los que no se consideran

expuestos ($p < 0,01$) ($OR = 2,03$; $IC95\% = 1,46-2,84$), para el nivel de corte de ≥ 5 puntos, el 28,0% los expuestos tendría alterado el GHQ-12, frente al 16,7% de lo no expuestos ($p < 0,01$) ($OR = 1,93$; $IC95\% = 1,31-2,85$).



Encontramos diferencias significativas en el valor del GHQ-12, en función de la **titularidad de la empresa** donde trabaja el trabajador. Así, el **41,6%** de los trabajadores que trabajan en la **empresa privada** tiene alterado el GHQ-12 frente al 35,6% en el caso de los trabajadores del sector público, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,03$) ($OR = 1,17$; $IC95\% = 1,01-1,35$). No encontramos diferencias significativas según el tamaño de la plantilla de las empresas.

También encontramos diferencias significativas en el porcentaje de trabajadores con el cuestionario GHQ-12 alterado (≥ 3 puntos), según el grupo de actividades en el que hemos estratificado la muestra ($p < 0,01$). En la tabla siguiente podemos ver los resultados:

Tabla 10.- Distribución porcentual de trabajadores con el cuestionario GHQ-12 alterado según el tipo de actividad laboral (nivel de corte ≥ 3 puntos)

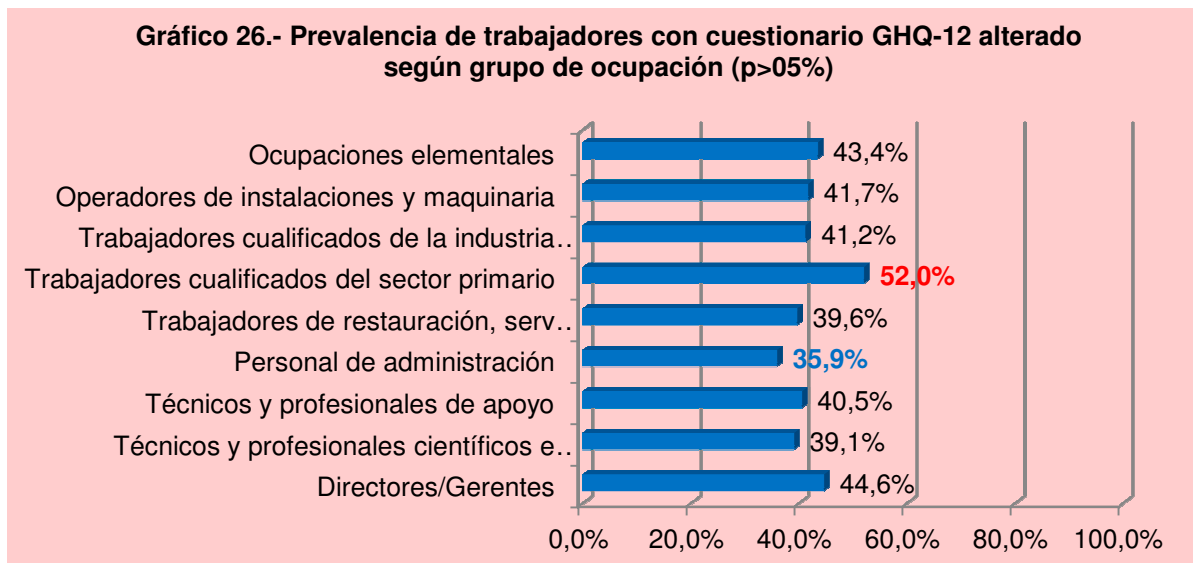
Grupo de actividad	Normal		Alterado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Actividades Sanitarias	72	57,6	53	42,4	125	100
Administración pública, local, autonómica o estatal	67	58,8	47	41,2	114	100
Construcción	16	55,2	13	44,8	29	100
Enseñanza	137	63,4	79	36,6	216	100
Generación, transporte y suministro de energía	73	75,3	24	24,7	97	100
Industria	55	48,2	59	51,8	114	100
Otras empresas de servicios	341	61,4	214	38,6	555	100
Sector primario	23	63,9	13	36,1	36	100
Servicios financieros	78	55,3	63	44,7	141	100
TOTAL	862	60,4	565	39,6	1427	100

Los trabajadores expuestos a una elevada **carga física** tienen una mayor prevalencia del GHQ-12 alterado, pero la diferencia no resulta significativa respecto a los que no refieren excesiva carga física.

El **sector Industrial**, muestra un **peor estado de salud mental** mientras que el sector de generación, transporte y suministro de energía muestra el mejor nivel de salud mental del colectivo.

Si reagrupamos por **Sector Económico**, el porcentaje de cuestionarios GHQ-12 alterados afectaría al 36,1% de los trabajadores del sector Primario, al 44,8% de los trabajadores de la Construcción, al **51,8% de los trabajadores de la industria** y al 38,5% de los trabajadores del sector Servicios, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

En el gráfico siguiente, podemos analizar el resultado del cuestionario de salud mental, por grupos de ocupaciones, destacando peor resultado entre los trabajadores cualificados del sector primario y el mejor entre el personal de administración, si bien las diferencias no son estadísticamente significativas.



Si utilizamos como **nivel de corte valores ≥ 5 puntos** encontramos una mayor afectación entre las mujeres (28,0%) frente a los varones (25,1%), si bien la diferencia no resulta estadísticamente significativa ($p>0,2$). Para el conjunto de los trabajadores, el 26,5% tendrían sospecha de una psicopatología. Tampoco encontramos diferencias significativas según se trabaje en la empresa privada (27,5% alterados) o en la pública (24,2% alterados).

El 46,0% de los trabajadores que refieren una **elevada demanda y un bajo control** en su trabajo presentan alteración del GHQ-12, frente al 33,9% que no refieren este riesgo ($p<0,01$)(OR=1,66; IC95%=1,34-2,06). Para el nivel de corte ≥ 5 puntos, las diferencias son igualmente significativas.

El 44,9% de los trabajadores que trabajan a **turnos** (rotatorio y/o turno nocturno) tiene alterado el cuestionario GHQ-12 para un nivel de corte de ≥ 3 puntos y el 31,7% para un nivel de corte de ≥ 5 puntos, siendo las diferencias significativas frente a los no expuestos (38,5% y 25,3% respectivamente)($p<0,05$) (OR= 1,37; IC95%= 1,01-1,84).

Los trabajadores que dicen estar expuestos a **riesgo de violencia externa** tienen peor resultado del GHQ-12. Así, el 45,6% de los trabajadores expuestos tienen alterado el cuestionario de salud mental, y en los no expuestos, el porcentaje es del 38,1% ($p < 0,02$) (OR=1,36; IC95%= 1,05-1,77). Las diferencias son significativas para ambos niveles de corte de 3 y 5 puntos).

Lo mismo ocurre entre los trabajadores que dicen estar expuestos a **riesgo de violencia interna**, ya que obtienen un peor resultado del GHQ-12. Así, el 52,4% de los trabajadores expuestos a ese factor tienen alterado el cuestionario de salud mental, y en los no expuestos, el porcentaje es del 37,4% ($p < 0,01$) (OR=1,84; IC95%= 1,37-2,47). Las diferencias también son significativas para ambos niveles de corte de 3 y 5 puntos).

Por **Sector Económico**, el porcentaje de cuestionarios GHQ-12 alterados afectaría en este caso al 25,0% de los trabajadores del sector Primario, al 31,0% de los trabajadores de la Construcción, al **38,6% de los trabajadores de la industria** y al 25,2% de los trabajadores del sector Servicios, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Por **sectores de actividad**, encontramos resultado parejos que con el nivel de corte ≥ 3 puntos como vemos en la tabla siguiente:

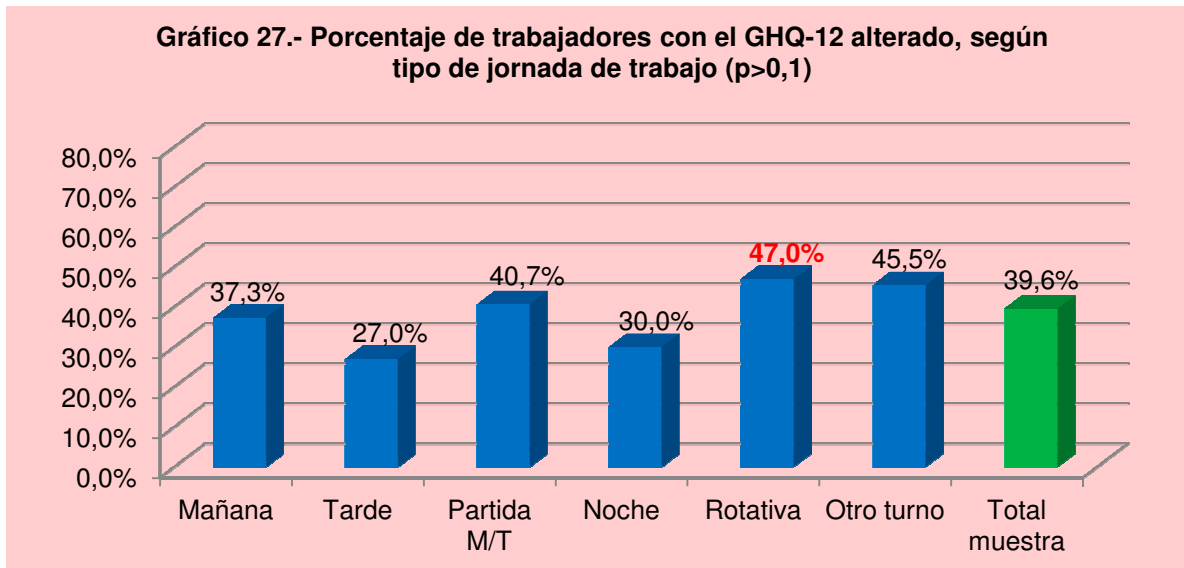
Tabla 11.- Distribución porcentual de trabajadores con el cuestionario GHQ-12 alterado según el tipo de actividad laboral (nivel de corte ≥ 5 puntos) ($p < 0,03$)						
Grupo de actividad	Normal		Alterado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Actividades Sanitarias	92	73,6	33	26,4	125	100
Administración pública, local, autonómica o estatal	84	73,7	30	26,3	114	100
Construcción	20	69,0	9	31,0	29	100
Enseñanza	159	73,6	57	26,4	216	100
Generación, transporte y suministro de energía	82	84,5	15	15,5	97	100
Industria	70	61,4	44	38,6	114	100
Otras empresas de servicios	418	75,3	137	24,7	555	100
Sector primario	27	75,0	9	25,0	36	100
Servicios financieros	98	69,5	43	30,5	141	100
TOTAL	1050	73,6	377	26,4	1427	100

El **grupo de ocupación** de trabajadores no cualificados, con un 35,4% y el de Dirección/Gerencia, con un 32,3%, son los que tendrían un mayor porcentaje de cuestionarios alterados y los de Administración y los Trabajadores cualificados de las industrias manufactureras o de la construcción, los de menor porcentaje, con un 24,4% y 23,5% respectivamente, si bien las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas ($p > 0,5$).

Según la **antigüedad en el puesto de trabajo actual**, los trabajadores con menor antigüedad (grupos de 1-5, 6-10 años) tiene un porcentaje de GHQ-12 alterado superior a los grupos de antigüedad mayores, aunque la diferencia no resulta significativa ($p > 0,5$).

El 49,0% de los trabajadores que trabajan en un puesto de trabajo con **elevada carga emocional** tiene alterado el GHQ-12 (≥ 3 puntos) frente al 32,2% de los no expuestos a dicho factor, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) (OR=2,03; IC95%= 1,64-2,52). Para el nivel de corte ≥ 5 puntos, el porcentaje de GHQ-12 alterado entre los expuestos a elevada carga emocional es del 33,1%, frente al 21,2% en lo no expuestos ($p < 0,01$) (OR=1,85; IC95%= 1,46-2,34).

Los trabajadores con **turno de trabajo rotativo** son los que tiene un porcentaje mayor de alteración en el cuestionario GHQ-12 (47,0%), si bien la diferencia no estadísticamente significativa con relación al resto de horarios de trabajo ($p > 0,1$)



El **45,3%** de los trabajadores que tienen que trabajar en **fines de semana o festivos** tiene **alterado el GHQ-12** (nivel de corte ≥ 3), frente al 37,8% de los trabajadores que no trabajan dichos días, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,02$) (OR=1,36; IC95%= 1,06-1,75).

Cuando aplicamos el nivel de corte ≥ 5 , el 31,2% de los trabajadores que tienen que trabajar en **fin de semana o festivos** tiene **alterado el GHQ-12**, frente al 25,0% de los trabajadores que no trabajan dichos días, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,02$)(OR=1,37; IC95%= 1,04-1,79).

Asimismo, el 46,5% de aquellos trabajadores que su trabajo le obliga a **estar disponible fuera de las horas de trabajo** tiene alterado el cuestionario de salud mental GHQ-12, frente al 37,2% que no han de estar disponibles ($p < 0,01$)(OR=1,47; IC95%= 1,15-1,87).

En nuestro estudio, los trabajadores con el GHQ-12 alterado tienen mayor incidencia de alteraciones del **Índice de Masa Corporal**, pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

El 46,2% de los trabajadores con el GHQ-12 alterado para un nivel de corte de ≥ 3 presentan **cifras elevadas de tensión arterial**, mientras que el porcentaje es del 38,6% entre los que tiene la tensión normal, siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$)(OR=1,38; IC95%= 1,01-1,86), y para un nivel de corte de ≥ 5 puntos, el 33,9% de los trabajadores con el GHQ alterado tendrían alterada la tensión arterial, frente al 25,3% de los que tiene la tensión normal, siendo la diferencia también significativa ($p < 0,02$)(OR=1,51; IC95%=1,09-2,10).

El 67,2% de los trabajadores que refieren haber **iniciado o aumentado el consumo de tabaco, alcohol, medicamentos u otras sustancias**, presentan una valoración del cuestionario GHQ-12 alterada, frente al 35,2% de los que indican que no han iniciado o aumentado el consumo de dichas sustancias, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$)(OR=3,77; IC95%= 2,74-5,19). Para el nivel de corte ≥ 5 puntos, los porcentajes son del 53,5% y 22,1% respectivamente, siendo la diferencia igualmente significativa ($p < 0,01$).

Como hemos comentado, las **alteraciones del sueño** se asocian con los riesgos psicosociales. Según los datos de nuestro estudio, el 69,0% de los trabajadores con alteraciones del sueño, tiene el GHQ-12 alterado, frente al 30,6% de los que no presentan alteraciones del sueño, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$)(OR=5,04; IC95%= 3,87-6,57). Para el nivel de corte ≥ 5 puntos, los porcentajes son del 52,5% y 18,4% respectivamente, siendo la diferencia igualmente significativa ($p < 0,01$) (OR=4,91; IC95%=3,77-6,39).

El 77,8% de los trabajadores que están tomando habitualmente **medicamentos psicotropos** (ansiolíticos, antidepresivos, relajantes musculares o inductores del sueño), presentan un cuestionario GHQ-12 alterado, frente

al 36,2% de los que no toman dicha medicación ($p<0,01$)(OR=6,17; IC95%= 3,93-9,68). Para el nivel de corte ≥ 5 puntos, los porcentajes son del 62,4% y 23,2% respectivamente, siendo la diferencia igualmente significativa ($p<0,01$) (OR=5,49; IC95%=3,69-8,15).

El 80,0% de los trabajadores que perciben su **estado actual de salud** en el último año alterado (malo o muy malo) tiene alterado el cuestionario GHQ12 (≥ 3 puntos), mientras que los que su estado de salud actual es normal, el porcentaje es del 36,7%. ($p<0,01$)(OR= 6,89; IC95%= 4,12-11,54). Para el nivel de corte ≥ 5 puntos, también encontramos diferencias muy significativas. El 71,6% de los trabajadores con estado actual de salud alterado tendrían el GHQ-12 alterado, frente al 23,1% de los que perciben su estado actual de salud como normal. ($p<0,01$)(OR=8,38; IC95%= 5,24-13,25).

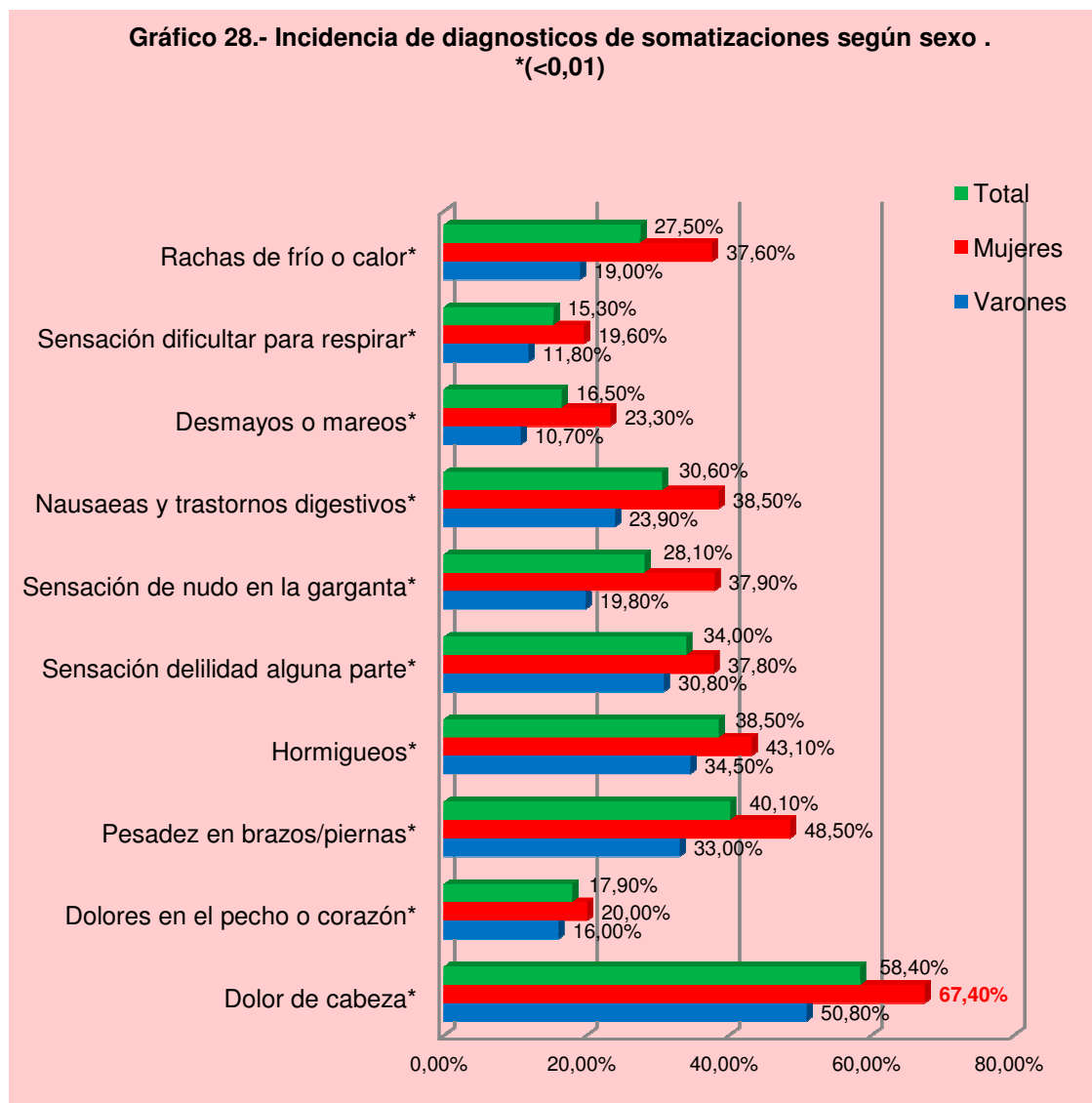
Respecto al **estado de salud actual comparado con el de hace un año**, también encontramos diferencias significativas. El 63,4% de los trabajadores que tiene un estado de salud actual peor o mucho peor que hace un año tiene alterado el GHQ-12, frente al 33,7% en los trabajadores cuyo estado de salud actual es igual o mejor que hace un año. ($p<0,01$)(OR=3,41; IC95%= 2,59-4,47). Cuando analizamos el GHQ-12 con nivel de corte ≥ 5 puntos, también encontramos diferencias significativas. Un 52,8% de los trabajadores que perciben su salud actual peor que la de hace un año tendrían alterado el GHQ-12, frente al 19,9% de los que la perciben igual o mejor ($p<0,01$)(OR=4,52; IC95%= 3,43-5,94).

4.5.3. Valoración del estado de salud mental: Cuestionario de sintomatología psicosomática.

Dentro de los instrumentos del *cuestionario Iceberg* para evaluar el impacto sobre la salud de la exposición a factores de riesgo psicosocial, se ha incorporado un **cuestionario de sintomatología psicosomática** (somatizaciones), que se ha basado en el cuestionario validado SCL-90 de Derogatis⁵⁹. Incluye 10 cuestiones sobre somatizaciones relacionadas en la literatura con la exposición a dichos factores de riesgo, haciendo referencia a su padecimiento en los 12 últimos meses, y si han sido motivo de incapacidad para el trabajo, considerándose como positivo, cuando se presentan 3 somatizaciones o más, o cuando se ha padecido una incapacidad para trabajar en el último año por alguno de los 10 síntomas.

59 Derogatis LR (1991) SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas

En el gráfico siguiente, se analizan la incidencia de dichas alteraciones en el último año, atribuidas a la exposición a factores de riesgo psicosocial, y según sexo.



La media de diagnósticos de somatizaciones por trabajador es de 3,07, con un rango entre 0 y 10 y una DE \pm 2,68. La **media de diagnósticos entre las trabajadoras es de 3,74** (rango 0-10 y DE \pm 2,78) y entre los trabajadores, 2,50 (rango 0-10 y DE \pm 2,46), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

El 21% de los trabajadores de la muestra no tendrían ningún síntoma, un 14,9% uno y el 14,9% 2 síntomas. En nivel de corte para considerar alterado este apartado, es de 3 o más síntomas, que afectaría al 49,3% del total de la muestra.

El 52,4% de los trabajadores que tiene alterado el cuestionario general de salud GHQ-12 tendrían también alterado el cuestionario de somatizaciones (3 o más diagnósticos en el último año), mientras que los trabajadores que tiene normal en cuestionario de somatizaciones, solo un 16,6% tendrían alterado el GHQ-12.

Por otro lado, se ha analizado si dicha sintomatología ha ocasionado **incapacidad temporal** en el último año. El 86,1% de los trabajadores no ha estado de baja y un 13,9% habría estado de baja en los últimos 12 meses por alguno de dichos diagnósticos.

El 13,9% del total de trabajadores de la muestra, refiere haber estado de baja por alguno de dichos síntomas en ellos últimos 12 meses, un 17,3% de las mujeres y un 11,1% de los varones ($p < 0,01$).

Entre los trabajadores que han estado de baja por alguna somatización en los últimos 12 meses, un 65,8% tiene alterado el GHQ-12, mientras que el porcentaje entre los que no han estado de baja, es del 33,3%, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) (OR=3,54; IC95%= 2,57-4,83).

4.5.4. Valoración del estado de salud mental: Cuestionario de trastornos musculoesqueléticos.

(Cuestionario Nórdico adaptado)

Por último, en el presente bloque, hemos incluido como parte del *cuestionario Iceberg*, el **cuestionario de trastornos musculoesqueléticos** (Cuestionario Nórdico Estandarizado adaptado), así como la relación de los resultados obtenidos con la exposición a factores psicosociales, ergonómicos y/o extralaborales.

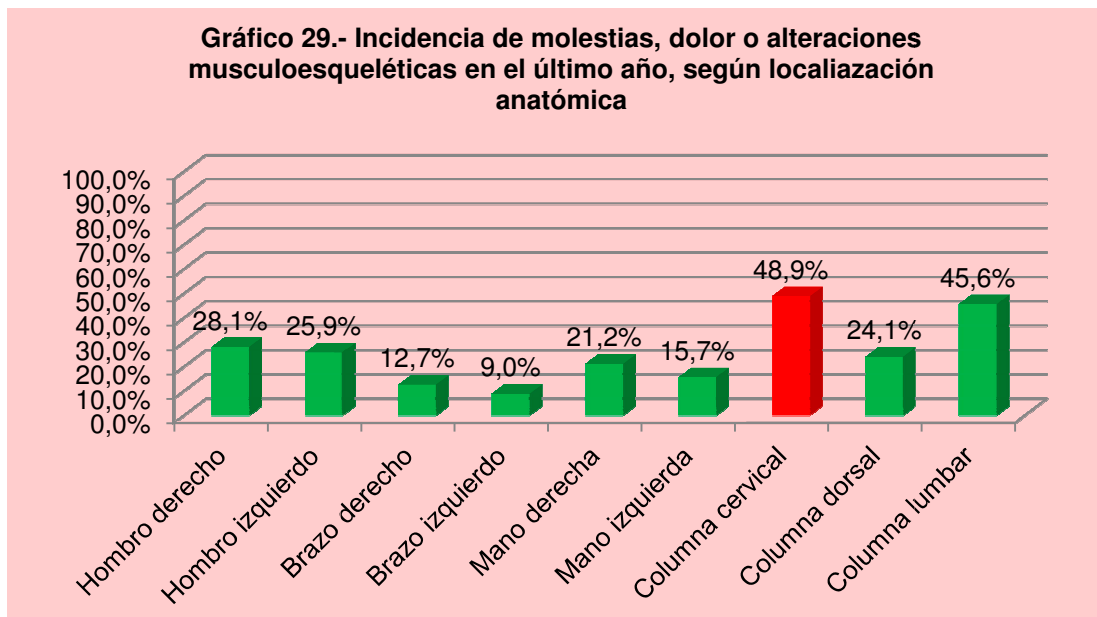
En nuestro estudio, consideramos que el cuestionario nórdico está alterado, cuando el trabajador refiere haber padecido molestias en los 12 últimos meses, en al menos 2 localizaciones anatómicas siguientes: hombros, brazos, codos, muñecas cuello columna dorsal y cervical.

Asimismo, se consideraría como alterado, cuando el trabajador ha tenido una incapacidad temporal por molestias en una de las localizaciones señaladas, en los 12 últimos meses.

Según dichos criterios, encontramos los siguientes resultados más destacados:

El **55,3%** de los trabajadores del estudio tiene **alterado el cuestionario nórdico**, ya que refieren haber padecido dolor en al menos 2 localizaciones anatómicas descritas, en el último año, con diferencias significativas según el sexo. Así, afectaría al 63,9% de las mujeres y al 48,2% de los varones ($p < 0,01$).

Según la localización anatómica, es a nivel del cuello donde se presenta una mayor incidencia de molestias en el último año, tal como vemos en el gráfico siguiente:



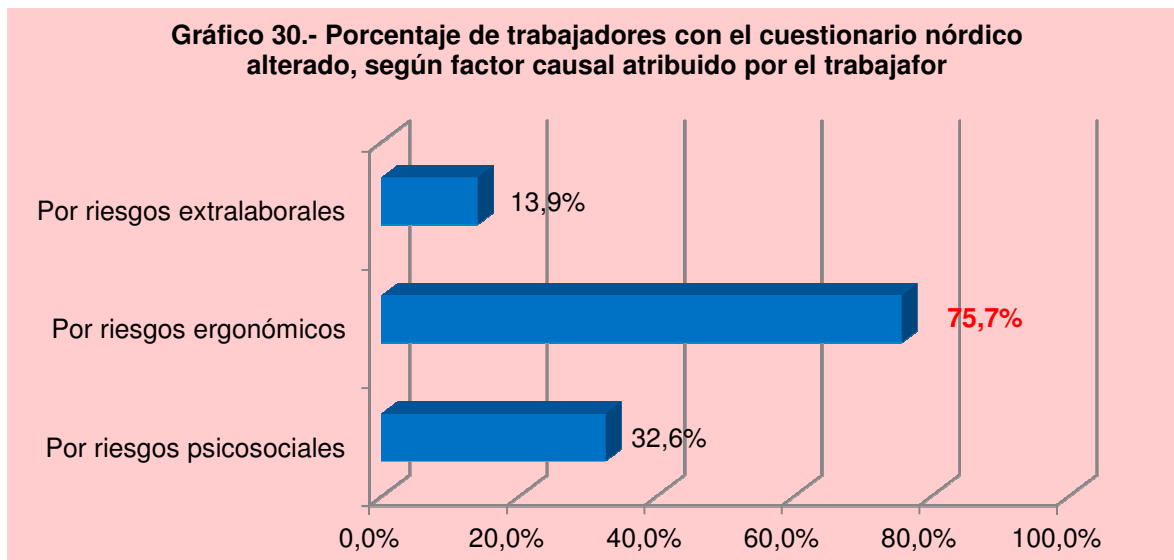
Cabe destacar la **relación existente entre el resultado del cuestionario GHQ-12 de salud mental**, y el cuestionario nórdico de trastornos musculo esqueléticos.

Así, el 70,8% de los trabajadores que tienen el cuestionario nórdico normal, tienen el GHQ-12 también normal, mientras que en los trabajadores con el cuestionario nórdico alterado, un 52,0% tiene el resultado del GHQ-12 normal, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$) ($OR = 2,25$; $IC95\% = 1,80-2,80$).

También encontramos **relación entre el resultado del cuestionario de factores de riesgo psicosociales y el cuestionario nórdico**. El 36,1% de los trabajadores que tiene en cuestionario nórdico normal tendrían el cuestionario de FRP alterado, mientras que entre los que tiene el cuestionario nórdico alterado, el porcentaje de trabajadores con el cuestionario de factores de riesgo psicosociales alterado es del 63,7% ($p < 0,01$) ($OR = 1,86$; $IC95\% = 1,50-2,30$).

Para la valoración general del puesto y el indicador general de malestar, también encontramos diferencias significativas entre los trabajadores que obtienen un resultado alterado del cuestionario nórdico ($p < 0,01$).

Tal como se ha indicado, se pregunta a los trabajadores si dichas molestias musculoesqueléticas del cuestionario nórdico, las atribuye a factores de riesgo psicosocial, a factores de riesgo ergonómicos y a factores de riesgo extralaborales u otras causas. En el gráfico siguiente podemos analizar los resultados obtenidos:



Como vemos, los **factores ergonómicos** (manipulación de cargas, riesgo postural, movimientos repetidos, etc.) son la principal causa atribuible por los trabajadores a sus dolencias (3 de cada 4 trabajadores), seguido de los factores de riesgo psicosocial (1 de cada 3 trabajadores). Algunos trabajadores, refieren la multicausalidad de sus dolencias, indicando 2 o incluso las tres opciones señaladas.

Un **15,1%** del total de trabajadores de la muestra refiere haber estado de **baja en el último año por alguna molestia o dolencia musculoesquelética** en alguna de las localizaciones anatómicas indicadas en el cuestionario nórdico.

Encontramos **correlación entre el resultado del cuestionario de salud mental GHQ-12 y la incapacidad temporal por trastornos musculoesqueléticos (TME)**. Así, el 54,0% de los trabajadores que han estado de baja por un TME

tiene el GHQ-12 alterado, mientras que el porcentaje entre los que no han estado de baja por esta causa, es del 37,0% ($p < 0,01$) (OR=1,00; IC95%= 1,48-2,67).

También encontramos **correlación entre el resultado del cuestionario de factores de riesgo psicosociales (FRP) y la incapacidad temporal por TME**. El 52,1% de los trabajadores que han estado de baja por esta causa tiene alterado el cuestionario de FRP, frente al 43,1% entre los trabajadores que no han estado de baja ($p < 0,01$) (OR= 1,44; IC95%= 1,07-1,92).

4.6. Indicadores de daño y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.

A continuación en este *Bloque VI* del *cuestionario Iceberg*, pasamos a describir la prevalencia de diferentes patologías que según la revisión bibliográfica llevada a cabo, donde existe evidencia científica del origen causal de las mismas asociado a diferentes factores de riesgo o determinantes de la salud, entre los que estarían incluidos la exposición a factores de riesgo de naturaleza psicosocial.

Para ello, se incorporó al *cuestionario Iceberg* un listado 24 patologías donde existe evidencia científica con su relación con factores de riesgo psicosocial, y para cada una de dichas patologías, se pregunta al trabajador si piensa que el origen causal de la misma está relacionado con su trabajo actual, con otros factores fuera del trabajo, o por ambas circunstancias.

Dichas patologías están agrupadas en los siguientes apartados:

A) Patologías Mentales	Ansiedad Estrés Depresión Trastornos neuróticos
B) Enfermedades cardiovasculares	Hipertensión arterial Disrritmias cardiacas Taquicardia Palpitaciones Infarto de miocardio Angina de pecho
C) Enfermedades del aparato digestivo	Aftas o llagas bucales Úlcera gástrica o duodenal Gastritis y duodenitis Dispepsia digestiva Enteritis regional Colon irritable
D) Enfermedades de la piel	Dermatitis seborreica Dermatitis atópica Eccemas Caída del pelo
E) Enfermedades del aparato locomotor	Cervicalgia Tortícolis Dolor de espalda Mialgias

Pasamos a analizar de forma diferenciada los principales resultados obtenidos para cada grupo de patologías.

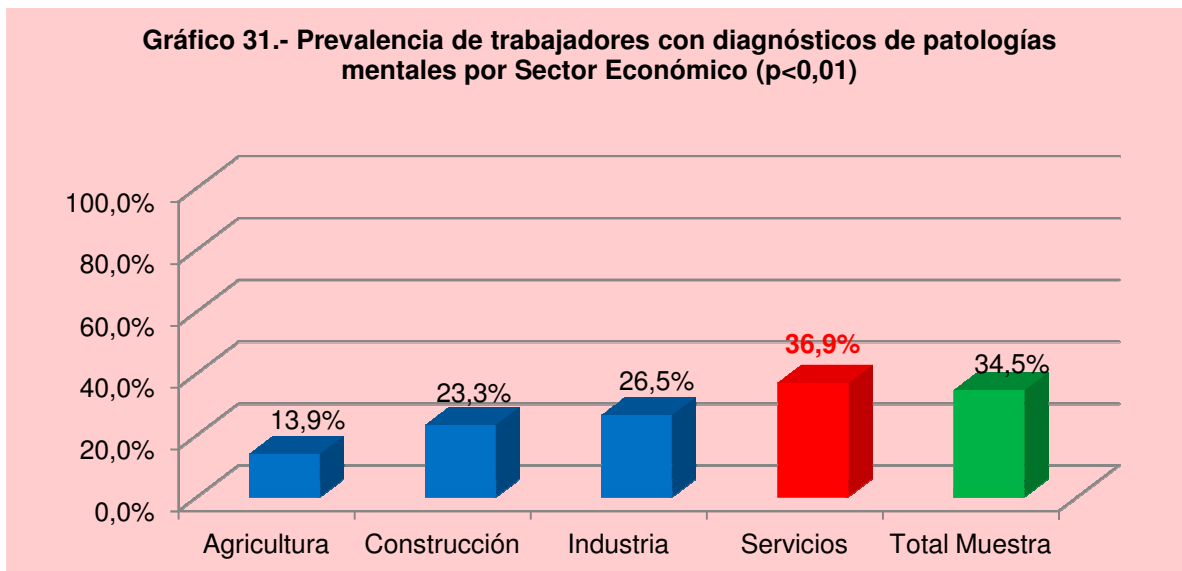
4.6.1. Indicadores de daño mental y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.

Respecto a las **patologías mentales** según la agrupación del Código Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC), los principales resultados obtenidos en el estudio son los siguientes:

Un total de 493 trabajadores de la muestra (**34,5%**) ha sido diagnosticado por alguna de las enfermedades incluidas en el Grupo A de patologías mentales, desde que trabajan en el puesto de trabajo actual. Encontramos diferencias estadísticamente significativas según el sexo. Así, el **54,8%** de las patologías se dan entre las **mujeres**, frente al 45,2% de los varones ($p < 0,01$) (OR=1,30; IC95%=1,16-1,45).

El porcentaje de mujeres con antecedentes de patologías mentales, incluidas en el grupo A, es del 33,9% para las patologías relacionadas con el trabajo y del 22,8% para las de origen extralaboral, significativamente mayores que para los varones, con un 24,2% y 11,8% respectivamente ($p < 0,01$).

Por **sector económico**, encontramos diferencias significativas, con una mayor prevalencia en el Sector Servicios ($p < 0,01$).



Tal como hemos indicado, el 85,8% de los trabajadores de la muestra se considera expuesto a factores de riesgo psicosociales en su puesto de trabajo actual (población diana). Dicho porcentaje, aumenta al 89,7% en aquellos trabajadores que refieren alteraciones del grupo de patologías mentales relacionadas con el trabajo, frente al 84,2% para los que no tienen dichas patologías ($p < 0,01$) (OR=1,64; IC95%=1,14-2,36)

Según el resultado del cuestionario de **exposición a factores de riesgo psicosociales**, el 55,8% de los trabajadores que han padecido patologías en este grupo tiene alterado el cuestionario de factores de riesgo psicosocial, mientras que el porcentaje baja al 44,3% entre los que no han sufrido patologías, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$) (OR=1,58; IC95%=1,27-1,97). Para las patologías mentales relacionadas con el trabajo, el 59,2% de trabajadores que las padecen o han padecido, tiene alterado el cuestionario de riesgos psicosociales, frente al 43,9% de los que no han padecido dichas patologías o en el caso de padecerlas, su origen es extralaboral ($p < 0,01$) (OR=1,85) (IC 95%=1,47-2,37). Sin embargo, para las patologías de etiología extralaboral, no hay diferencias significativas con relación al resultado del cuestionario de factores de riesgo psicosocial.

Lo mismo ocurre con el resultado del **cuestionario de salud mental GHQ-12**, el 59,6% de los trabajadores que han padecido patologías en este grupo tiene alterado el cuestionario de salud mental, mientras que el porcentaje baja al 29,0% entre los que no han sufrido patologías, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$) (OR=3,61; IC95%=2,87-4,54).

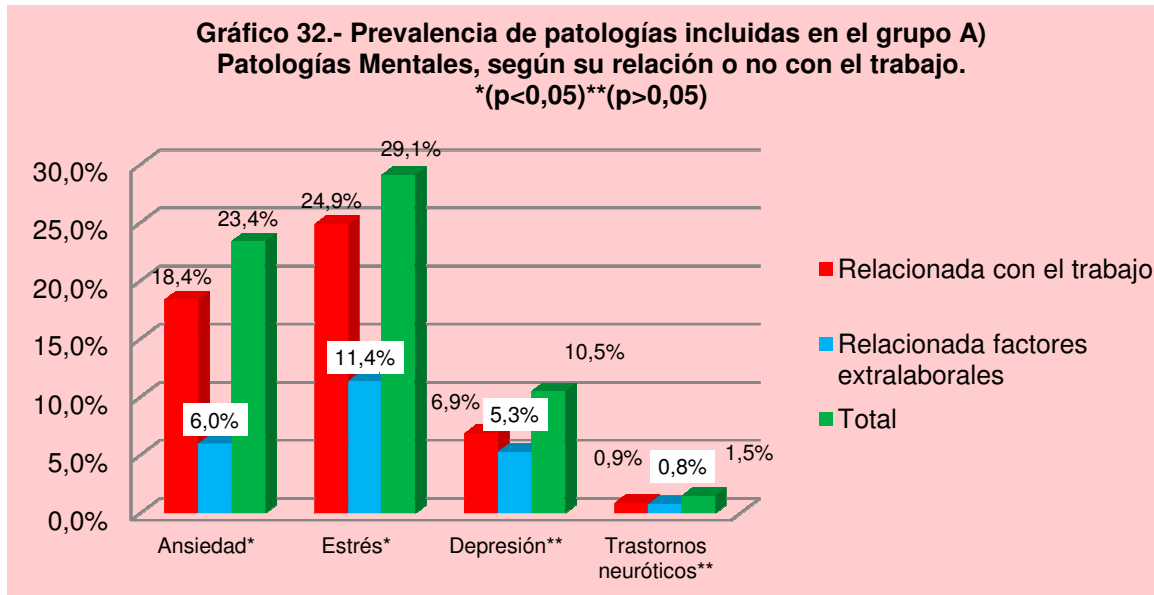
Las diferencias aún son más significativas cuando analizamos las patologías mentales atribuidas al trabajo como factor causal de las mismas. El **61,9%** de los trabajadores que refieren haber padecido alguna **patología mental relacionada con el trabajo** tienen a su vez **alterado el cuestionario de salud mental GHQ-12**, mientras que dicho porcentaje es del 30,6% entre los que no han padecido patologías, o éstas tienen un origen no laboral ($p < 0,01$) (OR=3,67; IC95%=2,88-4,66). También encontramos diferencias significativas en el resultado alterado del cuestionario GHQ-12, entre los trabajadores que refieren patologías mentales de origen no laboral (57,5%), con los que no padecen dichas patologías (36,0%) ($p < 0,01$) (OR=2,41; IC95%=1,82-3,19).

El **82,9%** de los trabajadores que han padecido estas patologías refieren que **están relacionadas con su trabajo actual, lo que equivale al 28,7% sobre el total de la muestra**. Por sectores de actividad, se evidencia la misma distribución que para el conjunto de trabajadores con patologías de salud mental, relacionadas con el trabajo o no. Un 11,1% de los trabajadores del sector agrario, han padecido alguna patología mental desde que trabajan en el sector,

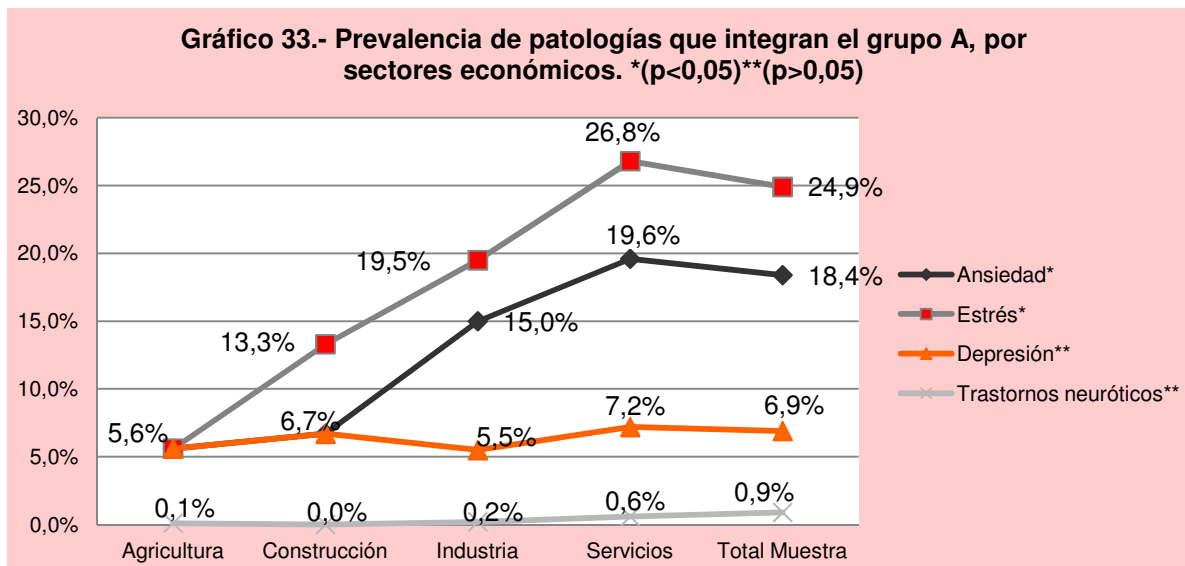
atribuida al trabajo, un 20,0% entre los trabajadores de la construcción, un 23,5% en el sector de la Industria y un **30,3% en los servicios** ($p < 0,02$).

Para las patologías mentales cuya causa atribuible no es laboral, la distribución por sectores es la siguiente: un 5,6% para los trabajadores del sector agrario, un 13,3% para los de la construcción, un 9,0% para la industria y un 18,6% para el sector servicios, siendo las diferencias significativas ($p < 0,01$).

En el gráfico siguiente, podemos analizar con detalle cada una de las patologías que integran este grupo, donde destaca el estrés como daño más prevalente.



Por sectores económicos de actividad, para todas las patologías, la mayor prevalencia la encontramos en el sector servicios, con diferencias significativas en el caso de la ansiedad y el estrés, tal como vemos en el siguiente gráfico:



4.6.2. Indicadores de daño cardiovascular y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.

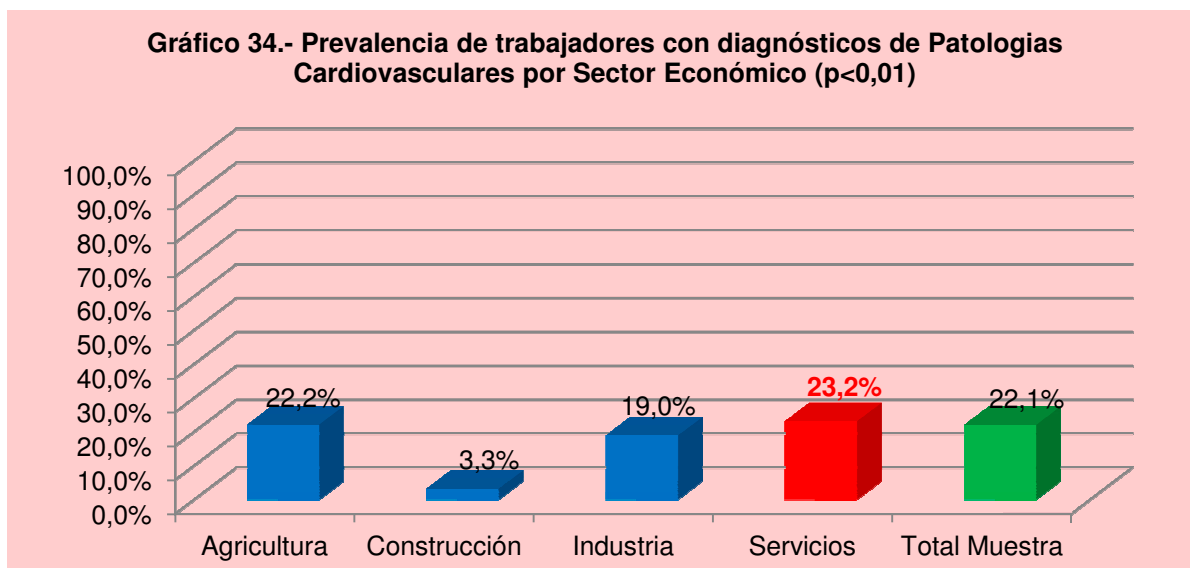
En cuanto al Grupo B de patologías del **aparato cardiovascular** según la agrupación del Código Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC), cuyos principales resultados obtenidos en el estudio *iceberg* son los siguientes:

Un 22,1% del conjunto de trabajadores de la muestra (316 trabajadores) señala que desde que trabaja en su puesto de trabajo actual ha sido diagnosticado de alguna de las enfermedades incluidas en el Grupo B de patologías cardiovasculares, sin diferencias según el sexo, tanto para las patologías cardiovasculares en su conjunto como las atribuidas a factores laborales o extralaborales.

El prevalencia de trabajadores con patologías atribuidas al trabajo es del 13,1% (59,3% sobre el total de las patologías) y un 9,8% (44,3% sobre el total) para las de causas extralaborales, sin diferencias significativas según el sexo.

El 92,5% de los trabajadores con patologías cardiovasculares que atribuyen como causa factores relacionados con el trabajo están considerados como población diana a FRP, frente al 84,8% de los trabajadores que no refieren patologías cardiovasculares, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$) (OR=2,22; IC95= 1,26-3,91).

Por **sector económico**, encontramos diferencias significativas, con una mayor prevalencia en el sector Servicios, seguido del sector Agrario ($p < 0,01$).



Según el resultado del cuestionario de **exposición a factores de riesgo psicosociales (cuestionario FRP)**, el 57,0% de los trabajadores que han padecido alguna patología cardiovascular de las incluidas en este Grupo B tiene alterado el cuestionario, mientras que el porcentaje baja al 45,8% entre los que no han sufrido patologías, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$)(OR= 1,56; IC95%=1,21-2,01).

Para las patologías cardiovasculares que han sido atribuidas a factores de riesgo laborales, el 68,4% de trabajadores que las padecen o han padecido tiene alterado el cuestionario de riesgos psicosociales, frente al 45,2% de los que no han padecido dichas patologías o en el caso de padecerlas, su origen es extralaboral ($p < 0,01$)(OR=2,63)(IC95%=1,89-3,64). Sin embargo, para las patologías de origen causal extralaboral, no hay diferencias significativas con relación al resultado del cuestionario de FRP.

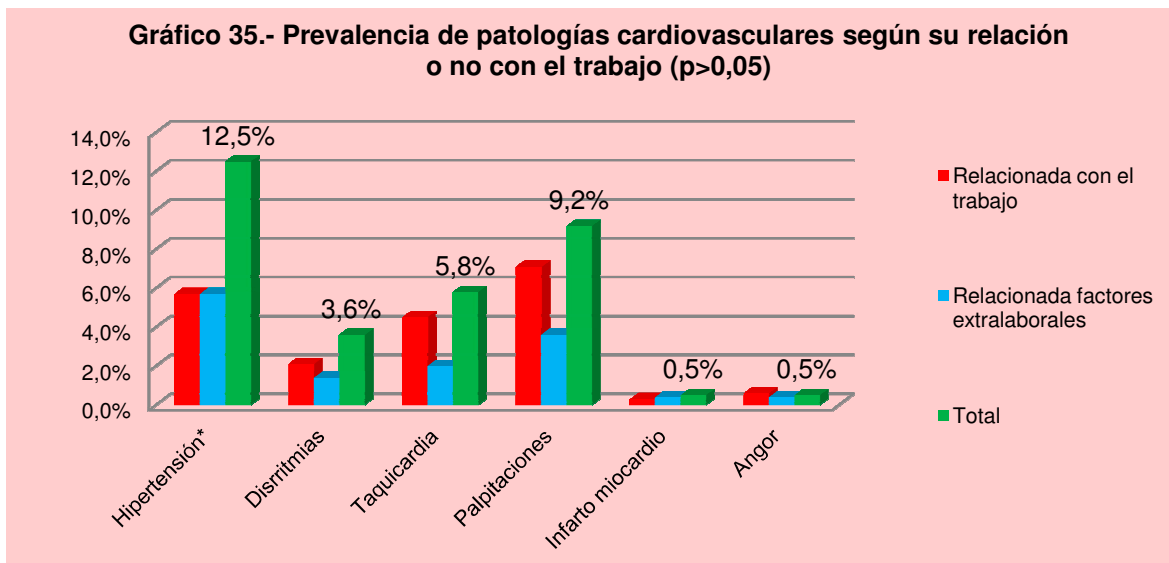
Lo mismo ocurre con el resultado del **cuestionario de salud mental GHQ-12**, el 51,6% de los trabajadores que han padecido patologías cardiovasculares incluidas en el Grupo B tiene alterado el cuestionario de salud mental, mientras que el porcentaje baja al 36,2% entre los que no han sufrido patologías, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$) (OR=1,88; IC95%=1,46-2,42).

Las diferencias aún son más significativas cuando analizamos las patologías cardiovasculares atribuidas al trabajo como factor causal de las mismas. El **61,0%** de los trabajadores que refieren haber padecido alguna **patología mental relacionada con el trabajo** tienen a su vez **alterado el cuestionario de salud mental GHQ-12**, mientras que dicho porcentaje es del 36,4% entre los que no han padecido patologías, o éstas tienen un origen no laboral ($p < 0,01$) (OR=2,73; IC95%=1,99-3,75). También encontramos diferencias significativas en el resultado alterado del cuestionario GHQ-12, entre los trabajadores que refieren patologías cardiovasculares de origen no laboral (47,4%), con los que no padecen dichas patologías (38,8%) ($p < 0,05$) (OR=1,42; IC95%=1,01-2,03).

El **59,2%** de los trabajadores que han padecido estas patologías refieren que **están relacionadas con su trabajo actual, lo que equivale al 13,1% sobre el total de la muestra**. Por sectores de actividad, se evidencia la misma distribución que para el conjunto de trabajadores con patologías del sistema cardiovascular, relacionadas con el trabajo o no. Un 2,8% de los trabajadores del sector agrario, han padecido alguna patología mental desde que trabajan en el sector, atribuida al trabajo, un 3,3% entre los trabajadores de la construcción, un 12,0% en el sector de la Industria y un 13,9% en los servicios, si bien la diferencia no resulta estadísticamente significativa ($p < 0,08$).

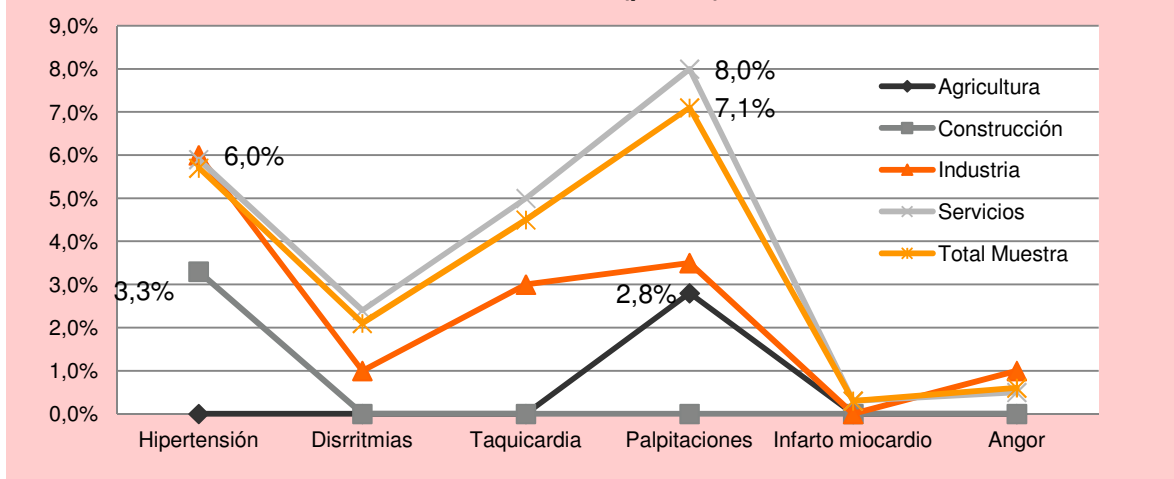
Para las patologías cardiovasculares cuya causa atribuible es ajena al trabajo, la distribución por sectores es la siguiente: un 11,1% para los trabajadores del sector agrario, un 0,0% para los de la construcción, un 6,0% para la industria y un 10,4% para el sector servicios, no siendo la diferencia estadísticamente significativas ($p < 0,07$).

En el gráfico siguiente, podemos analizar con detalle cada una de las patologías que integran este grupo, donde destaca la hipertensión arterial y las palpitaciones como daños más prevalentes, si bien no existen diferencias significativas según su origen laboral o extralaboral.



Por sectores económicos de actividad, encontramos mayor prevalencia de **hipertensión arterial** en el sector de la industria y construcción, y para las palpitaciones, el sector agrario y los servicios, si bien no encontramos diferencias significativas.

Gráfico 36.- Prevalencia de patologías cardiovasculares según sector económico (p>0,05)

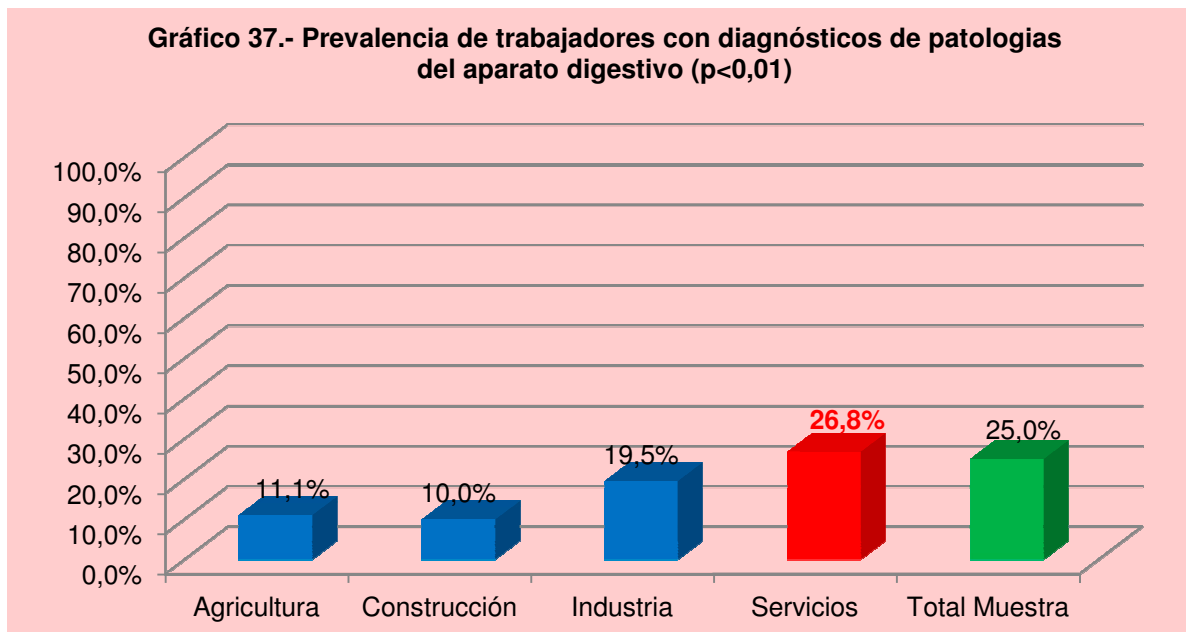


4.6.3. Indicadores de daño digestivo y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.

En el Grupo C, se incluyen las **patologías del aparato digestivo** según la agrupación del Código Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC), los principales resultados obtenidos en el estudio destacamos los siguientes:

Uno de cada cuatro trabajadores de la muestra (**25,0%**) ha sido diagnosticado desde que trabajan en el puesto de trabajo actual, de alguna enfermedad de las incluidas en este grupo patologías del aparato digestivo. Encontramos diferencias estadísticamente significativas según el sexo para las patologías no relacionadas con el trabajo. Así, el **16,7%** de los trabajadores con patologías son mujeres, frente al 10,6% de los varones ($p < 0,01$) (OR=1,30; IC95%=1,09-1,54). No encontramos diferencias significativas en el caso de las patologías digestivas que sí están relacionadas con el trabajo (15,1% de mujeres y 13,2% de varones).

Por **sectores de económicos**, encontramos diferencias significativas, con una mayor prevalencia en el sector Servicios ($p < 0,01$).



Un 92,5% de los trabajadores con patologías digestivas relacionadas con el trabajo se consideran expuestos a FRP en su puesto de trabajo (población diana), mientras que en los que no padecen dichas patologías, el porcentaje que dice estar expuesto es del 84,7%, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,1$) (OR=2,46; IC95%=1,29-3,89).

Para las patologías digestivas cuya causa atribuible está relacionada con el trabajo, la distribución por sectores es la siguiente: un 8,3% para los trabajadores del sector agrario, un 10,0% para los de la construcción, un 11,5% para la industria y un 14,8% para el sector servicios, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,3$). Sin embargo, para las patologías digestivas atribuidas a factores extralaborales, sí que encontramos diferencias significativas según el sector económico. Así, para el sector agrario y de la construcción, el porcentaje de trabajadores con alteraciones es del 0,0%, mientras que para la industria, el porcentaje es del 15,2% para el sector servicios ($p < 0,01$).

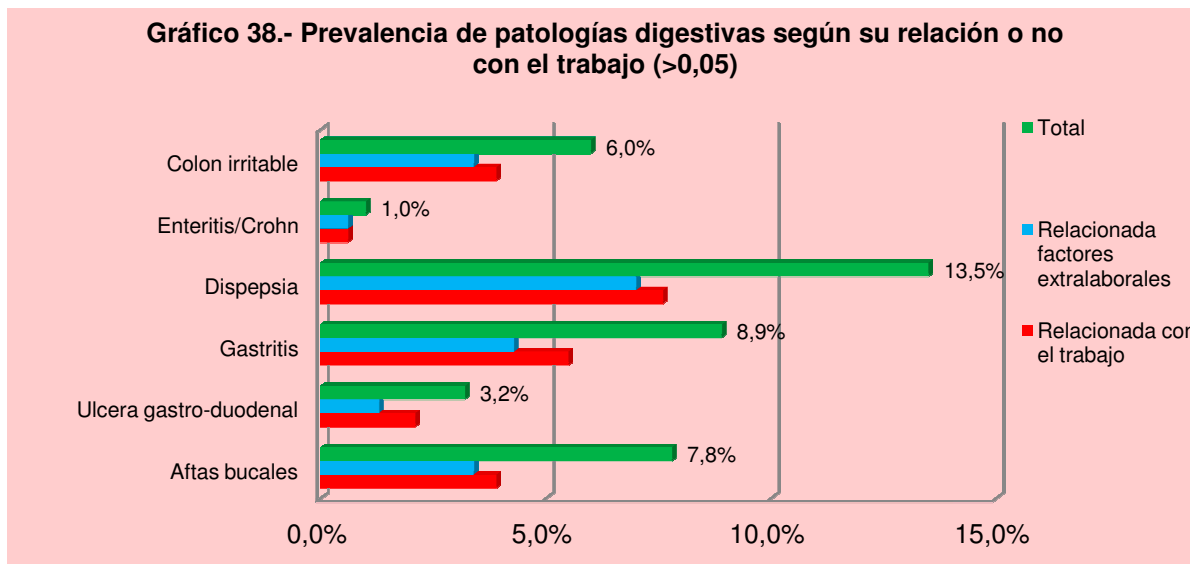
Según el resultado del cuestionario de **exposición a factores de riesgo psicosociales**, el 54,6% de los trabajadores que han padecido patologías del aparato digestivo incluidas en este grupo, tiene alterado el cuestionario de FRP,

mientras que el porcentaje baja al 46,2% entre los que no han sufrido patologías, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$)(OR= 1,40; IC95%=1,10-1,78).

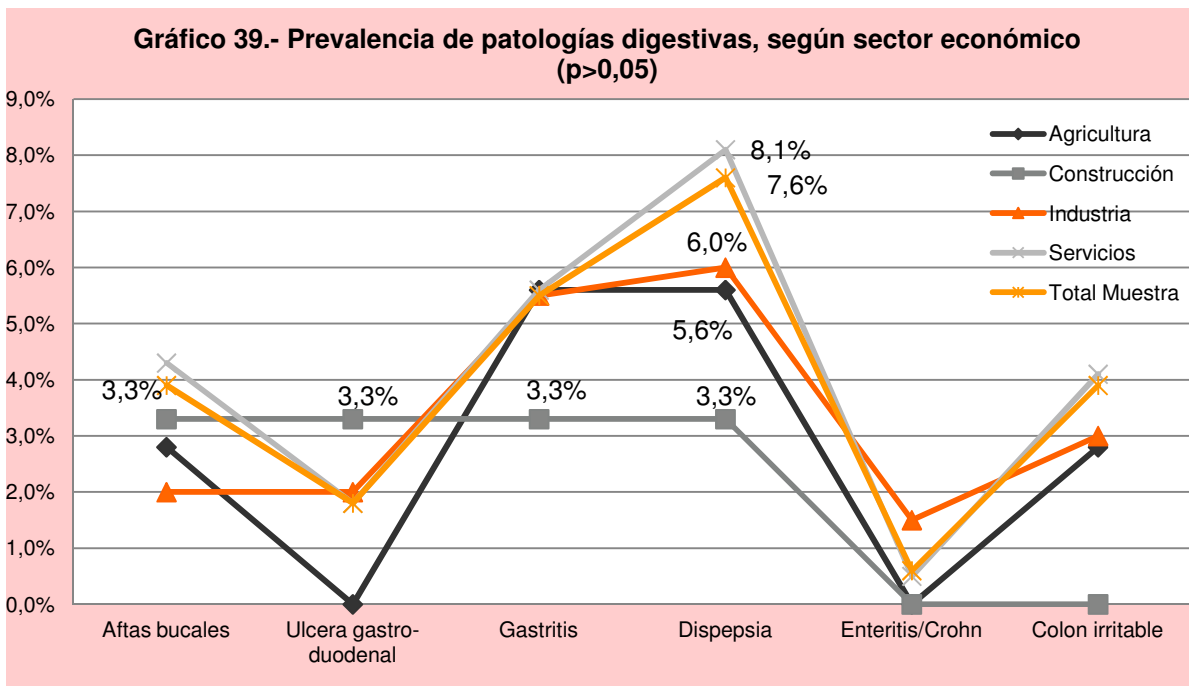
Para las patologías digestivas relacionadas con el trabajo, el 61,7% de trabajadores que las padecen o han padecido, tiene alterado el cuestionario de riesgos psicosociales, frente al 46,1% de los que no han padecido dichas patologías o en el caso de padecerlas, su origen es extralaboral ($p < 0,01$)(OR=1,88; IC95%=1,39-2,57). Sin embargo, para las patologías de origen causal extralaboral, no hay diferencias significativas con relación al resultado del cuestionario de factores de riesgo psicosocial.

Lo mismo ocurre con el resultado del **cuestionario de salud mental GHQ-12**, el 50,1% de los trabajadores que han padecido patologías en este grupo, tiene alterado el cuestionario general de salud, mientras que el porcentaje baja al 36,1% entre los que no han sufrido patologías, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$)(OR=1,78; IC95%=1,40-2,27). Las diferencias aún son más significativas cuando analizamos las patologías del aparato digestivo atribuidas al trabajo como factor causal de las mismas. El **61,7%** de los trabajadores que refieren haber padecido alguna **patología digestiva relacionada con el trabajo**, tienen a su vez **alterado el cuestionario de salud mental GHQ-12**, mientras que dicho porcentaje es del 36,0% entre los que no han padecido patologías, o éstas tienen un origen no laboral ($p < 0,01$)(OR=2,87; IC95%=2,10-3,89). También encontramos diferencias significativas en el resultado alterado del cuestionario GHQ-12, entre los trabajadores que refieren patologías del aparato digestivo de origen no laboral (46,1%), con los que no padecen dichas patologías (36,6%) ($p < 0,05$)(OR=1,36; IC95%=1,00-1,85).

En el gráfico siguiente, podemos analizar con detalle cada una de las patologías que integran este grupo. Para los diagnósticos de colon irritable, dispepsia, gastritis, úlcera gastro-duodenal y aftas bucales, la prevalencia es mayor entre los trabajadores que lo atribuyen a factores de riesgo laboral que a los que no, pero las diferencias no resultan estadísticamente significativas ($p > 0,05$).



Por sectores económicos de actividad, la dispepsia-digestión pesada, es el síntoma más prevalente en todos los sectores, sin diferencias significativas.

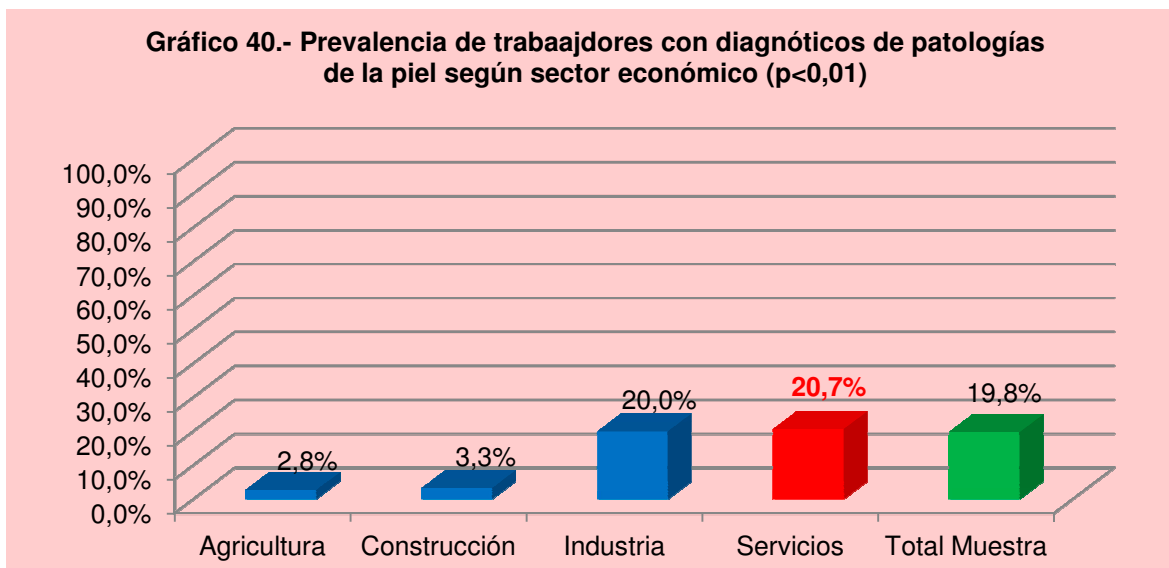


4.6.4. Indicadores de daño dermatológico y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.

Respecto a las **patologías de la piel tejido subcutáneo** según la agrupación del Código Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC), donde los principales resultados obtenidos en el estudio son los siguientes:

Un total de 282 trabajadores de la muestra (**19,8%**), ha sido diagnosticado por alguna de las enfermedades dérmicas incluidas en el Grupo D de patologías de la piel y el tejido celular subcutáneo, desde que trabajan en el puesto de trabajo actual. No hay diferencias estadísticamente significativas según el sexo (20,2% de las trabajadoras y 19,4% de los trabajadores ($p>0,5$), ni entre las patologías atribuidas al trabajo como las de origen extralaboral.

Por **sectores de económicos**, encontramos diferencias significativas, con una mayor prevalencia en los sectores de la Industria y los Servicios ($p < 0,01$).



Entre los trabajadores que refieren padecer alguna patología dermatológica relacionada con el trabajo, el 90,0% indica que está expuesto a factores de riesgos psicosociales en su puesto de trabajo, mientras que este porcentaje es del 85,1% entre los que no padecen dichas patologías de la piel, aunque la diferencia no resulta estadísticamente significativa ($p > 0,1$).

Según el resultado del cuestionario de **exposición a factores de riesgo psicosociales**, el 53,98% de los trabajadores que han padecido patologías en este grupo, tiene alterado el cuestionario de factores de riesgo psicosocial, mientras que entre los que no han sufrido patologías dermatológicas indicadas en el Grupo D el porcentaje es de un 46,9%, siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$) ($OR = 1,32$; $IC95\% = 1,02-1,72$).

Para las patologías dermatológicas relacionadas con el trabajo, el 69,4% de trabajadores que las padecen o han padecido, tiene alterado el cuestionario de riesgos psicosociales, frente al 46,3% de los que no han padecido dichas

patologías o en el caso de padecerlas, su origen es extralaboral ($p < 0,01$) (OR=2,10; IC95%=1,49-2,95). Sin embargo, para las patologías de origen extralaboral, no hay diferencias significativas con relación al resultado del cuestionario de factores de riesgo psicosocial.

Según el resultado del **cuestionario de salud mental GHQ-12**, el 51,1% de los trabajadores que han padecido patologías en este grupo, tiene alterado el cuestionario de salud mental, mientras que el porcentaje baja al 36,8% entre los que no han sufrido patologías, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$) (OR=1,79; IC95%=1,38-2,33).

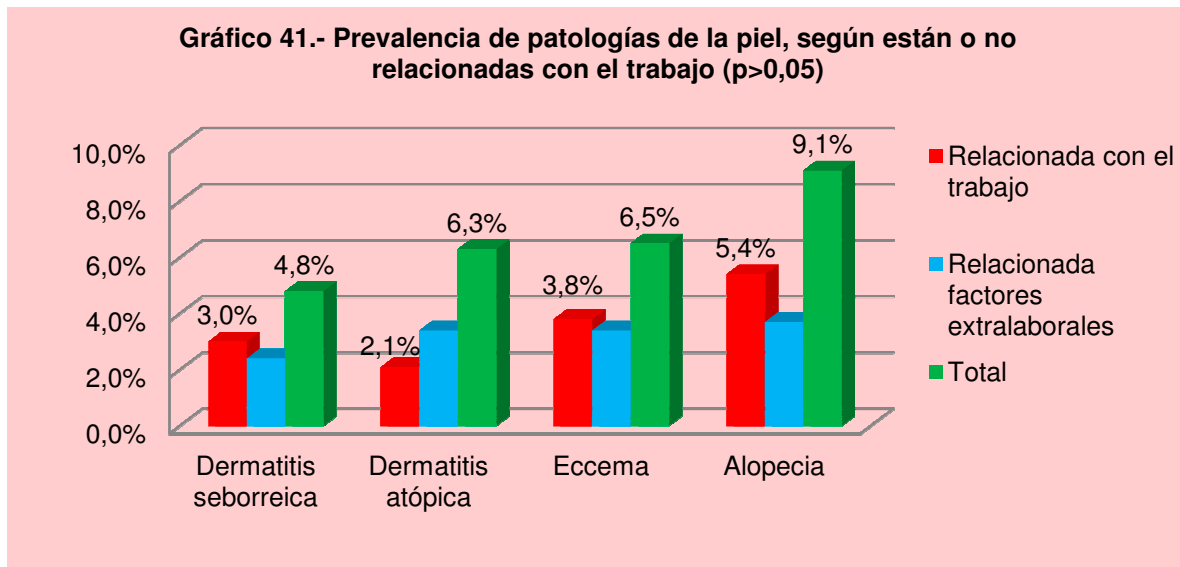
Las diferencias aún son más significativas cuando analizamos las patologías de la piel atribuidas al trabajo como factor causal de las mismas. El **60,0%** de los trabajadores que refieren haber padecido alguna **patología dérmica relacionada con el trabajo**, tienen a su vez **alterado el cuestionario de salud mental GHQ-12**, mientras que dicho porcentaje es del 37,0% entre los que no han padecido patologías, o éstas tienen un origen no laboral ($p < 0,01$) (OR=2,55; IC95%=1,82-3,57). También encontramos diferencias significativas en el resultado alterado del cuestionario GHQ-12, entre los trabajadores que refieren patologías dermatológicas de origen extralaboral (47,6%), con los que no padecen dichas patologías (38,7%) ($p < 0,05$) (OR=1,44; IC95%=1,02-2,03).

El **56,7%** de los trabajadores que han padecido estas patologías, refieren que **están relacionadas con su trabajo actual, lo que equivale al 11,2% sobre el total de la muestra**. Por sectores de actividad, se evidencia la misma distribución que para el conjunto de trabajadores con patologías de la piel, relacionadas con el trabajo o no. Un 2,8% de los trabajadores del sector agrario, han padecido alguna patología dermatológica desde que trabajan en el sector, atribuida al trabajo, un 3,3% entre los trabajadores de la construcción, un 10,0% en el sector de la Industria y un 11,9% en los servicios ($p < 0,02$).

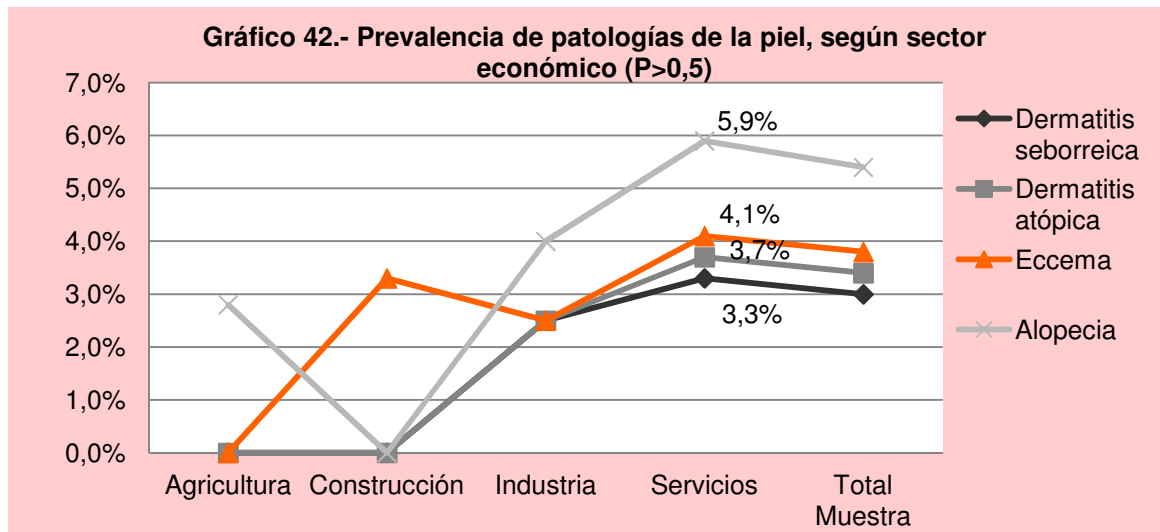
Para las patologías dermatológicas cuya causa atribuible no es laboral, la distribución por sectores es la siguiente: Ningún caso para los sectores agrario y construcción (0,0%), un 6,5% para el sector de la industria y un 11,2% para el sector servicios, siendo en este caso las diferencias significativas ($p < 0,01$).

En el gráfico siguiente, podemos analizar con detalle cada una de las patologías que integran este grupo, donde destaca la alopecia como daño más prevalente, seguido del eccema y la dermatitis atópica.

Para la alopecia, el eccema y la dermatitis seborreica, la prevalencia de patologías relacionadas con el trabajo es mayor que las no relacionadas, si bien las diferencias no son significativas ($p > 0,05$).



Por sectores económicos de actividad, para todas las patologías, la mayor prevalencia la encontramos en el sector servicios, pero para ninguna de las patologías encontramos diferencias significativas.



4.6.5. Indicadores de daño del aparato locomotor y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.

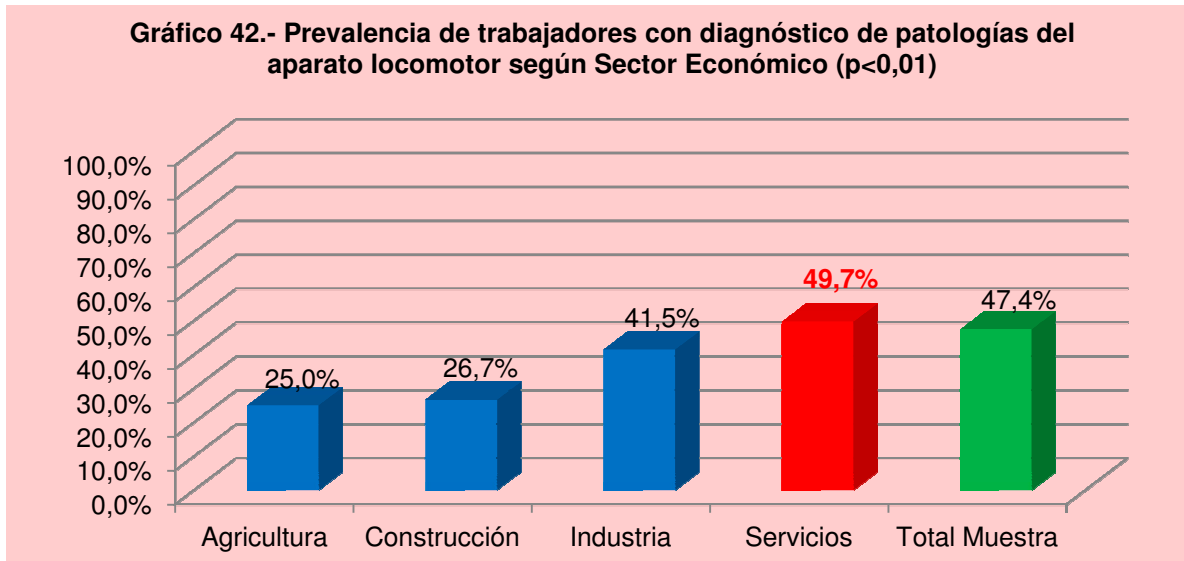
Por último, en este apartado analizamos las **patologías del aparato locomotor** según la agrupación del Código Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC), cuyos principales resultados obtenidos en el estudio *iceberg* son los siguientes:

Constituye el grupo diagnóstico donde más prevalencia de patologías se concentran. Así, un total de 677 trabajadores de la muestra (**47,4%**), desde que trabajan en el puesto de trabajo actual ha sido diagnosticado por alguna de las enfermedades incluidas en el Grupo E de patologías del aparato locomotor. Encontramos diferencias estadísticamente significativas según el sexo. Así, el **55,7%** de las patologías se dan entre las **mujeres**, frente al 40,5% de los varones ($p < 0,01$) (OR=1,32; IC95%=1,20-1,46).

El porcentaje de mujeres con antecedentes de patologías del aparato locomotor incluidas en el Grupo E es del 46,6% para las patologías relacionadas con el trabajo y del 26,0% para las de origen extralaboral, significativamente mayores que para los varones, con un 32,6% y 14,5% respectivamente ($p < 0,01$).

Entre los trabajadores que refieren padecer patologías del aparato locomotor desde que trabajan en su puesto de trabajo actual, un 89,0% indica estar expuesto a factores de riesgo psicosocial en su puesto de trabajo, mientras que el porcentaje entre los que no padecen patologías, es del 83,7%, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$) ($OR = 1,59$; $IC95\% = 1,15-2,19$)

Por sectores de económicos, encontramos diferencias significativas, con una mayor prevalencia en el Sector Servicios ($p < 0,01$).



Por sectores de actividad, se evidencia la misma distribución que para el conjunto de trabajadores con patologías del aparato locomotor, relacionadas con el trabajo o no. Un 13,9% de los trabajadores del sector agrario han padecido alguna **patología del aparato locomotor** desde que trabajan en el sector, **atribuida al trabajo**, un 23,3% entre los trabajadores de la construcción, un 32,5% en el sector de la Industria y un **41,3% en los servicios** ($p < 0,01$).

Para las patologías del aparato locomotor cuya causa atribuible no es laboral, la distribución por sectores es la siguiente: un 13,9% para los trabajadores del sector agrario, un 3,3% para los de la construcción, un 10,5% para la industria y un 22,0% para el sector servicios, siendo las diferencias significativas ($p < 0,01$).

Según el resultado del cuestionario de **exposición a FRP**, el 52,5% de los trabajadores que han padecido patologías en este grupo tiene alterado el cuestionario de factores de riesgo psicosocial, mientras que el porcentaje baja al 47,4% entre los trabajadores que no han sufrido patologías, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$) (OR= 1,48; IC95%=1,21-1,83).

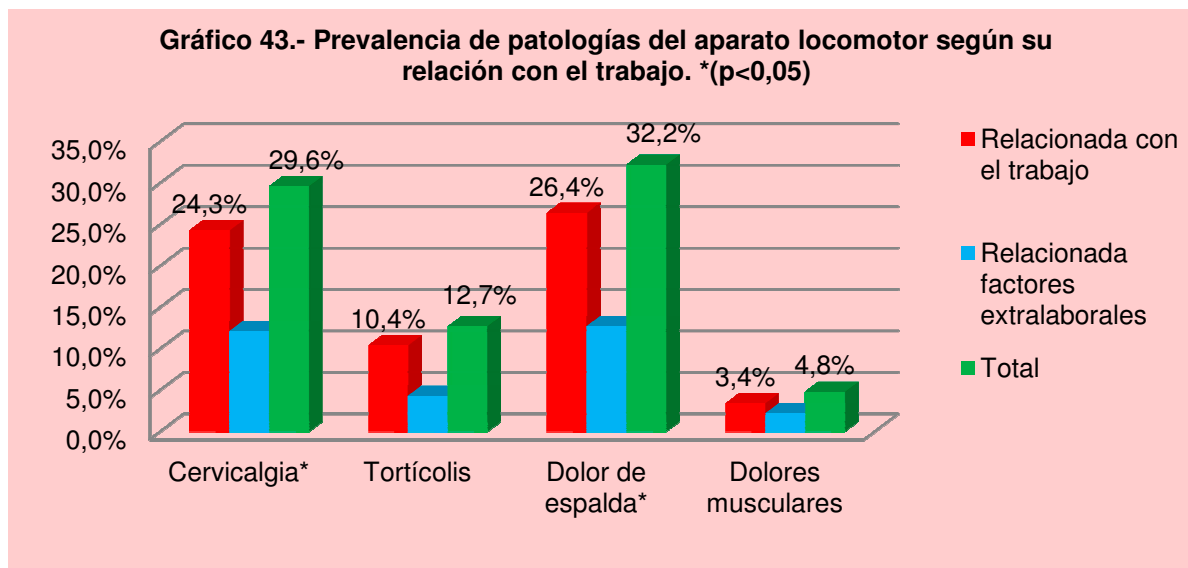
Para las patologías del aparato locomotor relacionadas con el trabajo, el 45,3% de trabajadores que las padecen o han padecido tiene alterado el cuestionario de riesgos psicosociales FRP, frente al 54,7% de los que no han padecido dichas patologías o en el caso de padecerlas, su origen es extralaboral ($p < 0,01$) (OR=1,66) (IC 95%=1,34-2,06). Para las patologías de etiología extralaboral, también encontramos mayor prevalencia de alteraciones del cuestionario de FRP entre los trabajadores que no han padecido alteraciones del aparato locomotor en comparación con los que sí las han padecido, pero las diferencias no son significativas.

Al analizar el resultado del **cuestionario de salud mental GHQ-12**, vemos que el **59,3%** de los trabajadores que han padecido patologías en este grupo, tiene alterado el cuestionario general de salud de Goldberg, mientras que el porcentaje baja al 30,7% entre los que no han sufrido patologías, siendo la diferencia significativa ($p < 0,01$) (OR=2,21; IC95%=1,78-2,75).

Las diferencias aún son más significativas cuando analizamos las patologías del aparato locomotor atribuidas al trabajo como factor causal de las mismas. El **52,1%** de los trabajadores que refieren haber padecido alguna **patología del aparato locomotor relacionada con el trabajo**, tienen a su vez **alterado el cuestionario de salud mental GHQ-12**, mientras que dicho porcentaje es del 31,6% entre los que no han padecido patologías, o éstas tienen un origen no laboral ($p < 0,01$) (OR=2,35; IC95%=1,89-2,93).

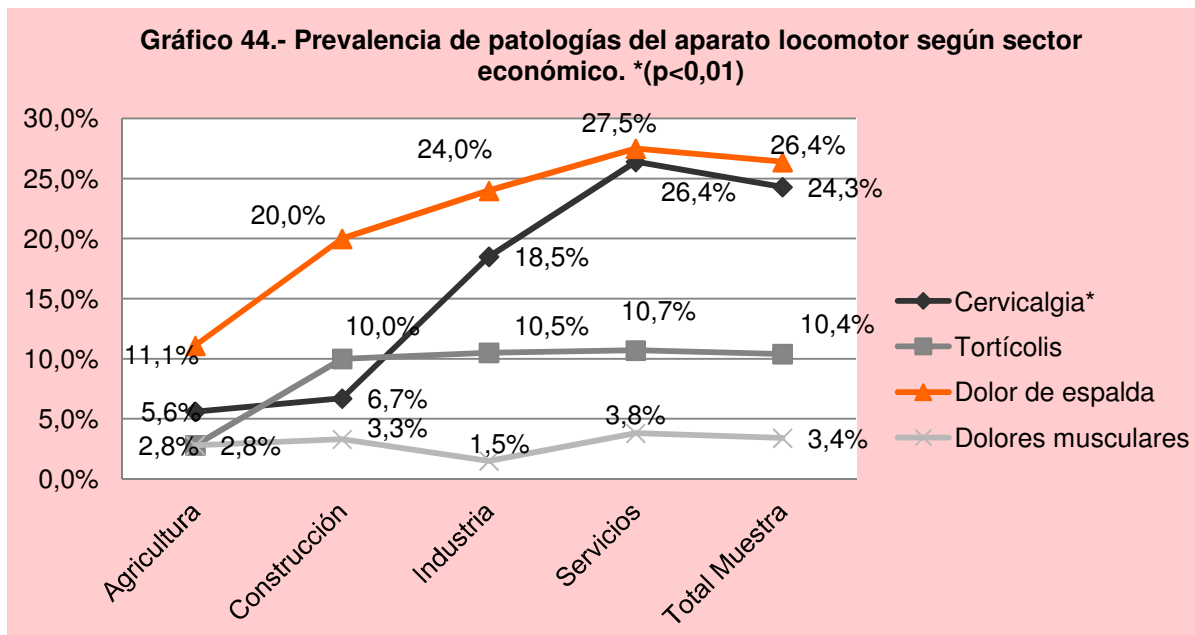
El 82,3% de los trabajadores que han padecido estas patologías refieren que están relacionadas con su trabajo actual, lo que equivale al 39,0% sobre el total de la muestra, y un 19,8% refieren alteraciones de origen extralaboral.

En el gráfico siguiente, podemos analizar con detalle cada una de las patologías que integran este grupo, donde destaca que, para el dolor de espalda no especificado y para el dolor cervical, las diferencias entre la prevalencia de trabajadores que lo atribuyen al trabajo frente a los que lo atribuyen a factores extralaborales, es estadísticamente significativa.



Por sectores económicos de actividad, destaca el dolor cervical, en donde encontramos diferencias significativas según dicha variable. Para todas las patologías del aparato locomotor analizadas, es el sector de los **Servicios** donde encontramos una mayor prevalencia.

El 43,5% de los trabajadores que alterado el cuestionario GHQ-12 refieren dolor de espalda desde que trabajan en su puesto de trabajo actual, frente a un 25,5% cuando el cuestionario obtiene un resultado normal, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p<0,01$)(OR=2,15; IC95%= 1,72-2,70).



Aparte del análisis de los daños correspondientes a estos 5 grupos de patologías descritos, se incluye en este apartado del estudio un análisis sobre **posible relación entre prematuridad y abortos en las trabajadoras del estudio y la exposición a factores de riesgo psicosocial**, y por último, un análisis de **antecedentes de patologías tumorales y riesgos psicosociales**, cuyos resultados pasamos a describir a continuación.

4.6.6. Indicadores de daño obstétrico y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.

Respecto a los indicadores de antecedentes de parto prematuro y abortos entre las trabajadoras de la muestra desde que trabajan en su actual puesto de trabajo, y su posible relación o no con las condiciones de trabajo y FRP, los principales indicadores son los siguientes:

Únicamente 10 trabajadoras participantes en el estudio refieren haber tenido un parto prematuro desde que trabajan en su puesto de trabajo actual, lo que supone un 1,55% de las trabajadoras de la muestra. No disponemos otra información complementaria, que permita sacar conclusiones.

Un **5,9% de las trabajadoras del sector agrario** refieren haber tenido un parto prematuro, y un 1,6% entre las trabajadoras del sector servicios. No hay ningún en el resto de sectores de actividad analizados, si bien las diferencias no son estadísticamente significativas.

El 100% de las trabajadoras que refieren este antecedente no realizan una modalidad de jornada de trabajo a turnos, aunque tampoco hay significación estadística.

El 90% de las trabajadoras que ha tenido un parto prematuro refieren estar expuestas a factores de riesgo psicosocial, pero no encontramos diferencias significativas frente a las que indican no estar expuestas.

No hay diferencias significativas en cuanto al resultado del cuestionario de salud mental GHQ-12, Karasek, somatizaciones o trastornos musculoesqueléticos entre aquellas trabajadoras que han tenido un parto prematuro con las que no lo han tenido.

En cuanto a **antecedentes de aborto**, sólo es referido por 22 trabajadoras de la muestra (un 3,36%).

Por **sectores de actividad**, afectaría al 5,9% de las trabajadoras del sector agrario, 5,9% del sector de generación y transporte de energía, un 2,5% en el sector industrial y un 3,3% en el de servicios, sin diferencias estadísticamente significativas.

El 40,9% de trabajadoras que refieren haber tenido un aborto desde que trabajan en su puesto de trabajo actual, lo atribuyen a factores de riesgo laborales, perteneciendo todas ellas al sector de los servicios, y más específicamente a los siguientes CNAEs:

- 85-Educación (2 trabajadoras)
- 62-Programación, consultoría y otras actividades relacionadas con la informática (1 trabajadora)
- 65-Seguros, reaseguros y fondos de pensiones (1 trabajadora)
- 86-Actividades Sanitarias (1 trabajadora)
- 64-Servicios financieros (2 trabajadoras)
- 99-actividades de organizaciones (1 trabajadora)
- 82-Actividades administrativas de oficina y otras actividades auxiliares de empresa (1 trabajadora)

No encontramos una mayor prevalencia entre las trabajadoras que realizan turnos ni entre las que se consideran expuestas a otros factores de riesgo psicosocial.

Tampoco encontramos mayor prevalencia entre las trabajadoras con alteración del cuestionario de riesgos psicosociales, el GHQ-12 y el Karasek.

4.6.7. Indicadores de daño neoplásico y su relación con la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial.

Finalmente, tal como se ha indicado, aunque se trata de una muestra pequeña para la probabilidad esperada de estas alteraciones, se ha incluido una pregunta sobre **cáncer** y su relación o no con el trabajo.

Durante muchos años, los científicos han sospechado una conexión entre la exposición a experiencias estresantes y el desarrollo de cáncer. Distintos estudios demuestran resultados contradictorios. Los científicos de la Universidad de Maastricht, Países Bajos, analizaron algunos trabajos científicos que tratan de episodios de tensión en la vida de una persona y el riesgo de cáncer de mama.

Estudios han demostrado que un estrés intenso, debilita nuestro sistema inmune, haciéndonos más vulnerables a una serie de problemas de salud y algunos tipos de cáncer. Los investigadores sospechan que esto está causado por una hormona del estrés llamada *cortisol*, que puede afectar a nuestras células del sistema inmunológico y limitar su capacidad para prevenir enfermedades.

El cáncer es causado por una interacción compleja de factores, incluyendo nuestra composición genética, lo que comemos y bebemos, las decisiones de estilo de vida que tomamos, las hormonas, la radiación, el estrés, la falta de apoyo social, el medio ambiente en el que vivimos y trabajamos, y algunos factores que son aún desconocidos.

Según los datos de nuestro estudio, **14 trabajadores** de la muestra refieren haber padecido algún tipo de cáncer (sin especificar cuál), lo que supondría una prevalencia del **0,98%** de trabajadores sobre el total de la muestra. Un 57,1% son mujeres y un 45,7% varones, sin diferencias estadísticamente significativas.

De los 14 trabajadores, 6 atribuyen el origen del cáncer a su trabajo (42,9%) y 8 a factores extralaborales (57,1%). Todos los trabajadores que refieren haber sufrido algún cáncer relacionado con el trabajo, consideran que están expuestos a factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

El **71,4%** de los trabajadores que refieren haber padecido cáncer tiene un cuestionario de **salud mental GHQ-12 alterado** (nivel de corte ≥ 3 puntos), frente al 39,3% entre los trabajadores que no han padecido dicha enfermedad, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,1$) (OR= 3,85; IC95%= 1,21-12,38). Para el GHQ-12 con nivel de corte ≥ 5 puntos, los porcentajes son del 42,9% y 26,3% respectivamente, sin diferencias significativas ($p > 0,1$).

Los trabajadores con antecedentes de cáncer tienen **peor resultado en el cuestionario de factores de riesgo psicosocial**. El 64,3% de los trabajadores con dicha patología tendrían alterado el cuestionario, frente al 48,1% de los que no la han padecido, si bien la diferencia no resulta significativa ($p>0,3$).

El **50,0%** de los trabajadores con antecedente de cáncer refieren afectación de la vivencia de alteración psicósomática, emocional y/o cognitiva que afecta a su vida cotidiana, frente al 9,4% entre los trabajadores que no han padecido cáncer, siendo la diferencia significativa ($p<0,01$)(OR=9,62; IC95%=3,32-27,85).

Por **sectores de actividad**, no hay ningún trabajador perteneciente a los sectores agrario y de la construcción, un 1,5% entre los trabajadores del sector industrial (1 del sector de generación y transporte de energía eléctrica, uno de la industria alimentaria y 1 de la industria del automóvil), y un 0,9% ente los trabajadores del sector servicios (4 casos en trabajadores del sector financiero, 2 de la enseñanza, 2 del sector seguros, 2 de sector sanitario, 1 servicios de formación y 1 administración pública no incluida en otros sectores), sin diferencias significativas ($p>0,7$).



5. Conclusiones



5.

Conclusiones.

En los lugares de trabajo, los factores de riesgo psicosociales se han reconocido en general como una cuestión que afecta a todos los países, profesiones y trabajadores, con una prevalencia cada vez mayor según los deferentes encuestas realizadas en la última década y de forma especial, con las consecuencias del ciclo económico que vivimos y su repercusión sobre el empleo y las condiciones de trabajo.

Por ello, conocer el impacto y la distribución de las enfermedades de origen laboral relacionadas con la exposición a estos factores de riesgo, es imprescindible para planificar adecuadamente las estrategias preventivas y asistenciales necesarias para minimizar los daños del trabajo sobre la salud de las personas que trabajan. Sin embargo, **los sistemas actuales de registro de enfermedades profesionales en España son reconocidamente limitados** para alcanzar estos fines, por lo que se hace necesitaría la puesta en marcha de investigaciones que sean capaces de estimar el subregistro de estas dolencias y aflorar el daño invisible que sufren los trabajadores expuestos a dichos factores de naturaleza psicosocial.

Existen una serie de sectores profesionales en los que, según las encuestas, los factores de riesgo psicosociales son más frecuentes. Estas profesiones, encuadradas normalmente dentro del sector terciario o de servicios son entre otras, los funcionarios y personal de las administraciones públicas locales, autonómicas o estatales, los trabajadores de la enseñanza en todos los niveles educativos y los trabajadores del sector sanitario.

Sin embargo, la elevada incidencia de estos factores de riesgo y sus consecuencias sobre la salud, no escapan a los sectores productivos de la industria, la construcción o la agricultura y pesca, tal como demostramos en este estudio multisectorial.

Por ello, uno de los principales objetivos trazados en la presente investigación es el ámbito multisectorial de la muestra, dado que la hipótesis de trabajo que nos planteamos es que a diferencia de los riesgos físicos, químicos o biológicos, **la exposición a Factores de Riesgo Psicosocial puede afectar a todos los sectores de actividad**, si bien es cierto que la intensidad o magnitud de la exposición puede ser mayor en uno u otros sectores.

De los resultados obtenidos en el estudio Iceberg sobre percepción de la salud y exposición a factores de riesgo psicosocial en una muestra de trabajadores multisectorial, podemos extraer las siguientes conclusiones:

5.1. Contexto sociolaboral y demográfico.

- Las características de la muestra de trabajadores incluidos en el *estudio Iceberg* tienen una distribución por sexo similar a la EPA, con un 54,2% de varones y un 45,8% de mujeres, una menor representación de trabajadores con edad < 29 años y >50 años en comparación con dicha Encuesta. Así mismo, según el nivel de estudios, el porcentaje de trabajadores sin estudios o con estudios primarios es sustancialmente menor que en la población laboral española, así como el porcentaje de población extranjera que ha participado en la muestra.
- En cuanto a los **Sectores Económicos**, los sectores de la Agricultura, pesca y silvicultura, y el sector de la Construcción tiene un menor peso en la muestra de nuestro estudio en comparación con los datos del INE, la proporción de trabajadores pertenecientes al sector Industrial sería similar, mientras que el porcentaje de trabajadores del sector Servicios, es superior un nuestro estudio.
- En el estudio Iceberg, hay **mayor presencia de empresas grandes**, ya que el 61,6% de los trabajadores de la muestra trabajan en empresas de más de 1.000 trabajadores, un 8,0% en empresas entre 500-999 trabajadores, el 9,3% de 250-499 trabajadores, un 10,2% en empresas de 50 a 249 trabajadores, el 2,5% de 30 a 49 trabajadores y un 8,4% en empresas de 1 a 29 trabajadores. Ello es debido a que los Delegados de Prevención que han realizado la distribución de los cuestionarios y la difusión del estudio, tiene mayor peso en dichas empresas.
- De igual forma, el 33,1% de los trabajadores de la muestra pertenecen al **sector público**, cuando dicho sector representa un 17,1% de la población laboral según los datos de la EPA.
- El estudio tiene un alcance para **todo el territorio del estado**, donde han participado trabajadores de todas las CCAA. Para la Comunidad de Madrid, Principado de Asturias, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana y la Comunidad Foral de Navarra el porcentaje de trabajadores es superior que el de la EPA, y en el resto de CCAA sería inferior.

- Por sectores de **actividad económica, según CNAE 2009**, hay que destacar que han participado trabajadores de 65 sectores diferentes, lo que supone un 65,7% sobre el total de los 99 grupos del CNAE.
- Un 38,9% de los trabajadores participantes se agruparían dentro de epígrafe otras empresas de Servicios, el 15,1%, en el sector de la enseñanza, un 9,9% al sector financiero, un 8,8% al sector sanitario, el 8,0% a los sectores de la industria y al de la administración pública, un 6,8% al sector de generación, transporte y suministro de energía, un 2,5% al sector primario y finalmente, un 2,0% a la construcción.
- Por **ocupaciones**, el 26,1% corresponde a personal de administración, un 22,9% personal técnico, científico e intelectuales, un 21,3% personal técnico de apoyo, el 7,8% trabajadores de servicios, un 6,9% trabajadores no cualificados, un 5,0% operadores de maquinaria y 4,6% personal de gerencia o dirección, un 3,6% trabajadores cualificados de la industria o construcción y un 1,8% trabajadores cualificados del sector primario. La antigüedad media en la misma ocupación es de 17,3 años, y en el mismo puesto en la empresa actual, de 12,5 años.
- Un 10,0% de los trabajadores realizan **turno** nocturno o rotativo, porcentaje inferior que el observado en la VII ENCT.

5.2. Participación y consulta de los trabajadores en materia preventiva.

- La mayoría de las empresas a la que pertenecen los trabajadores participantes en el estudio han optado como modelo organizativo de la PRL a través de un **servicio de prevención propio** (40,4% Servicio de prevención propio, un 12,5% servicio de prevención mancomunado y un 13,6% mixto), un 23,6% a través de un servicios de prevención ajeno, y un 9,9% de los trabajadores lo desconocen.
- La mayoría de las empresas tienen constituidos y nombrados los **órganos de representación de los trabajadores** en materia e seguridad y salud en el trabajo. Así, El 81,2% de los trabajadores indica que su empresa tiene constituido un Comité de Seguridad y Salud y el 84,6% que están nombrados los delegados de prevención, aunque en ambos casos, todavía hay un número de empresas significativo que estando obligadas según el número de trabajadores de las mismas, sin embargo no tienen nombrados dichos órganos de representación.
- Y es que tal como se ha constatado, **el papel de los órganos de representación de los trabajadores en materia de seguridad y salud, resulta fundamental** en la evaluación y prevención de los factores de riesgo psicosociales.

5.3. Magnitud de la exposición a factores de riesgo psicosocial: ¿un riesgo emergente?

- El **85,8% de los trabajadores encuestados considera que en su puesto de trabajo existen riesgos psicosociales**, lo que supone el factor de riesgo más prevalente para la población laboral. Entre los factores de riesgo destacan por las características de nuestra muestra, la atención directa a personas, las actividades que implican unas elevadas demandas y un bajo control y las actividades que conllevan una alta carga emocional. En definitiva **8 de cada 10 trabajadores de la muestra refieren estar expuestos a dichos riesgos**, por lo que su evaluación por parte de las empresas no es sólo un imperativo legal establecido en la normativa de prevención de riesgos laborales, sino una necesidad tanto ética como de Responsabilidad Social.

- Por ello, que en cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, **todas las empresas deben evaluar los riesgos**, incluidos los de naturaleza psicosocial, y como para el resto de factores de riesgos (físicos, químicos y/o biológicos), se deberá aplicar una metodología de evaluación validada, fiable y especializada para dichos factores.
- Dicha evaluación específica para los factores de riesgo psicosocial debe hacerse extensiva a todos los sectores de actividad, dado que como se demuestra en los resultados del estudio, en mayor o menor medida afecta a todos los sectores y ocupaciones.
- El 73,5% de los trabajadores refiere que en su empresa sí se ha llevado a cabo una evaluación de riesgos, pero el porcentaje que incluye **la evaluación de los riesgos psicosociales solo es del 39,2%**. Dichos porcentajes son significativamente **mejores en las empresas que cuentan con Comité de Seguridad y Salud y Delegados de Prevención nombrados, así como en las empresas con servicio de prevención propio** en sus distintas modalidades.
- Por ello, de los resultados del estudio, se desprende que en las empresas donde no hay representación de los trabajadores en materia de seguridad y salud en el trabajo y en las que han adoptado por un modelo de organización de la prevención a través de un servicio de prevención ajeno, deben establecerse mecanismos para garantizar la calidad de los programas de prevención y de forma específica, respecto a la evaluación de los riesgos psicosociales y la participación de los trabajador en dicha evaluación.
- En cuanto a la valoración de la exposición a factores de riesgo psicosocial, **el cuestionario utilizado siguiendo las dimensiones de riesgo propuestas por el Grupo PRIMA, se ha mostrado muy sensible y específico**, con una elevada correlación con la percepción de exposición por parte de los trabajadores.
- Entre las dimensiones del cuestionario de factores de riesgo psicosociales según la clasificación PRIMA, es la dimensión relativa al **desarrollo personal** la que estaría más alterada está en todos los sectores de actividad.

- Encontramos mayor índice de riesgo psicosocial, en las empresas de **titularidad privada**, en los sectores económicos primario y de la industria, entre los trabajadores cualificados del sector primario, con diferencias muy significativas, y probablemente relacionado con la coyuntura económica que vivimos, aunque este es un aspecto que no se ha valorado específicamente en el estudio.
- Asimismo, encontramos una peor valoración del cuestionario de factores de riesgos psicosociales estadísticamente significativa, entre los trabajadores que requieren realizar una elevada carga física, los que su trabajo implica nocturnidad/turnicidad, los que han de trabajar en fines de semana o festivos, los que refieren estar expuestos a violencia externa y/o interna
- Constituyen “**indicadores centinela**” de una mayor exposición a factores de riesgo psicosociales estadísticamente significativa, el haber iniciado o aumentado el consumo de sustancias adictivas o medicamentos, la presencia de alteraciones de la calidad y cantidad de sueño, la ingesta habitual de fármacos psicotrópicos, la percepción de un estado de salud actual alterado (malo o muy malo) o comparado con el de hace un año, presentar alterado el cuestionario de somatizaciones, aspectos que deben tener en cuenta los profesionales sanitarios de los servicios de prevención de las empresas, en la anamnesis que forma parte de la vigilancia de la salud de los trabajadores.
- Respecto a la valoración del desequilibrio entre la **demanda-control como factor de riesgo estrés** laboral, al igual que los resultados obtenidos en otros estudios, son el **sector sanitario y de la enseñanza** los que aglutinan peores indicadores, frente al sector primario que es el que mejor valoración obtiene.
- Los puestos de trabajo con **atención directa a personas** son los que tienen peores indicadores de riesgo de estrés, y de forma especial, aquellos trabajadores que tienen menor antigüedad en su puesto de trabajo, los que tienen una jornada de trabajo partida y los que su trabajo requiere estar disponible fuera del horario habitual.

5.4.- Percepción del estado de salud y su relación con los Riesgos Psicosociales

- El 60,6% del conjunto de la muestra refiere tener un estado de salud general actual bueno o muy bueno, cifra inferior en comparación con los datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2011.
- Para la valoración del estado de salud mental, el **Cuestionario General de Salud de Goldberg-GHQ12**, se ha mostrado específico y sensible para la evaluación del impacto sobre la salud en trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Los trabajadores expuestos a dichos riesgos tienen peor resultado del cuestionario, que los que no están expuestos.
- Las **trabajadoras** tienen un peor estado de salud mental que los trabajadores, con diferencias estadísticamente significativas.
- Los trabajadores del **sector industrial** son los que obtienen un peor resultado, seguido del sector de la construcción y el sector financiero, frente a los del sector de generación, transporte y suministro de energía, que obtendrían el mejor indicador de salud mental.
- Encontramos diferencias estadísticamente significativas con peor nivel de salud mental entre los trabajadores cuyo **puesto de trabajo tiene una elevada demanda y bajo control**, una elevada carga emocional, los que trabajan a turnos, fines de semana o festivos, los que tienen riesgo de violencia externa e interna.
- Los trabajadores con un cuestionario de salud mental alterado muestran mayor prevalencia de hipertensión arterial, de hábitos de consumo de tabaco y alcohol, de sintomatología de somatizaciones y de incapacidad temporal por dicha causa, de forma estadísticamente significativa frente a los trabajadores con el GHQ-12 normal.
- El **cuestionario nórdico estandarizado** es un instrumento útil para la anamnesis de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo, así como con la exposición a factores de riesgo psicosociales, de forma más significativa para el dolor de localización cervical. **1 de cada 3 trabajadores atribuyen los trastornos musculoesqueléticos a la exposición a factores de riesgo psicosocial**, mientras que 3 de cada 4 trabajadores lo atribuyen a factores de naturaleza ergonómica.

- Entre los daños específicamente relacionados con la exposición a factores de riesgo psicosocial, se incluyen los relacionados con los **diagnósticos CIE-9-MC** correspondientes al grupo de patologías mentales, tales como ansiedad, estrés, depresión y trastornos neuróticos, pero también encontramos otras patologías relacionadas con el aparato locomotor, el sistema cardiovascular, el aparato digestivo y las patologías de la piel.
- Las **psicopatologías**, son más frecuentes entre las mujeres, los trabajadores del sector servicios, los que se consideran expuestos a FRP, los que tiene un cuestionario GHQ-12 alterado, destacando el estrés, que afectaría a **1 de cada 3 trabajadores de la muestra** (29,1%)
- Las **enfermedades cardiovasculares** son más frecuentes en los sectores de Servicios y Agrario, en los trabajadores que se consideran expuestos a FRP, entre los que tienen alterado el cuestionario GHQ-12, siendo la hipertensión arterial y las palpitaciones, los diagnósticos más frecuentes.
- Las **enfermedades del aparato digestivo** también son más frecuentes en los trabajadores del sector servicios, entre los que se consideran expuestos a FRP, los que tiene alterado el cuestionario GHQ-12, destacando la dispepsia/digestiones pesadas como patología más prevalente.
- Las **enfermedades dermatológicas** son más frecuentes entre los trabajadores de la industria y del sector servicios, entre los trabajadores que se consideran expuestos a FRP, los que tiene alterado el GHQ-12
- Las **enfermedades del aparato locomotor** es el grupo donde mayor prevalencia de patologías aglutina, de forma más significativa entre las mujeres. Los trabajadores expuestos a FRP, los del sector Servicios, los que tiene un resultado alterado del cuestionario de FRP y del cuestionario de salud mental GHQ-12. El dolor de espalda inespecífico y el dolor cervical, serían las patologías más frecuentes.
- Dada la incidencia de estas patologías y su relación de forma estadísticamente significativa con la exposición a los diferentes factores de riesgo psicosocial analizados en el presente estudio, se establece la necesidad de **adaptar el actual listado del RD 1299/2006** de enfermedades profesionales, incluyendo en el Anexo II las enfermedades mentales relacionadas con el trabajo tal como ya ha realizado la OIT.

- Asimismo, como medida prioritaria para facilitar la detección precoz y aflorar todas estas enfermedades relacionados con la exposición a factores de riesgo psicosocial, se hace la elaboración por parte de la Autoridad Sanitaria competente, de un **protocolo para la vigilancia específica de la salud** de los trabajadores expuestos a estos factores de riesgo, para su aplicación por parte de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención de las empresas.
- Los profesionales sanitarios de asistencia primaria y secundaria del sistema público de salud, como por parte de los personal sanitario de los servicios de prevención, y **en cumplimiento del artículo 5 de RD 1299/2006, deberán remitir a las entidades gestoras de la Seguridad Social para contingencias profesionales, todas las sospechas de daño psicosocial que puedan tener su origen o agravamiento por la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo**, para su ulterior registro como accidentes de trabajo (a través del sistema delt@) o de enfermedades no traumáticas causadas o agravadas por el trabajo (a través del sistema Panotrass).
- Para conocer mejor los daños derivados de la exposición a factores de riesgo psicosocial, obtener todas las respuestas a los interrogantes que hemos planteado, qué, cuándo, cómo y porqué se producen dichos padecimientos, se hace necesario **seguir profundizando mediante estudios epidemiológicos longitudinales** en aquellos colectivos que se han mostrado como más vulnerables.



6. Bibliografía



6.

Bibliografía.

- Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health” (2007).
- Agencia Europea para la seguridad y la Salud en el Trabajo. Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER). [Internet]. [Acceso 30 de junio de 2013]. Disponible en: <http://ESENER.eu>
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. [Internet]. [Acceso 3 de julio de 2013]. Disponible en: <http://osha.europa/en/topics/stress>
- Amezcua MT, Preciado L, Pando M, Salazar JG. Factores psicosociales laborales y trastornos de sueño en docentes de educación especial. Revista educación inclusiva 2011; 4(2):21-8
- Anuario internacional sobre prevención de riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo.
- Becoña, E. Tabaco, ansiedad y estrés. Salud y drogas, 2003 ; 3(1): 71-92. [Internet]. [Acceso 7 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83930106.pdf>
- Benach, J., Gimeno, D & Benavides, F. G .(2002). Types of employment and health in the European Union. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Benach, J., Amable, M., Muntaner, C., & Benavides, F. G. (2002). The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? Journal Epidemiology Community Health, 56,

- Burke, H. M., Davis, M., Otte, Ch., & Mohr, D. C. (2005). Depression and cortisol responses to psychological stress: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 846-856.
- Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Moen BE, Artacoiz L, Benavides FG. Welfare state regimen and gender inequalities in the exposure to work-related psychosocial hazards. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 2013 Jul-Sep; 19(3):179-95
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua. [Internet]. [Acceso 7 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>
- Derogatis LR (1991) SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas. [Internet]. [Acceso 9 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.pearsonpsychcorp.es/producto.php?id=6&gclid=CKayuen09a4CFcwTfAodmT_CA
- Escribá V. Diseño de Cuestionarios. Cuadernos de Salud Pública y administración de servicios de salud. Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública. Dirección general de Salud Pública. N° 14. 2004
- Escribá V, Más R, Flores E. Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Gac Sanit* 2001; 15(2): 142-49
- European Network for Workplace Health Promotion- ENWHP [Internet]. [Acceso 5 de julio de 2013]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/esener-enterprise-survey>
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010 Physical and psychological violence at the workplace [Internet]. [Acceso 30 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/54/en/1/EF1054EN.pdf>

- Ferrer, J El sistema de notificación de enfermedades profesionales. Revista: Medicina y Seguridad del Trabajo, 1999; XLVI (183)
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. Cuarta encuesta europea sobre las condiciones de trabajo (2007), Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2007. [Internet]. [Acceso 3 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/survey/EWCS2005/index.htm>
- G. Benavides F, Ruiz-Frutos, C. García AM. Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 2º Edición. 2005. Ed. Masson
- G. Benavides F, Zimmermann M, Campos J, Carmenate L, Baez I et al. Conjunto mínimo básico de ítems para el diseño de cuestionarios sobre condiciones de trabajo y salud. Arch Prev Riesgos Labor 2010;13(1):13-22
- G. Benavides F, Boix P, Rodrigo F, Gil JM. Informe de salud laboral, España 2001.2010. Barcelona: CISAL-UPF,2013.
- Garcia A, Gadea R, López V (Año 2007) Impacto de las Enfermedades laborales en España. Instituto Sindical de trabajo, ambiente y salud. [Internet]. [Acceso 30 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es/descargas/Impacto%20EEPP.pdf>
- García AM, Santibáñez M, Soriano G. Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores. Arch Prev Riesgos Labor. 2004;7(3):88-98
- Gil-Monte PR, Nuñez-Román EM; Selva-Santoyo Y. Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales

- Idoate VM, García E. Asociación Navarra de Ergonomía. El Cuestionario GHQ. Características y utilización. Revista Navarra de Ergonomía 2008. Volumen 4 (3):13-20. [Internet]. [Acceso 14 de mayo de 2013]. Disponible en:
<http://ergonomos.org/images/files/Revista%20n%C3%BAmero%2015.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. Población ocupada primer trimestre 2013. [Internet]. [Acceso 30 de junio de 2013]. Disponible en:
<http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0113.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. Código Nacional de Actividades Económicas-CNAE-2009. [Internet]. [Acceso 6 de julio de 2013]. Disponible en:
http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cnae09/notasex_cnae_09.pdf
- INSHT. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2011. [Internet]. [Acceso 30 de junio de 2013]. Disponible en:
[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20\(VII%20ENCT\).pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20(VII%20ENCT).pdf)
- INSHT. Encuesta Nacional de la Gestión de la Seguridad y la Salud en las empresas (ENGE 2009)[Internet]. [Acceso 6 de julio de 2013]. Disponible en:
http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_%20ENGE%202009.pdf
- Kahill, S. (2010). Symptoms of professional burnout. A review of the empirical evidence. Canadian Psychology,
- Kahn, R. L. & Byosiére, M. (1992). Stress in organizations. En M.D.Dunnette & L. M. Hough- Order by: relevance | pagesrelevance | pages

- Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtam I, Bongers P. The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instruments for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998; 3(4): 322-55
- Kieselbach T et al .La salud en los procesos de reestructuración empresarial (HIRES): consideraciones políticas, respuestas nacionales y recomendaciones de la Unión Europea. 2012.
- Koningsveld, E.A.P., Zwinkels, W., Mossink, J.C.M., Thie, X. and Abspoel, M., National costs of working conditions for workers in the Netherlands 2001, Werkdocument 203, Ministry of Social Affairs and Employment, The Hague, The Netherlands, 2003.
- Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics* 1987, 18(3):233-237
- Laszlo, K., Pikhart, H., Kopp., M., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Salavec, G. & Marmot, M. (2010). Job insecurity and health: A study of 16 European countries. *Social Science & Medicine*
- Leka, S. y Cox, T. 2009, The European Framework for Psychosocial Risk Management. [Internet]. [Acceso 30 de junio de 2013]. Disponible en: <http://prima-ef.org/Documents/PRIMA-EF%20eBOOK.pdf>
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. BOE num. 269, de 10 de noviembre de 1995.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240 de 5 de octubre de 2011. [Internet]. [Acceso 30 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71, de 23 de marzo de 2007. [Internet]. [Acceso 30 de junio de 2013]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115>

- Mansilla Izquierdo, Fernando. Acoso laboral o mobbing. 2009.
- Mayorca IA, Lucena S, Cortés ME, Lucerna MA. Servicio de Prevención de la Agencia Sanitaria Poniente. El Ejido (Almería). España. (2013) Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?
- Mc Ewen B. (2006). Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. Annals of the New York Academy of Sciences, 840, 33-44.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2012. [Internet]. [Acceso 14 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>
- Moreno B; Báez C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas 2010.
- Mur de Víu, C . Maqueda , J. Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. Med Segur Trab 2011;57. Suplemento 1:1-242
- Observatorio de Enfermedades Profesionales (CEPROSS) y Enfermedades causadas o Agravadas por el Trabajo (PANOTRANS) . Informe Anual 2012.
- OIT. Recomendación 194. Lista de enfermedades profesionales. [Internet]. [Acceso 5 de julio de 2013]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf
- OSH in Figures: Stress at work – facts and figures, (Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities). 2009.

- Pérez J; Nogareda C, NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo. INSHT
- Rodríguez G. García M.(Año 2011)Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010
- Sahler B, Dubois A, Journoud S, Pelletier J (ANACT) Cómo promover la salud mental en el trabajo Guía laboral sobre salud mental.
- Sánchez-Chaparroa MA, Román-García J, Calvo-Bonachoa E, Gómez-Lariosa T, Fernández-Meseguera A et al. Prevalencia de factores de riesgo vascular en la población laboral española. Rev Esp Cardiol. 2006; 59(5):421-30.
- Sanchez-Lopez MP, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire: reliability external validity and factor structure in the spanish population. Psicothema 2008; 20(4):839-43
- Sapolsky, R. M. (2008). ¿Por qué las cebras no tienen ulcera? Madrid: Alianza Editorial.
- Sauter SL, Murphy LR., Hurrell J, Levi L. Factores psicosociales y de organización. En: OIT. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, 3ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001
- Trana, T.T., Srivareerat, M. & Alkadhi, K.(2010). Chronic psychosocial stress triggers cognitive impairment in a novel at-risk model of Alzheimer's disease. Neurobiology Disease.
- World Health Organisation. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. 2008. [Internet]. [Acceso 3 de julio de 2013]. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf

GUIA ESTUDIO

La percepción de la Salud
y Riesgos Psicosociales
en una muestra multisectorial



Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente
UGT-CEC



observatorio
de riesgos psicosociales
UGT

Con la Financiación de: DI-0010/2012



FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES

