

# SALUD MENTAL EN EL TRABAJO: Alteraciones e intervención preventiva.

José Asua Batarrita.

Médico. Master en Salud Laboral por la Universidad Laval de Québec.

Félix Urbaneja Arrue.

Médico. Titulado en Higiene Laboral por la Universidad Libre de Bruselas.

Juan José Aurrecoechea Aguirre.

Médico. Especialista en Medicina del Trabajo por la Universidad Libre de Bruselas.

## ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL EN RELACION CON EL TRABAJO

### Introducción

En un artículo anterior<sup>23</sup> se analizaron los factores presentes en el medio de trabajo que pueden llegar a alterar el equilibrio del sistema organizativo idóneo para la salud mental de los trabajadores.

En este trabajo, que a continuación se presenta, se recogen las posibles alteraciones de la salud mental originadas en el medio laboral, sus manifestaciones y consecuencias, así como una serie de recomendaciones con el fin de elaborar estrategias de intervención en orden a la prevención de dichas alteraciones.

El comportamiento humano viene determinado por una serie de vivencias o experiencias que se van adquiriendo a lo largo de la vida, y que condicionan las diferentes formas de actuar del individuo. Este comportamiento humano puede ser discutido en términos de «tensiones» o de «reducción de las tensiones» según las reacciones que provoca debido a esquemas preestablecidos desde la infancia.

Para el logro de un buen nivel de salud mental en el trabajo habrá que ejercer acciones dirigidas a la eliminación de los factores que pueden originar estas tensiones; es lo que llamamos prevención primaria. Como esto no siempre es posible, convendría, cuando menos, el ejercicio de una prevención secundaria; para ello es fundamental el despistaje de las alteraciones de salud mental, antes de que éstas se instauren, es decir, desde la manifestación de sus primeros síntomas. Con este fin, vamos a enumerar los diferentes síntomas que se pueden apreciar, consecuencia de un ambiente psicosocial no deseado durante el trabajo.

### Fatiga

Existen diferentes definiciones más o menos exactas de lo que es la fatiga. Una sencilla y adecuada sería la **dificultad subjetiva y objetiva de realizar un esfuerzo.**

La fatiga puede clasificarse en:

- Fatiga física o fisiológica. Es reversible con el descanso.
- Fatiga psíquica. Producida por una mezcla de sentimientos, más o menos intensos de abandono de sí mismo (no puedo más) y de rechazo (nunca lo conseguiré). En caso de llegar a la forma crónica, podría convertirse en irreversible.

Todas las fatigas ejercen la función de alerta y/o **salvaguardia** ante situaciones adversas.

Por la forma de presentarse o de manifestarse pueden distinguirse diferentes formas de fatiga:

**Fatiga aguda:** es aquella que surge después de un trabajo de cierta intensidad o de una cierta duración y que es eliminada mediante el reposo.

El sujeto puede sentir malestar, impotencia, pero no tiene nada que ver con el sentimiento de incapacidad que provoca la fatiga psíquica.

**Fatiga crónica:** es un tipo de fatiga cuyos síntomas persisten incluso fuera del trabajo y no ceden tras el reposo. Se presenta con la siguiente sintomatología: impresión de laxitud, algias dorsales, agujetas, cefaleas, desinterés, disminución del poder de concentración, hipersomnolencia a contratiempo (sueño de día y no vespertino).

**Fatiga puramente intelectual:** está producida por un trabajo intelectual prolongado, del tipo de memorización de

tipo perceptivo. Este es un fenómeno que ocurre frecuentemente con el desarrollo de nuevas tecnologías, la automatización, pantallas de datos, etc.

**Fatiga psíquica:** es un fenómeno no reversible, por lo que se convierte en proceso crónico. Se encuentra fuertemente relacionada con cuadros de patología mental. Es percibida por el sujeto como un agotamiento con una sensación de «no puedo más».

Podrían enumerarse una serie de factores profesionales favorables a la salud mental del hombre en el trabajo y, por esta razón, a la propia empresa. Su objetivo es promover la autonomía y el control del sujeto sobre sí mismo y su tarea, su competencia y su impresión de autorrealización, y la estabilidad de su salario y la comunicación horizontal y vertical, en sentido ascendente y descendente.

El trabajo industrial puede generar un riesgo de que aparezca un eventual fallo psíquico, es el poder patógeno de las tareas repetitivas, parcelarias y monótonas, de las cadencias excesivas, de una jerarquía autoritaria y lo distante de una burocracia anónima, de una inadecuada retribución, etc.

Afortunadamente, nunca en la realidad una persona se dejará arrastrar en su trabajo hasta el extremo del agotamiento físico completo (pues se detendrá bastante antes) o hasta la impotencia psíquica total (antes se ausentará del trabajo). Puede decirse que la fatiga (percibida física o psíquicamente) juega un papel de timbre de alarma.

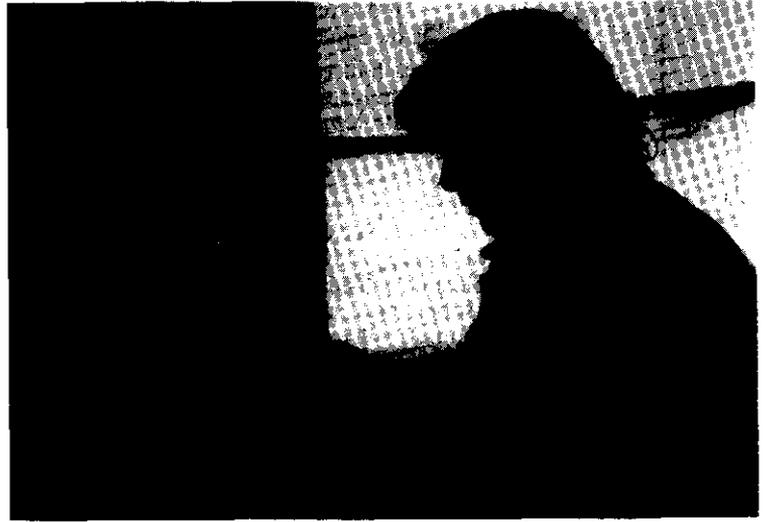
### Surmenage

Es también llamada la enfermedad de los dirigentes. El prototipo es el de un hombre de cuarenta-seis años que ocupa un puesto que, además de demandar un gran esfuerzo físico, exige grandes esfuerzos psicológicos, con una gran dosis de responsabilidad que le impulsa a identificarse con su empresa.

Algunos autores la denominan «Fatiga de los dirigentes» (Servier) o incluso la «Depresión de agotamiento de los responsables» (Bornstein), en estos sujetos es frecuente observar unos rasgos psicológicos peculiares (el *Leadership* o carisma de líder), como una cierta avidez, gusto por el poder y necesidad de ser admirado y admirarse a sí mismo, gusto por la competición y el triunfo. Es de esta forma como llegan a un estado de fatiga crónica. Existe una ansiedad masiva que inunda el fondo de la personalidad del individuo y un elevado riesgo de desencadenamiento fatal: el infarto de miocardio.

Un mando pasa en general más tiempo en su despacho que el que dedica a su propia persona, además, añade trabajo suplementario realizado en su domicilio: informes, conferencias, formación continuada, etc., tareas que exigen una sobreconcentración. Así, el «manager», según asciende en la escala jerárquica, se aísla en sus problemas y tiene dificultad de relación con los demás. De esta forma debe combatir solo y en secreto todos los sentimientos de inferioridad, de duda e incapacidad que seguro le invaden. Puede convertirse así en una persona especialmente vulnerable a padecer trastornos coronarios (angina, infarto...), acumulando frecuentemente factores de riesgo: tabaquismo, sedentarismo, consumo de ácidos grasos polisaturados, sobrepeso, etc.

Los mandos en una fase de su vida, entre los cuarenta y cinco y cincuenta y cinco años, suelen plantearse una



serie de interrogantes motivados por la inquietud y las dudas respecto a los objetivos logrados en el trabajo y el interés de continuar sus esfuerzos en el mismo sentido. La reacción de algunos es de replanteamiento y modificación de la forma de trabajo. Otros continúan esa carrera de promoción, llegando a los límites de su competencia, maltratando tanto a las personas de su entorno como su propia salud (R. Amiel).

### Depresión-ansiedad

La ansiedad y la tristeza pueden ser respuestas adaptativas frente a amenazas del ambiente laboral como lo son frente a otras frustraciones o requerimientos de la convivencia social. Nos referimos dentro de este apartado, y en la perspectiva de este artículo, a los trastornos adaptativos con ánimo depresivo y/o ansiedad. Lo más frecuente es observar rasgos de depresión y de ansiedad entremezclados. En estos individuos lo más frecuente son las quejas somáticas (astenia, cefaleas, fenómenos pseudovertiginosos, parestesias, síntomas gastrointestinales, lumbalgias...).

En el depresivo encontramos un fondo de abatimiento general, con afectación del humor, del pensamiento, modificación de la conducta, alteración de los ritmos biológicos (insomnio de primeras horas o hipersomnolencia).

En el ansioso existe una mayor activación del arousal, lo que provoca un sentimiento subjetivo de discomfort, de inseguridad, de amenaza, un conjunto de síntomas que traducen la hiperactivación beta-adrenérgica (sudoración, palpitaciones, sensación de ahogo, inquietud psicomotriz, disnea suspirosa, etc.) y una interferencia en las facultades intelectuales (dificultad de concentración, de memorización, de aprendizaje, desorientación). El ritmo de sueño también es interferido, originando insomnio inicial o sensación de sueño ligero y no reparador.

### Stress

Como decíamos al inicio, el comportamiento humano está condicionado por una serie de tensiones que provo-

can los diferentes comportamientos. De la expresión inglesa *strain*, tensión, es de donde nace el término **stress**.

Numerosos autores han estudiado el stress, pudiendo decirse que hay verdaderas escuelas. Los trabajos más representativos sobre este tema son iniciados por Cannon, quien basa el stress en una respuesta de lucha o huida ante las tensiones.

Uno de los autores que más ha contribuido al estudio del stress ha sido Hans Selye, a quien T. M. Fraser llama el «padre de la fisiología del stress». Selye dice que «el stress no es sólo una tensión nerviosa o el resultado de una lesión, y, sobre todo, no es algo que deba evitarse, puesto que está unido a la expresión de innumerables impulsos naturales».

El stress se manifiesta tantas veces como cualquier parte de nuestro organismo es solicitada. En realidad, la ausencia total de stress corresponde a la muerte.

Existe una definición del stress adoptada en el Simposium internacional sobre la sociedad, el stress y la enfermedad, que tuvo lugar en Estocolmo en 1972 bajo los auspicios de la OMS y la Universidad de Upsala, que refleja claramente la idea de stress como efecto y no como la causa: «Stress es la reacción no específica del organismo a toda demanda que se ejerce sobre él».

Hans Selye llegó a elaborar una teoría de la reacción humana ante el stress que él llamó «Síndrome General de Adaptación», que divide en tres estadios:

- **Fase de alerta:** reacción ante una amenaza percibida, caracterizada por palidez, transpiración, ritmo cardíaco acelerado, aumento del retorno sanguíneo a los músculos, etc. Prepara al organismo para la lucha o la huida. Es de corta duración, pero si el stress persiste se pasa a la siguiente fase.
- **Fase de resistencia:** el organismo se adapta adoptando mecanismos de resistencia o de defensa ante los factores que constituyen el stress.
- **Fase de agotamiento:** se da cuando el stress adquiere bastante intensidad o se prolonga en el tiempo, superando la capacidad de resistencia. Es en esta fase en la que aparecen las alteraciones psicósomáticas (úlceras gástricas, afecciones cardiovasculares, etc.).

Los cambios o alteraciones producidos suelen ser reversibles, así cuando ceden las tensiones o los estímulos se retorna a una situación de normalidad. Pero también pueden existir cambios irreversibles en tejidos y órganos.

Distintos autores estudian el stress desde diferente enfoque según consideran el punto de partida de los estímulos. Los estudios desarrollados por Menninger tienen un enfoque fundamentalmente psicoanalítico, y los de Lazarus una orientación psicocognitiva. El enfoque de la escuela de Michigan es quizá el más completo debido al estudio multifactorial de estímulos y respuestas, definiendo el stress como el grado de discordancia entre la persona y su medio.

Dolan y Arsenault proponen, en 1984, un modelo condicional de stress en el trabajo. Señalan dos tipos de orígenes de stress en el trabajo: extrínsecos e intrínsecos (*Figura 1*). Estos factores estresantes influyen sobre la persona que en función de ciertas características individuales, tales como la propia personalidad, la importancia relativa atribuida al trabajo y el grado de pertenencia socio-demo-

gráfico, condicionan las modificaciones en el individuo que se manifestarán en forma de síntomas y signos:

- Síntomas psicológicos.
- Síntomas somáticos.
- Signos comportamentales.
- Signos fisiológicos.

Las resultantes de estas alteraciones afectan tanto a la salud del individuo como a la salud de la Organización, con disminución de la productividad, absentismo, accidentes, etc.

### Orígenes del stress laboral

#### Factores organizacionales generales y difusos

- Grado de burocratización.
- Estructura jerárquica.
- Estructura de la organización: competición interindividual para obtener alguna recompensa.

#### Factores relacionados con el rol

- Rol: comportamiento unido a una función más que designar al individuo que lo ocupa.
- Conflicto de rol: presencia simultánea de dos o más exigencias.
- Ambigüedad: incertidumbre de las tareas inherentes a una función.
- Roles sobrecargados o poco ocupados.

#### Factores relacionados con la tarea y las condiciones de trabajo

- Variedad de las habilidades requeridas, grado de autonomía, significación e identidad de la tarea y feed-back o grado de respuesta.

#### Relaciones interpersonales condicionadas por varios factores

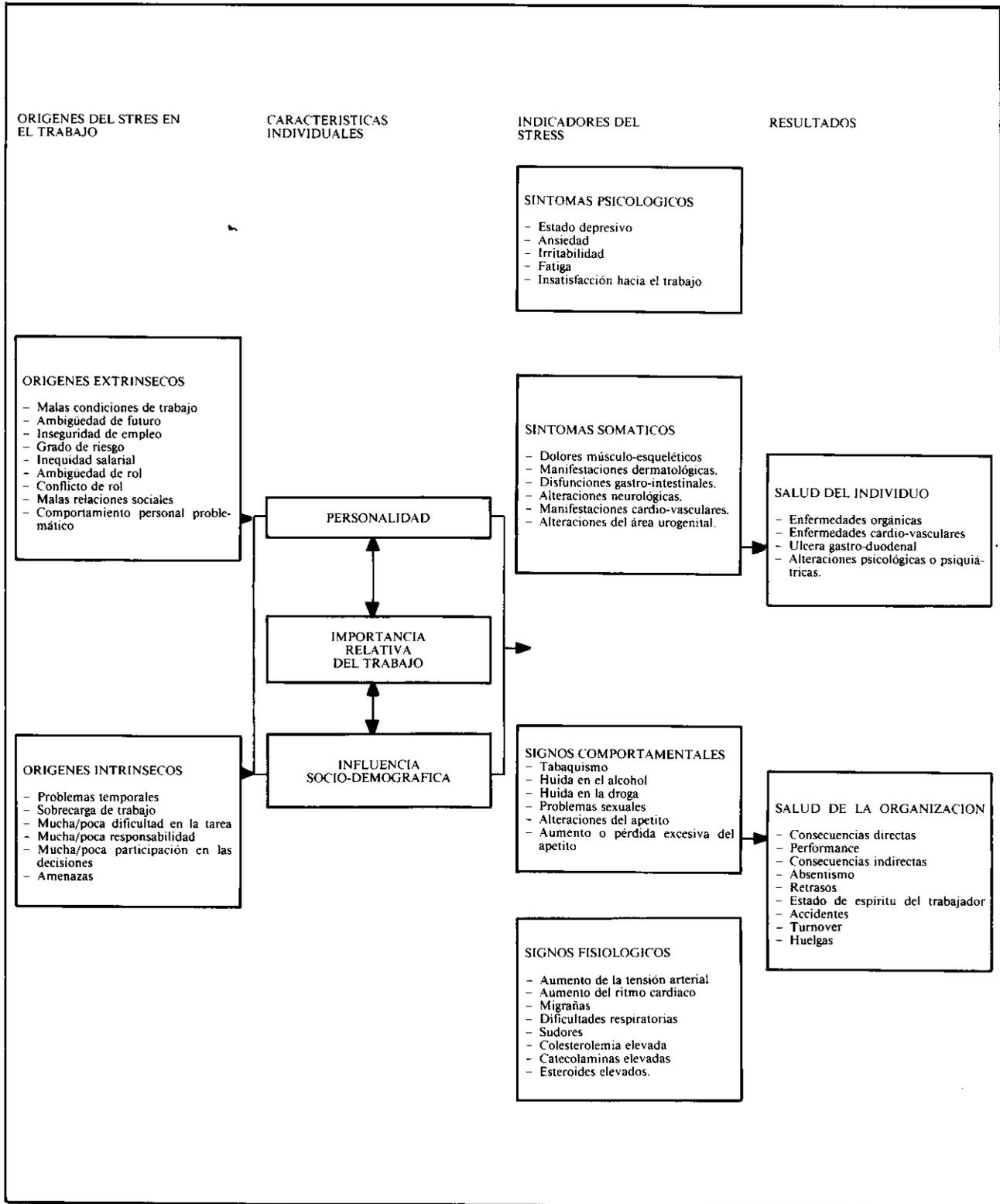
- Personalidad.
- Características sociodemográficas.
- Implicación personal e importancia relativa del trabajo.
- Forma física.

### Consecuencias organizacionales del stress

El stress afecta tanto al sujeto como a la organización, por cuanto influye en el rendimiento del individuo:

- Directamente.
- Indirectamente: absentismo, turnover, retrasos, conflictos laborales, agresividad, etc., así como accidentes de trabajo.

**FIGURA 1**  
**MODELO CONDICIONAL DE STRESS LABORAL**



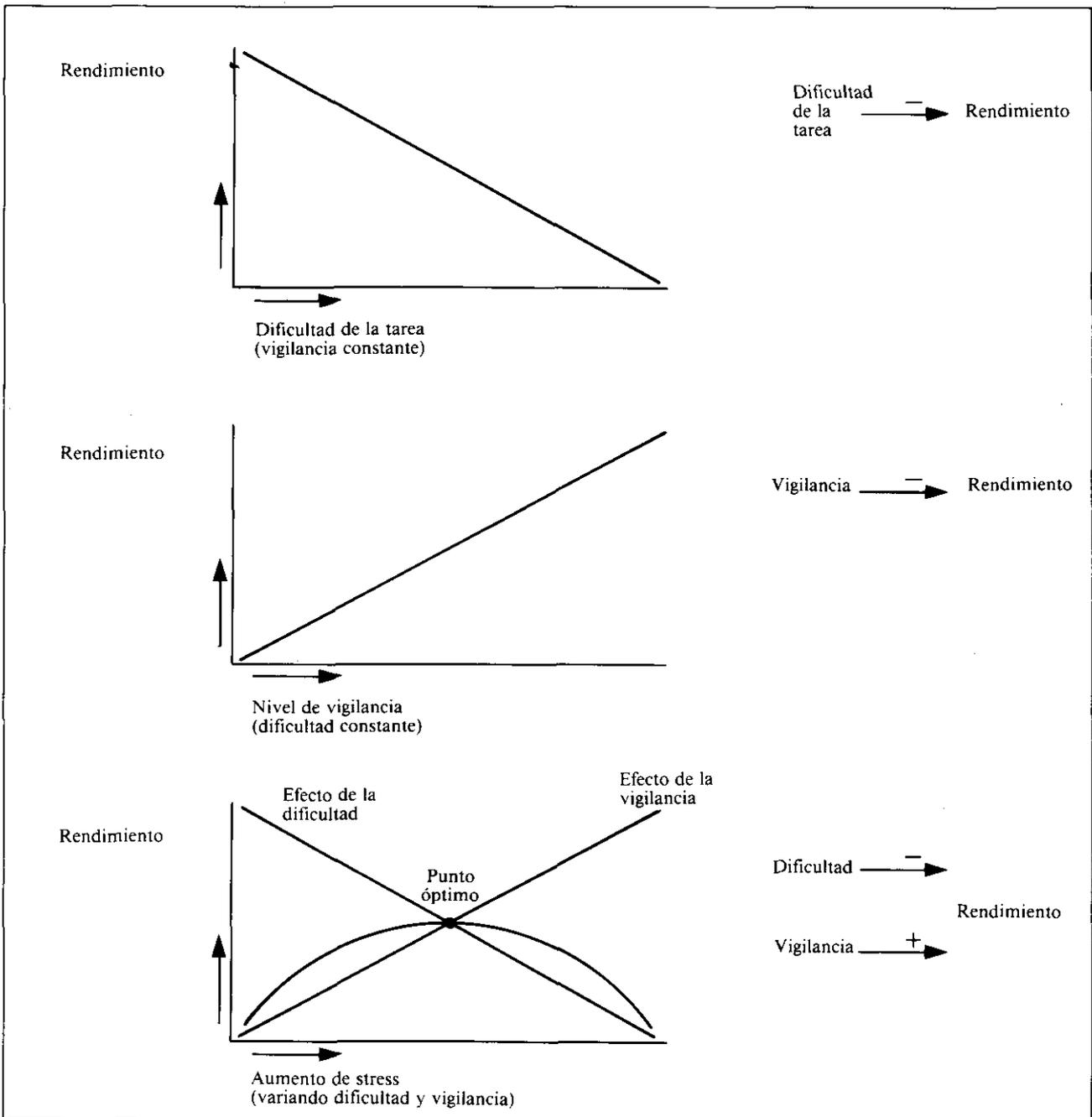
Dolan y Arsenaull, 1984

El stress tiene una relación con el rendimiento que puede interpretarse gráficamente (Figura 2) como una U invertida. Según este modelo, el máximo rendimiento se produce con un determinado nivel de stress. Un exceso del mismo sería perjudicial, pero su defecto tendría asimismo efectos negativos en la productividad y en la salud del trabajador.

Un estudio detallado sobre esta relación stress-rendimiento es el desarrollado por Mc. Grath que, tal como se observa en el gráfico, refleja una disminución del rendimiento al aumentar la dificultad de la tarea, si se mantiene una vigilancia constante. Por otro lado, con un grado de dificultad constante, el rendimiento aumenta en forma lineal, según se aumenta el nivel de vigilancia. El efecto

FIGURA 2

## EFFECTO AISLADO Y COMBINADO DE LA TAREA Y DEL GRADO DE VIGILANCIA SOBRE EL RENDIMIENTO



Mc. Grath, J. E., 1976

combinado de estas dos situaciones nos da la figura en U invertida.

### Burnout

También llamado «síndrome de agotamiento profesional», es un síndrome a la vez físico y emocional, con un agotamiento que conduce al desarrollo de una imagen de sí mismo inadecuada, de actitudes negativas en el trabajo, con pérdida de interés y de sentimientos hacia el trabajo.

Es consecuencia de un stress continuado por tensiones acumuladas que ejercen su acción sobre el sujeto a lo largo del tiempo. Los síntomas de agotamiento aparecen de forma gradual, manifestándose de diferentes maneras:

- Cambios de comportamiento: progresiva insatisfacción en el trabajo, disminución del rendimiento, retrasos, absentismo y aislamiento. Como solución personal pueden adoptar comportamientos evasivos como el alcohol, la medicación e incluso las drogas ilegales.
- Alteraciones emocionales: como consecuencia de la falta de reconocimiento por su esfuerzo se produce insatisfacción e irritabilidad, con tendencia a insultar a los compañeros e incluso a la familia. Dificultad de autocontrol con cóleras irracionales, llegando a convertirse en una persona cínica y desamparada. Pueden llegar a buscar un culpable al que responsabilizar de todos sus males.
- Alteraciones psicofisiológicas: se manifiestan numerosos problemas somáticos provocados o agravados por el stress, tales como gran astenia, somnolencia, cefaleas, artralgias y alteraciones digestivas.
- Alteraciones intelectuales, como disminución de la capacidad de concentración y de atención, con la consecuente baja de memoria.

Como decíamos anteriormente, el síndrome de agotamiento tiene una instauración progresiva, agravándose en la medida que el stress que lo provoca continúe haciendo su efecto. Diversos autores describen fases en la evolución de este síndrome. Así, Lauderdale dice que el proceso pasa por tres fases: confusión, frustración y apatía.

Edelwich y Brodsky describen cuatro fases: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía. Veninga y Spradley dividen la evolución en cinco etapas: entusiasmo e hiperactividad, disminución de energía y fatiga, disminución del rendimiento y alteraciones somáticas con depresión, crisis de profundo pesimismo y falta de confianza en sí mismo. La etapa final es la llamada «el muro» o impasse.

### INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL

En el campo de la salud mental nos encontramos con una serie de obstáculos que van a dificultar la intervención preventiva. La ausencia de técnicas que permitan medir la funcionalidad del aparato psíquico, tanto en su aspecto positivo como negativo, nos lleva a valernos de indicadores que nos proporcionen una valoración del grado de salud mental. Sin embargo, la mayor dificultad con que nos encontramos es la serie de miedos irracionales que surgen a la hora de programar la intervención preventiva: miedo del propio preventivista, de los trabajadores, del empresario y de los técnicos.

Dado que el médico de empresa tiene, en España, autonomía para planificar su trabajo, vamos a exponer los pasos necesarios para la elaboración y realización de un programa de salud en medio laboral. Un programa integral en el cual tenga cabida la prevención primaria, secundaria y terciaria y que contemple de manera global la actividad preventiva que ha de desarrollar el Servicio de Salud en el Trabajo, entendido éste como equipo multidisciplinar, tal como queda reflejado en la Convención 161 y la Recomendación 171 de la OIT.

La planificación de los servicios de salud en el trabajo a través de «Programas» es particularmente vital y eficaz, además de permitir la integración de las diferentes y variadas actividades del servicio, favoreciendo la racionalización de las prioridades.

Este programa contemplará la prevención del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional, la protección de la salud del trabajador frente a riesgos laborales o extralaborales a los cuales se expone y la promoción de la salud o potenciación de los mecanismos y recursos de cada individuo para aumentar o mejorar su nivel de salud.

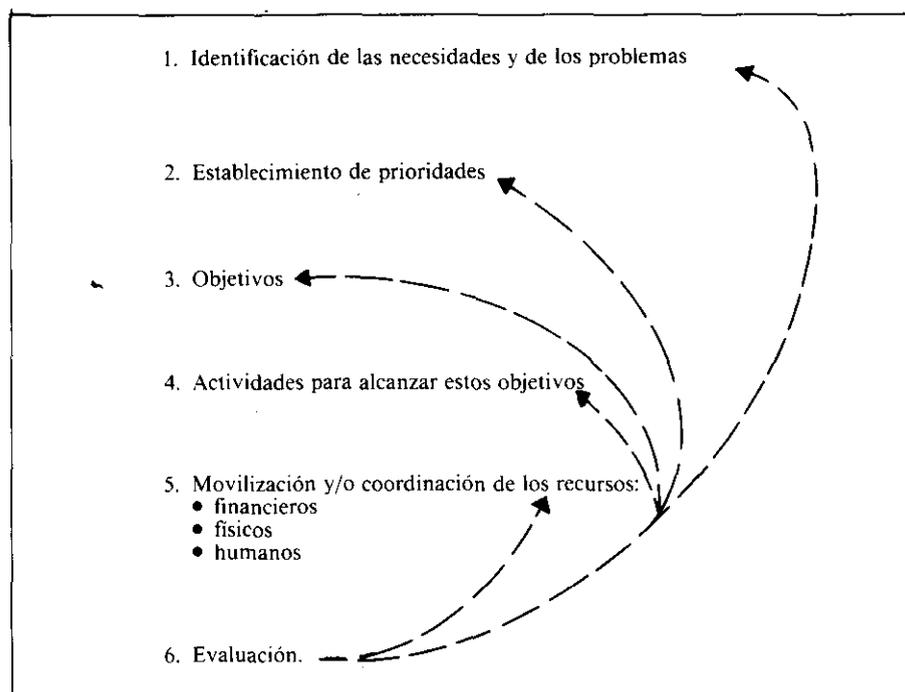
La intervención en materia de salud mental ha estado hasta hace poco relegada por las acciones preventivas de seguridad, principalmente, y de higiene industrial. Si el accidente y la enfermedad profesional han sido las grandes y únicas preocupaciones del médico de empresa, surge, actualmente, preocupación por la influencia que los factores psicosociales puedan tener en la salud del trabajador.

### Etapas para la elaboración de un programa de salud

Exponemos en la *Figura 3* los pasos que debe dar el planificador o el médico de empresa para, posteriormente, analizar cada paso o los más importantes.

FIGURA 3

## ETAPAS DE ELABORACION DE UN PROGRAMA



Fuente: R. Pineault. *Éléments et étapes d'élaboration d'un programme de Santé Communautaire.*

A continuación vamos a analizar cada una de las etapas.

### Identificación de las necesidades percibidas y los problemas objetivados

Para descubrir los problemas de salud que afectan a un colectivo podemos utilizar dos grandes líneas. Una primera basada en la noción epidemiológica de las necesidades, en la que el profesional sanitario se servirá de diferentes indicadores. La segunda, basada en una noción psicosociológica de las necesidades, busca determinar su importancia en función de la percepción que tienen los individuos o sus representantes de sus problemas.

Previo a elegir una de estas dos aproximaciones a la identificación de los problemas de salud, hemos de tener en cuenta que los resultados por ambas vías no son superponibles. La morbilidad sentida en materia de salud mental, por ejemplo, sería inferior a la objetivable mediante técnicas epidemiológicas, pues frecuentemente el sufrimiento psíquico no es exteriorizado como tal. Para optimizar la utilización de unos recursos trataremos de intervenir sobre la zona de intersección entre problemas objetivados y las necesidades percibidas.

El primer paso de una planificación, previo a cualquier decisión, es obtener un conocimiento cuantificado de la realidad. Cualquier imprecisión a este nivel nos impedirá la evaluación correcta de los resultados del programa.

### Indicadores en Salud Mental

Los indicadores son el instrumento utilizado para este conocimiento cuantificado. Los más clásicos han sido los de morbilidad y mortalidad, sobre todo estos últimos indicadores de salud negativa.

En salud mental nos interesan principalmente sus medidores positivos, aunque este tipo de índices son hoy en día escasos. Kasl agrupa los diferentes indicadores de salud mental en cuatro categorías:

**Índices de eficacia funcional:** tratan de evaluar la capacidad de la persona para ocupar el lugar que le corresponda en las relaciones sociales y asumir roles institucionalizados. Ejemplos de este tipo de indicadores serían la hospitalización, el absentismo, el desempleo, el divorcio o la separación, etc.

**Índices de bienestar:** abarcan todos los estados afectivos, como depresión, resentimiento –o síntomas– como tensión, nerviosismo y áreas de satisfacción.

**Índices de dominio de sí y competencia:** se trata de criterios positivos de salud mental.

**Signos y síntomas psiquiátricos.**

### Establecimiento de prioridades

A la hora de elaborar un programa de salud, las prioridades vendrán determinadas por dos grandes criterios:

**Importancia del problema:** condicionada, a su vez, por su amplitud (incidencia o prevalencia alta) y por su grave-

dad, por la repercusión de dicho problema en la cantidad o en la calidad de vida del individuo.

**Vulnerabilidad del problema:** disponibilidad de medios, recursos o técnicas necesarias para el diagnóstico del problema y para su tratamiento eficaz.

Consecuentemente, los problemas de salud que causan las mayores pérdidas de vida productiva y que son susceptibles de ser mejorados o eliminados por un programa exigen la acción prioritaria. Por ello establecemos tres grandes tipos de intervención en orden correlativo de prioridad (Vézina):

1. Transformar el ambiente laboral en no dañino o perjudicial para la salud del trabajador.
2. Favorecer una mejor adaptación del hombre en su puesto de trabajo, con objeto de elevar el grado de confort del trabajador.
3. Mejorar el estado de salud general del trabajador.

## Determinación de objetivos

Esta etapa comprende, en primer lugar, una definición del problema que el programa tratará de resolver. Definiremos, además, la población a la cual va a ir destinado el programa: toda la empresa, alguna sección, algún segmento de edad, etc. En tercer lugar, identificaremos las actividades que habrán de ser realizadas para alcanzar los objetivos propuestos. Y por fin conviene especificar la cantidad y calidad de los recursos que serán movilizados, bien sean humanos, financieros o materiales o técnicos.

En función del orden de prioridades propuesto, y dentro de esos tres grandes tipos de intervención, vamos a tratar de agrupar los diferentes tipos de objetivos que pueden plantearse al elaborar un programa de salud laboral:

- 1.º Eliminar los factores de riesgo (químicos, físicos y biológicos) del ambiente de trabajo, para prevenir la aparición de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Dentro de este grupo de objetivos es fundamental el conocimiento de disciplinas como la seguridad, higiene, toxicología y epidemiología.
- 2.º Situar al trabajador en un puesto adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas. Se trata de un planteamiento ergonómico:
  - Adaptar el trabajo al hombre.
  - Adaptar el hombre al trabajo.

A este nivel es donde vamos a situar la intervención sobre los factores psicosociales y, en consecuencia, la mayor parte de los programas de salud mental.
- 3.º Actuar contra aquellos factores de riesgo no específicamente laborales, con el fin de mejorar el estado de salud del trabajador. Se trata de aprovechar unos recursos disponibles, favorecido por el hecho de disponer una población cautiva bien controlada, para aplicar actividades más bien propias de la medicina comunitaria: lucha contra factores de riesgo cardiovascular, cancerígenos extralaborales, hábitos perjudiciales (alcohol, tabaco...), mejora de los hábitos alimenticios, vacunaciones, etc.

Este tipo de actividades, que consideramos las menos prioritarias, son las que gozan de mayor popularidad, tanto por parte de los trabajadores como de los técnicos o del empresario.

## Evaluación del Programa

La importancia de esta etapa viene dada por el hecho de poner en tela de juicio todos los elementos del programa, comprendiendo al menos tres aspectos:

1. Evaluación de la utilización de los recursos.
2. Evaluación del desarrollo de actividades.
3. Evaluación de los resultados.

Nos centraremos en la evaluación de los resultados, en razón de su mayor interés cuando se trata de un programa. Su función primaria es la de determinar el valor o el grado de éxito en la consecución de un objetivo predeterminado. Evalúa la eficacia del programa. Este juicio de valor está basado en criterios y normas. Por criterio se entiende una característica observable, es decir, un indicador o una variable-diana del programa (frecuencia accidentes, morbilidad). La norma es el valor de referencia que atribuimos al criterio, haciéndolo cuantificable (1 ‰).

Una segunda manera, complementaria, de evaluar el rendimiento de un programa va a ser la eficiencia o análisis de coste/eficacia, donde se relacionan los resultados obtenidos por el programa con los recursos invertidos. Los resultados se expresan en términos de indicadores sanitarios y los recursos en términos de coste económico. Este tipo de evaluación nos va a permitir la comparación del rendimiento de diferentes actividades o subprogramas que no tienen relación alguna entre sí. Por ejemplo, comparar los resultados obtenidos en los subprogramas de prevención de accidentes y en el de lucha contra el alcoholismo.

La evaluación de los resultados se asienta sobre dos pilares:

1. La **epidemiología**: las alteraciones de la salud mental tienen un origen multicausal, de esta forma, factores hereditarios y ambientales se interrelacionan, siendo difícil identificar factores de riesgo y más aún controlarlos. Ello va en detrimento de la realización de estudios de cohortes expuestas a un determinado factor. Los estudios de casos y controles van a ser asequibles únicamente para centros de asistencia psiquiátrica, por el volumen reducido de casos que pueda observar el médico de empresa. Por fin, los estudios de intervención o experimentales van a ser inaccesibles por sus limitaciones éticas. Por estas razones los únicos estudios asequibles al médico de empresa van a ser los descriptivos y los transversales. Denominamos estudios descriptivos a aquellos que no buscan la relación causal, sino que relacionan una variable dependiente, como por ejemplo, el consumo de alcohol, con diversos parámetros epidemiológicos (edad, sexo, puesto de trabajo, estado civil, procedencia social o geográfica, nivel de estudios, etc.). Los estudios transversales estudian lo que sucede en un momento dado, no en un período de tiempo. Pueden ser de carácter descriptivo o analítico. Por ejemplo, serían estudios transversales de carácter analítico la relación entre estatus del puesto de trabajo y satisfacción laboral, stress y fatiga psíquica o stress y ansiedad, desempleo o jubilación y depresión, trabajo a turnos y síntomas somáticos, etc. Por contra, serían estudios transversales de carácter descriptivo el estudio de la prevalencia de casos psiquiátricos, prevalencia de la depresión o la ansiedad, estudio del consumo de alcohol, etcétera.
2. La **estadística**: los estudios de salud mental requieren

sumo cuidado a la hora de analizarlos estadísticamente. La multicausalidad y la existencia de factores de confusión pueden llevarnos a conclusiones erróneas, por lo que se hace imprescindible el análisis multifactorial.

### CONCLUSION

Según recoge Levi (1987), aproximadamente la mitad de toda la población trabajadora es infeliz en su empleo.

Un Comité Mixto OMS/OIT (1984) considera que entre el 5 y el 10 % de la población trabajadora padece trastornos graves, debidos a los factores psicosociales nocivos.

Existe abundante literatura acerca del consumo de alcohol y de sus repercusiones en la población trabajadora y en la industria. En una estimación realizada por Cabasés y cols. (1987), para el año 1984 y en la Comunidad Autónoma Vasca son atribuibles al abuso de alcohol 934.419 jornadas perdidas, lo cual supone un valor de 7.221.741 miles de pesetas.

En EE. UU. el abuso de alcohol es un problema mayor de salud física, psíquica y social, con un coste anual estimado en 40.000 millones de dólares (citado por Levi, 1987).

En un estudio realizado sobre la población de mano de obra directa y contra maestres de 20 empresas industriales, y con ayuda del GHQ de 60 ítems, se refiere una prevalencia de morbilidad psíquica menor comprendida entre el 12,5 y el 16,9 %.

Jenkins (1985) observa una prevalencia del 33 % de trastornos psiquiátricos menores en una población de trabajadores indirectos jóvenes, hombres y mujeres, y con ayuda,

asimismo, del GHQ-60 y de un interview clínico protocolizado.

Según una revisión bibliográfica realizada por Fletcher y Payne (1980) <sup>21</sup> «en un estudio de más de 2.000 empleados, directivos y profesionales se observaba que un 12,6 % padecía angustia emocional. En otro estudio sobre exámenes médicos en 3.083 trabajadores manuales, el 9,1 % de los varones y el 13 % de las mujeres tenían una neurosis clara causante de incapacidad y otro 19,2 % de los varones y 23 % de las mujeres sufrían neurosis menos grave. Las enfermedades mentales menores son responsables de la pérdida de 40.000.000 de días de trabajo al año, mientras que son 10.000.000 de días los perdidos por conflictos industriales».

Consideramos que, en consecuencia, la salud mental debería ser incluida en los programas y actividades preventivas llevados a cabo en el medio laboral. En la medida en que los objetivos propuestos en materia de Seguridad e Higiene vayan cumpliéndose, o más aún, en aquellas empresas sin riesgo aparente de enfermedad profesional o accidente, el equipo dedicado a la salud laboral debería aunar sus esfuerzos de cara a elaborar un subprograma de salud mental. Este debería contar con actividades de despistaje precoz (con objeto de mejorar la eficacia de los tratamientos), de prevención (actuando contra los factores psicosociales negativos, aun antes de que se produzcan manifestaciones psicopatológicas) y, sobre todo, de promoción de la salud mental (interviniendo sobre los factores psicosociales de tipo positivo). La divulgación ulterior de los resultados y de la metodología empleada en las diferentes experiencias que se vayan produciendo nos permitirá avanzar en el conocimiento de la eficacia de estas actividades preventivas.

\* \* \*

### Bibliografía

1. AMIEL, R. *Entreprise santé. Manuel de psychopathologie du travail et de psychiatrie sociale.* Maloine, S. A. éditeur. Paris, 1985.
2. AMIEL, R. *La notion de santé mentale et son évaluation dans les études épidémiologiques à visées préventives en médecine du travail et en santé communautaire.* Arch. mal. prof., núm. 1, págs. 1-14, 1986.
3. ARSENAULT, A.; DOLAN, S. *Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation.* IRSST, Québec, 1983.
4. AURRECOECHEA, J. J. *Estudio de prevalencia de casos psiquiátricos en una población de Trabajadores directos y encargados de 20 empresas del País Vasco.* Comunicación, VII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología, San Sebastián, 1988.
5. CABASES, J. M., y cols. *Costes del absentismo laboral por abuso de alcohol en la Comunidad Autónoma Vasca.* Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social, 1987.
6. COOPER, C. L. *Identifying stressors at work: recent research developments.* Journal of Psychosomatic Research, vol. 27, núm. 5, págs. 369-376, 1983.
7. CROMBEZ, J.; GASCON, L.; LEGAULT, L.; PILIC, I.; PLANTE, G., y FONTAINE, J. *Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel.* L'Union Médicale du Canada, tomo 114, marzo, 1985.
8. DOLAN, S., y ARSENAULT, A. *Stress, santé et rendement au travail.* Montréal, Ecole de relations industrielles, c 1980, 186 págs., Université de Montréal.
9. FRASER, T. M. *Stress et Satisfaction au Travail.* Série Sécurité Hygiène et Médecine du Travail, núm. 50. Bureau International du Travail Genève. Junio, 1981.
10. JENKINS, R. *Minor Psychiatric morbidity in employed young men and women and its contribution to sickness absence.* Brit. J. of Ind. Méd., num. 42, págs. 147-154, 1985.
11. KARVONEN, M.; MIKHEEV, M. I. *Epidemiology of occupational health.* WHO, European Series, núm. 20, 1986.

12. KASL, S. V. **Mental health and work environment: An examination of the evidence.** *J. Occ. Med.* 15, 6, junio, 1973.
13. LEVI, L. **Psychosomatic disease as a consequence of occupational stress.** En *Psychosocial factors at work and their relation to health.* Edited by Kalimo, El-Batawi and Cooper, WHO, Geneve, 1987.
14. MAIRIAUX, PH. **Indicadores fisiológicos de la carga mental: su utilidad para el médico de empresa.** *I.N.H.S.T.*, núm. 974. Artículo original en *Arch. Mal. Prof.*, vol. 45, núm. 2, 101 págs., y vol. 45, núm. 3, 173 págs., 1984.
15. MCDERMOTT, Diane, Ph. D. **Professional Burnout and its relation to job characteristics, satisfaction and control.** *Journal of Human Stress*, verano 1984.
16. OMS/OIT. **Comité Mixto de Medicina del Trabajo. Identificación y control de los factores psicosociales nocivos del trabajo.** Informe, Novena reunión, Geneve, 1984.
17. PINEAULT, R. **Eléments et étapes d'élaboration d'un Programme de Santé Communautaire.** *L'Union Méd. Du Canada*, 105, págs. 1208-1214, agosto, 1976.
18. PINEAULT, R. **La planificación sanitaria. Concepto, métodos, estrategias.** Barcelona: Masson, S. A., pág. 382, 1987.
19. SELYE, H. **Stress sans détresse,** Montréal: La Presse, 175 págs., 1974.
20. SELYE, H. **Selye's guide to stress research.** New York: Van Nostrand Reinhold, 1980 v.
21. MONAT, A.; LAZARUS, R. H. **Stress and coping: an anthology.** New York: Columbia University Press, xvii, 426 págs., 1977.
22. **THE EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS.** El estrés físico y psicológico en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. España, 1987.
23. URBANEJA, F.; AURRECOECHEA, J. J.; ASUA, J. **Trabajo y Salud Mental.** *Salud y Trabajo*, núm. 68, julio-agosto, 1988.
24. VENINGA, R. L. **The work/stress connection: how to cope with job burnout.** Boston, Mass.: Little, Brown, x, 314 págs., 1981.
25. VEZINA, M. **La Santé Publique via la Santé au Travail.** *L'Union Méd. du Canada*, 107, págs. 650-656, julio, 1978.



PUBLICACION BIBLIOGRAFICA SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO

ANUNCIO

# LE OFRECEMOS UNA INFORMACION MAS EFICAZ



Solicite ejemplar de muestra GRATUITO llamando al Tel.: (93) 204 45 00 Ext. 250, ó por escrito a:  
**INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO.**  
 Centro Nacional de Condiciones de Trabajo.  
 C/ Dulcet, s/n, 08034 BARCELONA.  
 Suscripción anual (12 números) 2.500 ptas. (+ 6% IVA).