



Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial

Protocolo PSICOVS2012



OSALAN
Instituto Vasco
de Seguridad y
Salud Laborales



**“Guía de recomendaciones para
la vigilancia específica de la
salud de trabajadores expuestos
a factores de riesgo psicosocial”
Protocolo PSICOVS2012**

***"Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas,
de pronto, cambiaron todas las preguntas"
(Mario Benedetti)***

Uso del masculino en referencia a personas de ambos sexos

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

Dep. Legal: M-804-2014

AUTORES

- **Soriano Tarín, Guillermo.** Doctor en Medicina y Cirugía. Médico del Trabajo. Coordinador del área de Medicina del Trabajo de SGS Tecnos SA. Vocal de investigación de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo AEEMT
- **Guillén Robles, Pedro.** Doctor en Medicina y Cirugía. Médico del Trabajo. Ergónomo. Pericial Judicial. Médico del Trabajo Grupo OTP
- **Carbonell Vayá, Enrique.** Doctor en Psicología. Profesor Titular de Universidad adscrito y Secretario del Instituto Universitario de Investigación en Criminología y Ciencias Penales. Universidad de Valencia (Valencia)

Grupo de Trabajo PSICOVS.2012 (Por orden alfabético):

- **Cabanillas Moruno, Juan Luis.** Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo. Jefe de estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud (Sevilla)
- **Carbonell Vayá, Enrique José.** Doctor en Psicología. Profesor Titular de Universidad adscrito y Secretario del Instituto Universitario de Investigación en Criminología y Ciencias Penales. Universidad de Valencia (Valencia)
- **Caso Pita, Covadonga.** Especialista en Medicina del Trabajo. Jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (Madrid)
- **Catalina Romero, Carlos.** Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Departamento de Proyectos Sanitarios de *Ibermutuamur*
- **Climent Santos, Sergio.** Psicólogo especialista en Psicología Clínica y de la Salud. Técnico Superior en PRL (Barcelona)
- **Escribá Agüir, Vicenta.** Especialista en Medicina del Trabajo, Medicina Preventiva y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Salud Infantil y de la Mujer (Valencia)
- **Esteban Buedo, Valentín.** Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo. Jefe del Servicio de Planes y Estrategias de Salud. Responsable de Salud Laboral. Dirección General de Investigación y Salud Pública. AVS. Conselleria de Sanitat (Valencia)
- **García Maciá, Ramona.** Especialista en Medicina del Trabajo. Responsable de Prevenció de Riscos Laborals. Departament de Salut i Catsalut (Barcelona)
- **Gil Monte, Pedro R.** Doctor de Psicología. Director de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO). Universidad de Valencia (Valencia)
- **Guillén Robles, Pedro.** Doctor en Medicina y Cirugía. Médico del Trabajo. Ergónomo. Pericial Judicial. OCA Socotec. Grupo OTP (Valencia)

- **Llaneza Álvarez, F. Javier.** Psicólogo. Especialista en Ergonomía y Psicosociología. Presidente de la Asociación Española de Ergonomía (Oviedo)
- **Llorca Rubio, José Luis.** Especialista en Medicina del Trabajo. Jefe del Servicio de Especialidades Preventivas. Centro Territorial de Valencia del INVASSAT. (Valencia)
- **Marañón López, Jaime.** Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo. Asesor del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Universidad de Sevilla (Sevilla)
- **Nogareda Cuixart, Clotilde.** Psicóloga. Jefa de la Unidad Técnica de Ergonomía y Psicosociología. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. INSHT (Barcelona)
- **Pascual Sagastagoitia, Iñigo.** Técnico superior en Prevención de Riesgos Laborales. Coordinador departamento de prevención SGS TECNOS SA Zona Norte (Bilbao)
- **Ruiz Frutos, Carlos.** Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo. Director Científico del Laboratorio Andaluz de Enfermedades Profesionales. Universidad de Huelva. Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales (Huelva)
- **Soriano Tarín, Guillermo.** Doctor en Medicina y Cirugía. Doctor en Medicina y Cirugía. Médico del Trabajo. Coordinador del área de Medicina del Trabajo de SGS Tecnos SA. Vocal de investigación de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo AEEMT. (Valencia)
- **Vidal García, María José.** Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención y Medio Ambiente Universidad de Valencia (Valencia)
- **Uña Gorospe, Miguel Ángel.** Especialista en Medicina del trabajo. Especialista en Ergonomía y Psicosociología. Director médico de CFP Servicio de Prevención (Donostia)

Panel de expertos colaboradores (por orden alfabético)

- Fernández Arias, Juan Carlos. Sociedad de Prevención de Fremap. Coordinador nacional del área de psicosociología. (Madrid)
- García Alloza, Juan Martín. Inspector de Trabajo y Seguridad Social (Valencia)
- García Gómez, Montserrat. Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo, Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa de Área de Salud Laboral. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Madrid)
- Genovés Perelló, José Vicente. Ergónomo. Prestaciones económicas y sociales de Asepeyo (Valencia)
- Huerta García, Gonzalo. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de PRL Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). (Oviedo)
- Idoate García, Víctor. Doctor en Medicina. Doctor en Filosofía. Ergónomo. Presidente de la Asociación Navarra de Ergonomía-ANER (Pamplona)

- Iglesias Pastrana, Daniel. Ergónomo. Junta Directiva Asociación Española de Ergonomía (Asturias)
- López López, Cristina. Licenciada en Psicología y Criminología. Psicóloga Jurídica. Alternativagc. Valencia
- Nogareda Cuixart, Silvia. Especialista en Medicina del Trabajo. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. INSHT (Barcelona)
- Olcina Rodríguez, José. Psiquiatra. Director Médico de Eutox Salud Mental S.L. (Valencia)
- Robredo Torres, Cristina. Licenciada en Psicología. Psicóloga Jurídica. Universidad Católica de Valencia. Hospital Casa de la Salud. Valencia
- Rodriguez-Caro de la rosa, Mercedes. Especialista en Medicina del Trabajo. Directora del departamento de desarrollo de proyectos e innovación. SGS Tecnos SA (Valencia)
- Ruiz García, Emilio. Licenciado en Psicología. Ergónomo (Navarra)
- Sanchez Lloris, Rosa. Especialista en Medicina del Trabajo. Sociedad de Prevención de Fremap (Valencia)
- Serrano Balloni, María Jesus. Especialista en Medicina del Trabajo. Técnico superior en PRL. Curso superior de Psicología de las Organizaciones. Dirección General de Recursos y Medio. MAPFRE. Servicio de Prevención Mancomunado (Madrid)
- Tena Minguillan, Juan Carlos. Sociedad de Prevención de Fremap. Director del área de Ergonomía y Psicosociología. (Madrid)
- Viguera Sánchez. Ana. Técnico superior en Ergonomía y Psicosociología. Dirección ESTUDIS I PREVENCIO, S.L. Miembro Ergocv (Valencia)

Índice

1.- INTRODUCCIÓN	9
2.- OBJETIVOS Y CRITERIOS DE APLICACIÓN	17
2.1. Objetivos	19
2.2. Criterios de aplicación: población diana	20
3.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	23
3.1. Los factores de riesgo psicosocial: definiciones, concepto y clasificación	25
3.2. Efectos sobre la salud	29
4.- EVALUACIÓN DEL RIESGO	33
4.1. Metodologías generales para la identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial	36
4.2. Metodologías específicas para la identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial	44
5- PROTOCOLO MÉDICO ESPECÍFICO	49
5.1. Contenido de la vigilancia individual de la salud de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial	51
5.1.1. Nivel de intervención 1	51
5.1.2. Nivel de intervención 2	53
5.1.3. Nivel de intervención 3	54
5.1.4. Nivel de intervención 4	55
5.2. Criterios de valoración de los resultados	58
5.2.1. Valoración clínica y relación con los factores psicosociales del lugar de trabajo	58
5.2.1.1. Valoración clínica	58
5.2.1.2. Valoración de la relación con el trabajo	58
5.2.2. Valoración de la aptitud	61
5.2.3. Orientaciones de intervención psicosocial en promoción de la salud y de prevención colectiva y/o individual en función de la calificación de aptitud	62
5.2.4. Periodicidad de los exámenes de salud	63

6.- DATOS A REMITIR A LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS	
Indicadores para la Vigilancia de la Salud Colectiva	65
6.1.- Fuentes de información. Utilidad y limitaciones	67
6.2.- Análisis epidemiológico de la vigilancia de la salud individual	69
6.3.- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales	75
6.4.- Otros indicadores de Vigilancia de la Salud Colectiva de exposición a factores de riesgos psicosocial y daños	75
7.- REVISIÓN	77
8.- AGRADECIMIENTOS	79
9.- BIBLIOGRAFÍA	83
10.- APÉNDICES	91
APÉNDICE I.- Lista de enfermedades mentales potencialmente relacionadas con la exposición a factores de riesgo psicosocial (CIE 10)	93
APÉNDICE II.- Los trastornos somatomorfos en la CIE-10	103
APÉNDICE III.- Relación de biomarcadores relacionados con daños derivados de la exposición crónica a factores de riesgo psicosocial	107
11.- ANEXO: PROTOCOLO PSICOVS2012	117
ANEXO I.- Historia Clínica-Laboral, que incluye Protocolo médico de aplicación a trabajadores con exposición a factores de riesgo psicosocial	119
ANEXO II.- Modelo de documento para derivación	147

1

INTRODUCCIÓN

1.- INTRODUCCIÓN

Autores: Soriano Tarín, Guillermo; Guillen Robles, Pedro; Carbonell Vayá, Enrique; Uña Gorospe, Mikel; García Maciá, Ramona; Caso Pita, Covadonga.

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 personas¹⁻³, por lo que se han merecido especial atención en los últimos años. Así, desde el año 2007 ya se citaba como un *riesgo emergente* en este nuevo milenio derivado 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, 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.

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

Entendemos por factores de riesgo psicosocial (en adelante FRP), aquellas características que se refieren a la organización del trabajo y los referidos a las exigencias de la tarea. 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 empleo⁵, por lo que su prevención, detección y tratamiento en el ámbito laboral no resulta tarea fácil.

El denominado estrés laboral y el "síndrome de quemarse por el trabajo"⁶ son dos de las manifestaciones de daño para la salud más frecuentes asociadas a la exposición a estos factores de riesgo de tipo psicosocial, como resultado de una relación de desajuste entre las exigencias o demandas derivadas del trabajo y la capacidad de los trabajadores de dar respuesta a tales demandas en un determinado ambiente laboral⁵. Así, según datos de Eurostat⁷, el estrés es el segundo problema de salud más frecuente entre los trabajadores, tras los trastornos musculoesqueléticos, con un 22% de la población laboral afectada y según los datos del II Sondeo paneuropeo sobre la seguridad y salud en el trabajo 2012⁸, ocho de cada diez europeos encuestados opina que el estrés en su puesto de trabajo está aumentando.

La propia OMS ha estimado que más de un 25% de la población sufrirá algún trastorno de salud mental en algún momento de su vida, por lo que será la segunda causa de

enfermedad e incapacidad en el mundo el año 2020⁹, siendo el ámbito laboral un lugar relevante para la detección precoz de casos, ya que los trastornos más frecuentemente observados en dicho ámbito son los mismos que con mayor frecuencia se detectan en la población general.

Se estima que más de un 27% de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún momento de su vida, siendo las formas más comunes los trastornos de ansiedad y la depresión, que ocasionan unos costes del 3-4% del PIB^{10,11}.

Las posibles consecuencias sobre la salud, tanto desde el punto de vista perceptual (esto es: el bienestar físico, mental y social), como desde el punto de vista funcional (capacidad óptima para el cumplimiento eficaz de las tareas para las que se ha preparado) y adaptativo (adaptación acertada y permanente a su entorno) por la exposición a FRP podemos agruparlas básicamente en alteraciones fisiológicas, emocionales, cognitivas y del comportamiento y con las siguientes manifestaciones, y así, sin ánimo de hacer una enumeración exhaustiva:

- *Problemas físicos:* trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, musculares, dermatológicos, inmunológicos, sexuales y otros.
- *Problemas psicológicos:* alteraciones del sistema nervioso, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos alimenticios, drogodependencias,...
- *Consecuencias laborales:* bajas, absentismo, incapacidades laborales (incluso discapacidades permanentes), además de un incremento en el número de accidentes por las dificultades añadidas de mantener la concentración necesaria.

Existen numerosos datos respecto a la incidencia y prevalencia de los principales FRP, tanto a nivel nacional como internacional, y una extensa evidencia científica sobre sus consecuencias sobre la salud tanto percibida como funcional y adaptativa para la población trabajadora, lo que puede dar una idea sobre la magnitud del problema. Entre los trabajadores europeos, una cuarta parte de las ausencias laborales de dos o más semanas son debidas al estrés en el trabajo¹². Además, el estrés laboral crónico está relacionado con mayores problemas de salud físicos y mentales, en particular con morbilidad y mortalidad cardiovascular^{13,14}.

Esta discapacitación real tiene gran importancia no sólo como medida del estado de bienestar y del funcionamiento psicológico, físico y social de los trabajadores, sino también, y al mismo tiempo, por su impacto económico, directo e indirecto, que conlleva la incapacidad y que recae tanto sobre las empresas, -dando lugar a pérdidas de productividad-, como sobre la capacidad adquisitiva de los trabajadores (por la pérdida de ingresos que suele suponer), como también sobre los servicios sanitarios (aumentando los costes implicados en el tratamiento de los afectados^{12, 15}).

Según datos de la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo⁷, los horarios irregulares y las largas jornadas pueden originar problemas de conciliación de la vida laboral y familiar. Un 19% de los entrevistados declara que su horario no se adapta (no muy bien, nada bien) a sus compromisos sociales y familiares. En España el porcentaje que declara

estar en esta situación es del 25%. Dicho porcentaje alcanza un 36% en el caso de los trabajadores del sector de la hostelería¹⁶.

Un reciente estudio sobre la violencia y el acoso ejercidos por terceros realizado por Observatorio Europeo de Riesgos¹⁷, da cifras de entre un 5% y un 20% de los trabajadores afectados en función del país, el sector y la metodología elegida. El acoso en el lugar de trabajo puede dar lugar a estrés, a bajas prolongadas por enfermedad o incluso al suicidio.

El estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo sobre los riesgos psicosociales emergentes³, estableció una lista de 42 riesgos psicosociales. Gran parte de estos nuevos riesgos están causados por un doble fenómeno: la expansión del sector terciario de la producción, el sector servicios, y el proceso de la globalización del mercado de trabajo.

Los riesgos laborales en el sector de los servicios son principalmente psicosociales, que provienen de las nuevas formas de trabajo, del dinamismo de las nuevas organizaciones y sus formas cambiantes, tal como ocurre entre otros, en el ámbito sanitario, de la educación o la hostelería. En España, según un estudio para la prevención de riesgos psicosociales en el sector de hostelería¹⁶, un 75% de los trabajadores encuestados presenta una alta carga mental y un 50% una elevada carga de trabajo. Otro 72% dice tener unas condiciones de empleo inseguras y un 4% dice haber sufrido algún acto de violencia en su centro de trabajo, ya sea en forma de violencia física o de violencia verbal.

Asimismo, según los datos de la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo correspondientes al año 2011 (en adelante VII ENCT)¹⁸, diferentes factores de riesgo psicosocial relacionados con las distracciones, descuidos, despistes y falta de atención, ocupan el primer lugar entre las causas más frecuentes de los accidentes.

En relación con los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, según los datos de esta misma VII ENCT, un 54,7% de los trabajadores entrevistados señala que su trabajo implica mantener un nivel de atención alto o muy alto siempre o casi siempre y un 21,7% que supone trabajar muy rápido. Asimismo, existe un alto porcentaje de trabajadores que debe realizar tareas monótonas, (23,2%), mientras que un 24% de los trabajadores indica que su trabajo implica atender a varias tareas al mismo tiempo. Un 8,3% refiere realizar tareas complejas o difíciles siempre o casi siempre; otro 52,6% debe de tratar directamente con personas ajenas a la empresa habitualmente y 11,1% a menudo, con diferencias significativas según el sector de actividad.

De los encuestados un 12% refiere que su trabajo es excesivo y se siente agobiado siempre o casi siempre. También cabe señalar que un 2,9% de los trabajadores siente que su trabajo no es útil y otro 7,5% que no le permite desarrollar sus habilidades.

Por otro lado, un 6,2% de la muestra refiere que nunca o raramente recibe apoyo de sus compañeros si se la pide siendo el porcentaje del 14,4% en el caso de sus jefes.

Respecto a la autonomía, entendida como la disponibilidad efectiva del trabajador para decidir sobre distintos aspectos de su trabajo, 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.

Por lo que se refiere al tiempo de trabajo, es de destacar que un 2% trabaja fijo en horario nocturno, un 7,2% realiza turnos rotativos que incluyen noches (un 11,6% en el sector de la Industria y un 7,4% en el sector de Servicios) y un 14,5% turnos rotativos de mañana/tarde.

Además, un 5,2% de los trabajadores manifiesta una mala adaptación entre el horario de trabajo y la vida familiar y social, alcanzando un 10% en aquellos trabajadores que trabajan en horario nocturno.

Por otra parte, un 11% manifiesta haber sufrido algún tipo de conducta violenta o de discriminación en el trabajo, en los últimos 12 meses: , siendo el 7,3 % el que manifiesta haber sido objeto de conductas de acoso psicológico (agresiones verbales, rumores o aislamiento social).

Lejos de mejorar la situación, estos datos ponen de manifiesto que varios indicadores relativos a las exigencias derivadas de los factores psicosociales del trabajo han empeorado respecto a la edición anterior de la encuesta¹⁹. Así ocurre con el nivel de atención exigida en la tarea, con la percepción de tener mucho trabajo y sentirse agobiado, tener que trabajar muy rápido o deber atender a varias tareas al mismo tiempo.

Por otro lado, hemos de indicar que existen instrumentos validados y fiables que permiten la identificación y evaluación de los FRP, así como los test psicométricos y otras técnicas validadas para la detección de los daños derivados de dicha exposición. Estas herramientas van a permitir a los profesionales de la Medicina del Trabajo llevar a cabo una práctica basada en la evidencia, posibilitando una mayor calidad de dicha praxis y facilitando la toma de decisiones, sin olvidar la importancia de la experiencia personal o colectiva²⁰. Dicha información es muy dispersa y heterogénea, confusa y de difícil aplicación en muchas ocasiones para los profesionales sanitarios de los servicios de prevención, por lo que hacer un esfuerzo de síntesis, y poner a disposición de los mismos esta información, entendemos que va a resultar de la máxima utilidad.

Además, no hay que olvidar que existe un marco legal donde se establece la obligatoriedad de llevar a cabo por parte de las empresas tanto la evaluación de los riesgos, incluidos los psicosociales, como una adecuada vigilancia de la salud específica frente a los mismos.

Este marco normativo en nuestro país emana de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales²¹ (en adelante LPRL), donde se establecen los principios generales a los que debe someterse la vigilancia de la salud de los trabajadores, y constituye la base legal en la que se sustenta nuestra propuesta.

Así, el artículo 14 establece el derecho de los trabajadores a la vigilancia de su estado de salud, y el deber del empresario de garantizar esa vigilancia. Las características y contenido de la vigilancia de la salud vienen definidas en el artículo 22 de la LPRL y en el artículo 37.3 del Reglamento de los Servicios de Prevención²² (RD 39/1997, de 17

de enero). Así, la vigilancia de la salud debe ser específica en función de los riesgos inherentes al trabajo, periódica, y voluntaria para el trabajador, salvo que concurran ciertas circunstancias. Debe realizarse garantizando la confidencialidad de la información médica, respetando el derecho a la intimidad, a la dignidad y a la no discriminación por motivos de salud. Debe ser realizada por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada. Abarca tanto la vigilancia sanitaria individual (inicial, periódica, tras ausencia prolongada del trabajo), como la colectiva, y debe incluir, con sus peculiaridades, la vigilancia de la salud de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos (art. 25, LPRL), entre los que podrían encontrarse aquellos expuestos a factores de riesgo psicosocial, a las consecuencias de los mismos, y los que por sus características personales y/o estado biológico conocido puedan ser más vulnerables a dichos riesgos.

Concretamente en el artículo 37.3.c. del Reglamento de los Servicios de Prevención se establece que “la vigilancia de la salud estará sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador” siendo el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, oídas las sociedades científicas competentes, y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad en materia de participación de los agentes sociales, quienes establecerán la periodicidad y contenidos específicos en cada caso.

Así, en el seno del Consejo Interterritorial de Salud y fruto del trabajo desarrollado por las Administraciones Sanitarias a través del Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública, ahora Ponencia de Salud Laboral, se han elaborado hasta la fecha 19 Protocolos de vigilancia sanitaria específica²³ que presentan guías de actuación, orientadas por riesgo o daño, dirigidas a los profesionales sanitarios encargados de la vigilancia de la salud de los trabajadores.

Para la elaboración de la presente guía, también se han tenido en cuenta otras iniciativas más recientes, como la Guía para la vigilancia de la salud de los trabajadores de hostelería editada por la Consellería de Sanitat de la Generalidad Valenciana²⁴, que supone una forma evolucionada de los anteriores, y aporta, entre otras novedades, el abordaje de esas actividades sanitarias por sector productivo, detallando la forma de realizar la vigilancia colectiva, de valorar resultados y de establecer la periodicidad de la vigilancia.

Además, el contenido del presente documento se ha completado con otras fuentes bibliográficas y la consulta de los expertos que han participado en su elaboración. Recoge una propuesta para la vigilancia específica de la salud, orientada a la detección lo más precozmente posible de las consecuencias que, la exposición a factores de riesgo psicosocial puede tener sobre las personas trabajadoras.

Junto a la LPRL, e igualmente básica de cara a la promoción de la salud, la reciente Ley 33/2011 General de Salud Pública²⁵, dispone en su artículo 32, que la salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, diagnósticos, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo.

Las actuaciones y estrategias frente a los FRP que se han venido llevando a cabo a nivel europeo tuvieron su culminación en el año 2008, con la firma del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar²⁶ y más recientemente, la propia Unión Europea, a través del Comité de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo (Committee of Senior Labour Inspectors, SLIC), ha puesto en marcha una campaña europea de inspección de riesgos psicosociales en el trabajo.

Asimismo la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo propone la gestión del *estrés y los riesgos psicosociales* como tema para la próxima campaña sobre “trabajos saludables” de los años 2014 y 2015 bajo el lema: Hacer frente a los riesgos psicosociales.

Por último, en el listado de la OIT sobre enfermedades profesionales (Recomendación 194)²⁷, se sugiere el reconocimiento de las enfermedades psíquicas que se derivan del trabajo siempre que exista un vínculo directo entre la enfermedad y el trabajo, lo que pone de manifiesto aun más si cabe, la oportunidad y necesidad de la presente Guía y de su implementación, tanto por la elevada incidencia de dichos factores de riesgo como por las graves consecuencias que conllevan sobre la salud (física, social y mental) de los trabajadores.

La prevención, detección y tratamiento de los problemas de salud mental en el ámbito laboral no es tarea sencilla debido a su carácter multidimensional, interviniendo factores personales, organizacionales y socioculturales. El abordaje de estos aspectos requiere tanto una perspectiva multidisciplinar, con aportaciones tanto desde la medicina del trabajo como de la psicología.

2

OBJETIVOS Y CRITERIOS DE APLICACIÓN

2.- OBJETIVOS Y CRITERIOS DE APLICACIÓN

Autores: Grupo PSICOVS2012

2.1. Objetivos

La vigilancia de la salud de los trabajadores engloba una serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades y orientadas a la prevención de los riesgos laborales, cuyos objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas²⁷. Entre ellas, especialmente, **detectar precozmente alteraciones de salud derivadas de la exposición a riesgos laborales**, y contribuir a determinar la idoneidad para las tareas habituales del puesto de trabajo y ayudar a la **evaluación de la eficiencia de las medidas preventivas**.

Es por ello que el **objetivo general** de la presente *Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosociales* (en adelante Guía PSICOVS2012), es establecer criterios y recomendaciones para la vigilancia de la salud de los trabajadores, para la detección precoz del daño producido por esos factores, como instrumento para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo y al mismo tiempo servir como medio para mejorar la sensibilización de las empresas en esta materia que propicie una mayor identificación y evaluación de dichos factores, y como consecuencia, la puesta en marcha de todas aquellas medidas necesarias para su prevención.

Como **objetivos específicos**, se incluyen:

- Poner a disposición de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención de las empresas un instrumento que, aunando como premisas su sencillez y su aplicabilidad, y basándose en la evidencia científica, facilite la detección precoz de los daños a la salud de naturaleza psicosocial, la necesidad de identificar factores de riesgo asociados y su eventual relación con las condiciones del trabajo, de forma que permita la toma de decisiones en cada caso.
- Facilitar la recogida sistemática y continua de datos sobre el impacto de los riesgos psicosociales en la salud de las personas que trabajan, de una forma homogénea y con criterios estandarizados.
- Poner a disposición de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención de las empresas los instrumentos que permiten identificar y cuantificar la exposición a dichos factores de riesgo y su magnitud, de tal manera que sirvan para determinar la pertinencia o no de aplicar este Protocolo para la vigilancia de la salud cuando el profesional sanitario no disponga de la información sobre la evaluación de dichos factores de riesgo en la empresa.
- Facilitar a los profesionales sanitarios destinatarios de esta guía, instrumentos de orientación sobre relación causa-efecto entre el daño detectado y el origen laboral o no del mismo
- Proponer indicadores de vigilancia de la salud colectiva relacionada con los factores de riesgo psicosocial

La decisión de incorporar algún día los daños sobre la salud derivados de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el cuadro de enfermedades profesionales, implica disponer necesariamente de elementos científicos que respalden tal decisión, por lo que la elaboración de este protocolo y su aplicación por parte de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención, debe contribuir a facilitar este proceso.

Para que todo esto sea posible, la propuesta incluye los instrumentos de cribado que permiten una detección precoz de daños relacionados con la exposición a factores de riesgo psicosocial por parte de los profesionales sanitarios de los servicios de prevención de las empresas o instituciones.

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

2.2. Criterios de aplicación: población diana

Inicialmente este protocolo es aplicable a aquellos trabajadores en los que la evaluación de riesgos realizada en su empresa ponga de manifiesto que están expuestos a Factores de Riesgo Psicosocial.

Así mismo, es susceptible de usarse en toda la población laboral que se sospeche pueda estar expuesta a factores de riesgo psicosocial.

Podrá igualmente emplearse, en aquellas empresas o instituciones, departamentos o puestos de trabajo en donde existan indicadores de daño superiores a la morbilidad esperada para esa población o en comparación con poblaciones similares, y de forma especial en patologías cardiovasculares, mentales, u otros problemas de salud de los trabajadores para los que no se encuentre explicación plausible en cuanto a su origen por otros factores y estén descritos como posibles daños a la salud de origen laboral.

De igual manera, se valorará su aplicación en actividades o sectores industriales en donde existan condiciones de la organización del trabajo con elevadas demandas, bajo control, cambios organizacionales, etc.... Dentro de ese apartado, se incluirían entre los grupos de riesgo, a trabajadores que se enfrentan a labores de altas exigencias y bajo control (tensión en el trabajo), intensificación del trabajo (elevadas exigencias en términos de volumen y naturaleza del trabajo, junto con presión temporal), un alto nivel de esfuerzo unido a bajas recompensas, horarios de trabajo prolongados, reducción de plantilla y otros factores de estrés, trabajadores que se enfrentan a labores de alto riesgo (responsabilidad hacia terceras personas, etc.), trabajadores con empleos precarios, trabajadores con un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de formación reglada.

De igual forma es de aplicación a aquellos puestos de trabajo o sectores donde exista una elevada carga psicofísica y/o emocional, como los trabajos con atención directa a personas.

También se aplicará expresamente a aquellos trabajadores expuestos a trabajo a turnos y/o nocturnidad.

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

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

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

3

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

3.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Autores: Nogareda Cuixart, Clotilde; Catalina Romero, Carlos; Gil Monte, Pedro R; Llana Álvarez, F. Javier; Llorca Rubio, José Luis; Climent Santos, Sergio.

3.1. Los factores de riesgo psicosocial: definiciones, concepto y clasificación

Los factores psicosociales son condiciones de trabajo que pueden influir positiva o negativamente sobre la salud de los trabajadores. Es decir, los factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral, “*per se*” no implican una merma en la calidad de vida laboral del individuo.

En el primer caso, contribuyen positivamente al desarrollo personal de los individuos, pero **cuando la exposición se produce en condiciones de asociación entre ellos, con una intensidad más o menos elevada y durante un tiempo de exposición inadecuado**, sin factores moduladores o protectores organizativos o personales, pueden tener consecuencias perjudiciales para su salud y para el bienestar. En este caso hablamos de factores de riesgo psicosocial, o estresores laborales y tienen el potencial de causar daño psicológico, físico, o social a los individuos.

Comprenden aspectos del puesto de trabajo, del entorno de trabajo, el clima o cultura de la organización, las relaciones interpersonales, el diseño del contenido de las tareas, por lo que *las expresiones organización del trabajo y factores organizativos se emplean muchas veces de manera intercambiable con factores psicosociales para hacer referencia a las condiciones de trabajo que pueden conducir al estrés*²⁹. El concepto se extiende a variables extralaborales o individuales que pueden influir en la aparición del estrés en el trabajo.

Una de las acepciones más reconocidas la encontramos en la definición del comité mixto OIT/OMS³⁰, que los explicaba a partir de las “*interacciones entre, por una parte, el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de organización, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo*”. En esta publicación se hace hincapié en que los factores psicosociales deben ser considerados como algo que puede influir de manera positiva o negativa sobre la salud y, por tanto, en la importancia de diseñar entornos de trabajo que favorezcan los aspectos positivos del trabajo.

A lo largo de los años este concepto ha sufrido diversas revisiones, manteniéndose sin embargo el concepto de interacción entre trabajo y persona y prevaleciendo, en los últimos años, el criterio de factores de riesgo cuya principal consecuencia (o la que ha merecido mayor preocupación) es el estrés ligado al trabajo. Así por ejemplo podemos citar la revisión de Cox y Griffiths en 2005³¹ que los definen como “*aquellos aspectos del diseño y la organización del trabajo, y sus contextos sociales y organizativos, que pueden causar daño psicológico o somático*”.

El concepto de estrés se utiliza frecuentemente en la vida diaria y suele asociarse a una sensación de agobio, tensión o nerviosismo. A menudo este término se aplica sin excesivo rigor a diferentes aspectos que hacen referencia tanto a las posibles causas, o factores desencadenantes, como a las consecuencias; por lo que, a la hora de hablar de estrés nos encontramos con grandes dificultades para definirlo, acotarlo o explicarlo y, por tanto, para medirlo.

Fruto de estas dificultades es la proliferación de un gran número de definiciones que difieren tanto en la adjudicación del término “estrés” (a las causas del mismo, a sus consecuencias, al proceso de generación), como a la hora de acentuar un determinado ámbito de generación (físico, mental) y a los estresores como factores presentes en la organización del trabajo.

Para evitar confusiones, es preciso tener en cuenta que en esta guía nos referiremos al estrés como una consecuencia que se da en las personas, como reacción a una situación excesivamente demandante, frente a la cual la capacidad de respuesta de la persona se ve superada.

Por otra parte hay que tener en cuenta que existen diversos enfoques y teorías para el estudio del estrés, por lo que es habitual encontrar diversas definiciones conceptuales y diversas clasificaciones de los factores de riesgo.

A pesar de ello, las distintas conceptualizaciones tienen un elemento común: la consideración de la relación entre el trabajo y la persona como elemento crucial. Así, de las diversas teorías puede extraerse que, en general, el estrés psicosocial se refiere a las reacciones de la persona ante estímulos no deseados. Por ello, hay acuerdo en considerar el estrés como una respuesta de las personas ante una situación que es percibida como amenazante, en la medida en que la persona que vive la situación no se ve capaz de dar respuesta a lo que se le exige. Esta situación tendrá, a corto, medio o largo plazo, consecuencias negativas para la salud tanto individual como de la organización.

De las diversas definiciones de estrés como una consecuencia sobre la salud de las personas ante la falta de recursos para dar respuestas a las exigencias del trabajo, citaremos alguna definición operativa, más que centrarnos en la exposición detallada de las diferentes teorías conceptuales:

El estrés es un estado que se acompaña de quejas o disfunciones físicas, psicológicas o sociales y que es resultado de la incapacidad de los individuos de estar a la altura de las exigencias o las expectativas puestas en ellos.

El individuo es capaz de manejar la tensión a corto plazo, lo que puede ser considerado como positivo, pero tiene dificultades en resistir una exposición prolongada a una tensión intensa.

Acuerdo Marco Europeo sobre el estrés ligado al trabajo³²

Conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación.
*Comisión Europea*³³

Un tipo de riesgo psicosocial que tiene un origen en las condiciones de trabajo, particularmente en la naturaleza de la comunicación interpersonal y unas consecuencias negativas sobre la salud integral del trabajador, es el acoso psicológico en el trabajo, más popularmente conocida por el término “*mobbing*”. Relacionado con el acoso hay un riesgo psicosocial más amplio: la violencia en el trabajo definida como todo incidente en el que un trabajador es amenazado o agredido física o psíquicamente, por o en circunstancias relacionadas con el trabajo susceptibles de poner en peligro su seguridad, su salud o su bienestar (Guía sobre la violencia psicológica en el trabajo. UGT)³⁴.

Otro riesgo específico, muy común en el sector servicios, es el “*burnout*” o *síndrome de estar quemado por el trabajo*, generado por causas de exposición a riesgos psicosociales organizativos o de ordenación del trabajo en los entornos de demandas de servicio humano. Exigencias que, en el actual entorno socioeconómico, cada vez son mayores, específicamente en lo que se refiere a los elementos de carácter emocional. El trabajo emocional, definido como la exigencia de expresar emociones socialmente deseables durante la transacción en los servicios es un elemento clave en el *burnout*, como resultado de unas elevadas exigencias emocionales que se deben a la discrepancia entre las emociones que se sienten y las que se reflejan exteriormente, ligada en muchas ocasiones a una implicación o contacto con situaciones emocionalmente intensas.

Un tercer problema específico de naturaleza psicosocial y que tiene un reciente reconocimiento es la adicción al trabajo. Algunos estresores o demandas laborales pueden llegar a convertirse en potenciadores de la adicción al trabajo. Se puede definir como: un daño psicosocial caracterizado por el trabajo excesivo debido fundamentalmente a una irresistible necesidad o impulso de trabajar constantemente. (NTP 759)³⁵.

El carácter multicausal de los riesgos psicosociales, y la importancia de la dimensión perceptiva por parte del trabajador, no deben confundirse con algunos tópicos como “los factores de riesgo psicosocial son subjetivos” o “no se pueden evaluar”.

En relación al impacto para la salud, existe suficiente evidencia, aunque debe tenerse en cuenta el periodo de latencia entre la exposición y los daños.

Por tanto, lo importante es evaluar los factores de riesgo en la organización y en la red relacional de las empresas y de forma paralela vigilar la salud de las personas expuestas.

Solo así es posible establecer a posteriori, la relación causal entre exposición y consecuencias sin especular en la medición de la intensidad, la frecuencia y los factores de afrontamiento personal.

La importancia que se da a las características individuales en el desarrollo del estrés difiere según el modelo teórico. Algunos, como por ejemplo las teorías cognitivas, confieren gran importancia a la persona. Otros modelos, como por ejemplo el de demandas control, dan más importancia a las variables externas, apareciendo las características individuales como moderadoras del estrés.

Desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales se trata de tener en consideración aquellos elementos que puedan suponer una amenaza para la mayoría de las personas; no se trata de negar la importancia de las diferencias individuales y, por tanto de la percepción de una situación como estresante, sino de centrar más la atención en los factores externos como posibles desencadenantes de un daño, o sea, en aquellos que suponen una amenaza percibida como tal para la mayoría de las personas en una misma situación.

Este planteamiento facilita la identificación de unos factores de riesgo comunes a una misma situación de trabajo, permitiendo por tanto la prevención primaria basada las actuaciones sobre el foco del riesgo.

Ya que se pueden encontrar diferentes clasificaciones y nomenclaturas referidas a los factores de riesgo psicosocial, y a fin de enmarcar el problema a partir de una clasificación de aceptación generalizada, se cita en este texto la revisión que propone el **grupo PRIMA**³⁶ de la clasificación adoptada por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

- **Contenido del trabajo:** falta de variedad o ciclos de trabajo cortos, tareas fragmentadas o carentes de sentido, incertidumbre, infrautilización de las propias capacidades, trabajo con personas
- **Carga y ritmo de trabajo:** carga de trabajo excesiva o insuficiente, ritmo marcado por las máquinas, presión de tiempo, plazos estrictos.
- **Tiempo de trabajo:** horarios muy impredecibles, trabajo a turnos, trabajo nocturno, rigidez de los horarios
- **Participación y control:** falta de participación en la toma de decisiones, falta de control sobre la carga de trabajo, el ritmo de trabajo, los turnos...
- **Cultura organizacional:** comunicaciones pobres, apoyo insuficiente ante los problemas o el desarrollo personal, falta de definición o de acuerdo en los objetivos de la organización.
- **Relaciones personales:** aislamiento social o físico, relaciones insuficientes con los superiores, conflictos interpersonales, falta de apoyo social
- **Rol:** ambigüedad o conflicto de rol, responsabilidad sobre personas.
- **Desarrollo personal:** “estancamiento” profesional, escasa valoración social del trabajo, inseguridad en el trabajo, falta o exceso de promoción.
- **Interacción casa-trabajo:** conflicto de exigencias, problemas de la doble presencia.

3.2. Efectos sobre la salud

Si bien en el ámbito de la psicología y la psiquiatría se siguen las directrices DSM-IV-TR y CIE-10³⁷ para la clasificación de los daños mentales o de naturaleza psicosocial, en la presente Guía PSICOVS2012 de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial, hemos seguido los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica³⁸ (CIE9-MC), o en su defecto CIE9, clasificación que se utiliza tanto en atención primaria, como en el ámbito de la salud laboral (Administración Sanitaria, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, Servicios de Medicina del Trabajo, etc..) por personal sanitario no especializado en el ámbito de la salud mental.

Los trastornos de Salud Mental más frecuentemente observados en el ámbito laboral son los mismos que con mayor frecuencia se detectan en la población general³⁹, y el porcentaje de morbilidad oculta se estima entre el 40 y el 65%.

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

En este sentido, cabe señalar, que dentro del listado, las patologías que se han considerado como más prevalentes relacionadas con los factores de riesgo psicosocial, se corresponderían con los siguientes grupos del Código CIE-9-MC:

- 5.- Trastornos Mentales
- 7.- Enfermedades del Sistema Circulatorio
- 9.- Enfermedades del Aparato Digestivo
- 12.- Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo
- 13.- Enfermedades del Sistema Osteoarticular y Tejido Conjuntivo

Para el estudio del Grupo 5-Trastornos mentales y del comportamiento, se propone realizar las siguientes agrupaciones de las patologías más prevalentes¹⁵:

RECODIFICACIÓN DIAGNÓSTICO (CÓDIGO CIE-9 A TRES DÍGITOS)

DENOMINACIÓN	CÓDIGOS CIE-9 INCLUIDOS
GRUPO 5.- Trastornos Mentales	
Ansiedad	300
Estrés	308-308
Depresión	311
Otros trastornos neuróticos	301-302, 306-307, 310, 312, 316
Abuso de sustancias	303-305
Psicosis	290-299

Entre las patologías más frecuentes que pueden estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo psicosocial para el resto de grupos diagnósticos, señalamos las siguientes:

DENOMINACIÓN	CÓDIGOS CIE-9 INCLUIDOS
GRUPO 7.- Enfermedades del Sistema Circulatorio	
Hipertensión esencial	401
Disrritmias cardiacas	427
Taquicardia supraventricular paroxística	427.89
Taquicardia sin especificar	785.0
Palpitaciones	785.1
Infarto agudo de miocardio	410
Angina de pecho	413
Hemorroides	455

DENOMINACIÓN	CÓDIGOS CIE-9 INCLUIDOS
GRUPO 9.- Enfermedades del Aparato Digestivo	
Aftas orales	528.2
Úlcera Péptica	533
Gastritis y duodenitis	535
Dispepsia	536.8
Enteritis regional	555
Colon irritable	564.1
Nauseas y vómitos	787.0
Meteorismo	787.3

DENOMINACIÓN	CÓDIGOS CIE-9 INCLUIDOS
GRUPO 12.- Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	
Dermatitis eritematoescamosa	690
Dermatitis seborreica	690.1
Dermatitis Atópica y estados relacionados	691
Eccema	691.8
Urticaria idiopática	708.1
Alopecia	704

DENOMINACIÓN	CÓDIGOS CIE-9 INCLUIDOS
GRUPO 13.- Enfermedades del Sistema Osteoarticular y Tejido Conjuntivo	
Cervicalgia	723.1
Tortícolis no especificada	723.5
Dolor de espalda no especificado	724
Mialgia y miositis no especificadas	729.1

No obstante, dado que en el ámbito de la Salud Mental se utiliza como clasificación actualizada de enfermedades mentales la CIE-10, hemos considerado conveniente incluir en la presente guía unos apéndices imprescindibles para conocer las características diagnósticas de esta parte de la medicina que es eminentemente mental:

- **Apéndice I** – Se incluye una pequeña descripción de las patologías mentales más habitualmente relacionadas con los factores de riesgo psicosocial, según se describe en el CIE-10.
- **Apéndice II** – Se describen los trastornos somatomorfos más frecuentes que, según el CIE-10, son sufridos por la población aquejada de somatización sin llegar a la alteración orgánica.

4

EVALUACIÓN DEL RIESGO

4.- EVALUACIÓN DEL RIESGO

Autores: Nogareda Cuixart, Clotilde; Catalina Romero, Carlos; Gil Monte, Pedro R; Llana Álvarez, F. Javier; Pascual Sagastagoitia, Íñigo.

La evaluación de riesgos psicosociales es un proceso complejo, cuyas fases se encuentran descritas en las pertinentes Notas Técnicas de Prevención elaboradas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)⁴⁰⁻⁴¹. Llevar a cabo dicha evaluación requiere recurrir a diversas fuentes de información y hacer uso de diversas técnicas. Aunque, en general, se señala que la mejor opción consiste en una combinación de datos que procederían tanto de sistemas de registro (p. ej. análisis de los datos de la empresa acerca de absentismo, episodios de incapacidad temporal y siniestralidad laboral, abandono de la organización por parte de los profesionales que trabajan en ella), como de técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, grupos de discusión) y cuantitativas (cuestionarios), en la práctica suele plantearse la necesidad de elegir un cuestionario para realizar una encuesta colectiva a la totalidad o a parte de la plantilla.

En el caso de los riesgos psicosociales puede resultar difícil la identificación de la evaluación de riesgos. Esto es así porque la naturaleza intangible del riesgo, hace imposible su identificación por vía de la observación o el uso exclusivo de listados de comprobación por parte de un técnico, de forma que se debe hacer tomando en consideración la experiencia de las personas expuestas. Además dicha metodología debe tener en cuenta las características de las empresas, y de forma especial, para las empresas de pequeño tamaño⁴².

Creemos posible afirmar que el nivel de desarrollo técnico en el ámbito de la evaluación de riesgos psicosociales resulta mayor que el grado de difusión de tales conocimientos entre los profesionales de la Salud Laboral. En la actualidad, existe una amplia gama de instrumentos de medida, que permiten realizar una aproximación cuantitativa a la evaluación de los riesgos psicosociales. Podemos clasificar estos métodos en dos categorías en función de las variables que son objeto de evaluación:

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

- b. Métodos específicos.** Se trata de instrumentos que analizan una variable o conjunto de variables psicosociales mucho más específico. Tal sería el caso del estrés laboral, el síndrome de quemarse por el trabajo o el acoso laboral. Su uso puede ser complementario al de los métodos generales, formar parte de una segunda fase en el proceso de evaluación psicosocial, destinada evaluar en profundidad una variable identificada como relevante por un método más general, o responder a otras necesidades distintas en el ámbito de la Salud Laboral (p. ej. evaluación de un individuo con fines diagnósticos o periciales).

La variedad de métodos publicados es muy extensa por lo que hacer una revisión exhaustiva de todos ellos, excede los objetivos de este trabajo. Este tipo de análisis puede encontrarse en otras fuentes⁴³⁻⁴⁶.

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

- a. Que haya sido desarrollado o adaptado para su uso con población trabajadora española.
- b. Que haya demostrado tener unas propiedades psicométricas adecuadas, es decir, que se haya comprobado que es suficientemente fiable y válido.

4.1. Metodologías generales para la identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial

Siguiendo los criterios anteriormente expuestos, en la tabla 4.1 presentamos un listado no exhaustivo que incluye los cuestionarios generales de evaluación de riesgos psicosociales más aplicados, desarrollados o adaptados a la población trabajadora española.

Tabla 4.1. Listado de métodos generales para la evaluación de los factores psicosociales en el trabajo.

Método	Autores	Dimensiones que evalúa	Referencias y enlaces
FPSICO - Instrumento de evaluación de los riesgos psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)	Nueve factores de riesgo psicosocial: • Tiempo de trabajo • Autonomía • Carga de trabajo • Demandas psicológicas • Variedad/contenido del trabajo • Participación/supervisión • Interés por el trabajador/compensación • Desempeño de rol • Relaciones y apoyo social	Accesible a través de: http://www.insht.es http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=886e58055a35f210VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnextchannel=25d44a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD Ferrer, R., Guilera, G., Però, M. Propiedades psicométricas del instrumento de evaluación de riesgos psicosociales del INSHT. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NOVEDADES%20EDITORIALES/FPSico/Informe%20justificaci%C3%B3n.pdf Pérez, J., Nogareda, C. Factores psicosociales: Metodología de evaluación. NTP 926. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/926a937/926w.pdf

Método	Autores	Dimensiones que evalúa	Referencias y enlaces
Cuestionario Psicosocial de Copenhague- Método ISTAS21 CoPsoQ-istas21 versión 1.5	Instituto Sindical de Ambiente, Trabajo y Salud	20 dimensiones de riesgo psicosocial que forman 5 grandes grupos: - Exigencias psicológicas en el trabajo: - Exigencias cuantitativas - Exigencia de esconder emociones - Exigencias emocionales - Exigencias cognitivas - Doble presencia: - Doble presencia - Control sobre el trabajo: - Influencia - Posibilidades de desarrollo - Control sobre los tiempos a disposición - Sentido del trabajo - Compromiso - Apoyo social y calidad de liderazgo: - Posibilidades de relación social - Apoyo social de los compañeros - Apoyo social de superiores - Calidad de liderazgo - Sentido de grupo - Previsibilidad - Claridad de rol - Conflicto de rol - Compensaciones del trabajo: - Estima - Inseguridad sobre el futuro	Accesible a través de: http://www.istas.net/copsoq/index.asp?ra_id=47 Moncada, S., Llorens, C., Kristensen, T.S, Vega, S. El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT21) DE evaluación de riesgos psicosociales. NTP 703, INSHT, 2006. http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.a82abc159115c8090128ca10060961ca/?vgnnextoid=db2c46a815c83110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&text=703
Método del Instituto Navarro de Salud Laboral para la identificación y evaluación de factores psicosociales ¹	Instituto Navarro de Salud Laboral	- Participación, Implicación, Responsabilidad (Autonomía, Iniciativa, Control sobre el trabajador, Supervisión, Trabajo en equipo, Control sobre la tarea, Rotación, Enriquecimiento de tareas) - Formación, Información, Comunicación (Flujos de comunicación, Adecuación persona – trabajo, Adiestramiento, Aislamiento, Acogida, Descripción de puesto de trabajo) - Gestión del tiempo (Ritmo de trabajo, Carga de trabajo, Fatiga, Apremio de tiempo Autonomía temporal) - Cohesión de grupo (Clima social, Cooperación, Manejo de conflictos, Ambiente de trabajo)	Lehera Martín M, Góngora Hierro JJ. Factores Psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo. Instituto Navarro de Salud Laboral; 2002. Lahera M. Método del Instituto Navarro de Salud Laboral. En: Meliá JL, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Pou R, Salanova M, Gracia, D, de Bona JM, Bajo JC, Martínez-Losa F. Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos. Barcelona: Foment del Treball Nacional; 2006. p.64-82. Lahera M, Nogareda C. El método del INSL para la identificación y evaluación de factores psicosociales. (NTP 840) Madrid: INSHT. Accesible a través de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/821a921/840%20web%20.pdf

Método	Autores	Dimensiones que evalúa	Referencias y enlaces
UNIPISCO Batería para la evaluación de factores y riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias	Gil-Monte PR	La batería UNIPISCO evalúa un total de 20 dimensiones que se distribuyen en cuatro bloques de variables: factores y riesgos psicosociales, recursos del trabajador, consecuencias para el individuo y consecuencia para la organización. Factores y riesgos psicosociales: • Autonomía. • Conflicto de rol • Ambigüedad / claridad de rol • Carga de trabajo (sobrecarga cuantitativa y sobrecarga mental) • Apoyo social en el trabajo (emocional e instrumental) y familiar • Conflictos interpersonales • Inequidad en el trabajo (imbalance) o justicia organizacional • Retroinformación o feedback (de dirección, supervisor y compañeros) • Disponibilidad de recursos • Acoso psicológico (mobbing) • Estilo de liderazgo Recursos personales: • Autoeficacia • Motivación para la ayuda Consecuencias sobre el trabajador: • Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) mediante el CESQT o SBI • Problemas psicosomáticos o de salud, e ingesta de sustancias (alcohol, tabaco, medicamentos, otros) • Satisfacción laboral • Depresión. La batería se complementa con una escala para evaluar síntomas de depresión Consecuencias sobre la organización: • Inclinação al absentismo • Absentismo subjetivo • Propensión al abandono del puesto y de la organización	Figueiredo-Ferraz H, Gil-Monte PR, Grau-Alberola E, Llorca-Pellicer M, García-Juesas JA. Influence of some psychosocial factors on mobbing and its consequences among employees working with people with intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2012. In press. doi: 10.1111/j.1468-3148.2012.00687.x Grau-Alberola E. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal [tesis doctoral]. Valencia: Servei de Publicacions, Universitat de València; 2008. Olivares-Faúndez V. Validación de un modelo psicosocial sobre el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) [tesis doctoral]. Valencia: Servei de Publicacions, Universitat de València; 2010.

Método	Autores	Dimensiones que evalúa	Referencias y enlaces
Mini Psychosocial Factors (MPF) Cuestionario de factores psicosociales	Ruiz E y Idoate V	• Ritmo de trabajo • Mobbing (Acoso Moral... otros) • Relaciones de trabajo • Estado de Salud • Reconocimiento de trabajo • Autonomía decisional del trabajo • Implicación emocional en el trabajo • Apoyo en el trabajo • Compensación en el trabajo • Control sobre el trabajo • Demandas en el trabajo • Carga mental en el trabajo	Ruiz E, Idoate V. Mini Psychosocial Factors MPF. Cuestionario de Factores Psicosociales. 2003. Ruiz E, Idoate V. MPF cuestionario de factores psicosociales. (Mini Psychosocial Factors). Ruiz García E, Idoate García VM. Pamplona, Spain; 2005. p. 131. Callejón-Ferre AJ, Pérez-Alonso J, Carreño-Ortega A, Velázquez-Martí B. Indices of ergonomic-psychosociological workplace quality in the greenhouses of Almería (Spain): Crops of cucumbers, peppers, aubergines and melons. Safety Science, 2011. [en prensa]
PREVENLAB	Peiró JM	• Sistema de trabajo. • Tecnología que se usa en el trabajo. • Estructura de la organización. • Infraestructura y recursos disponibles. • Clima social y comunicación en la organización. • Políticas y prácticas en la gestión de los recursos humanos. • Estilos de dirección; Personas y grupos de trabajo. • Misión y cultura de la empresa. • Ambiente la organización. • Estrategia de la empresa.	Peiro JM. El Modelo AMIGO: marco contextualizador del desarrollo y la gestión de recursos humanos en la organizaciones. Papeles del Psicologo 1999;72:3-15. Peiró JM. Valoración de riesgos psicosociales y estrategias de prevención: el modelo AMIGO como base de la metodología Prevenlab/Psicosocial. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 1999;15:267-314. Peiro JM. Metodología PREVENLAB para el análisis y prevención de riesgos psicosociales. Capital humano 2003;167:82-90. Peiro JM. Metodología PREVENLAB- PSICOSOCIAL En: Meliá JL, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Pou R, Salanova M, Gracia D, de Bona JM, Bajo JC, Martínez-Losa F. Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos. Barcelona: Foment del Treball Nacional; 2006. p.108-29. Rodríguez I, González-Morales MG, Carbonell S. El modelo AMIGO y la metodología PREVENLAB-PSICOSOCIAL. Aportaciones y retos en la prevención de los riesgos psicosociales. Seguridad y Salud en el Trabajo 2007;42:18-25.

Método	Autores	Dimensiones que evalúa	Referencias y enlaces
MARC-UV	Universidad de Valencia Meliá JL	Batería de Factores psicosociales en Salud Laboral (BFPSL): • Estrés de Rol: Conflicto de rol; Ambigüedad de rol; Limitricidad de rol • Disfunciones sociales: Mobbing • Factores organizacionales: Liderazgo; Comunicación; Compromiso organizacional con la calidad la seguridad y el medio ambiente. Batería Valencia PREVACC: • Indicadores de riesgos: Exposición a riesgos; Probabilidad percibida de accidentes • Respuestas de seguridad: Respuesta de seguridad de la empresa; Respuesta de seguridad del trabajador; Respuesta de seguridad compañeros; Respuesta de seguridad supervisores	Información accesible a través de: http://www.uv.es/seguridadlaboral Meliá JL. Batería de factores psicosociales de salud laboral: Instrumentos diagnósticos para la prevención de disfunciones y patologías laborales. Valencia: Ed. Cristóbal Serrano; 2003. Meliá JL. Batería Valencia –PREVACC: Instrumentos diagnósticos para la prevención de accidentes laborales. Valencia: Ed. Cristóbal Serrano; 2003. Meliá JL. La Batería Valencia PREVACC 2003 de la Universidad de Valencia. En, Meliá, JL, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Pou R, Salanova M, Gracia D, de Bona JM, Bajo JC, Martínez-Losa F. Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos. Barcelona: Foment del Treball Nacional, 2006. Pags. 155-180.
INERMAP ²	Instituto de Ergonomía MAPFRE	• Distribución y diseño: × Proxemia ambiental × Diseño ergonómico × Factores físicos ambientales × Diseño de la comunicación × Diseño ambiental) • Comunicación: × Calidad de la comunicación × Participación × Feedback × Formación × Diseño de la comunicación • Control y liderazgo: × Autonomía × Estilo × Feedback × Participación • Carga mental: × Contenido del área × Atención × Cambios tecnológicos × Presión de tiempo × Percepción del riesgo × Percepción del trabajo × Definición del rol × Autonomía • Turnicidad • Satisfacción social: × Desarrollo de carrera × Feedback × Estabilidad en el empleo.	Instituto de Ergonomía de MAPFRE. Evaluación de Riesgos Psicosociales. Metodología INTERMAP. Accesible a través de: http://www.inermap.com/software/Psico.htm Gracia Camón DA. Criterios objetivos para la evaluación de la carga de trabajo derivada de factores psicosociales y organizacionales. Mapfre seguridad 2003;23: 29-37. Gracia Camón DA. Método del Instituto de ergonomía MAPFRE (INERMAP) En, Meliá JL, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Pou R, Salanova M, Gracia D, de Bona JM, Bajo JC, Martínez-Losa F. Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos. Barcelona: Foment del Treball Nacional, 2006. Pags:86-103.

Método	Autores	Dimensiones que evalúa	Referencias y enlaces
MÉTODO WONT-RED (Recursos, Experiencias y Demandas)	Equipo de investigación WONT (Work and Organizational Network) de la Universidad Jaume I de Castellón	Se evalúan no solo riesgos psicosociales sino también sus consecuencias psicológicas y organizacionales. Riesgos psicosociales: ● Demandas: ● Sobrecarga cuantitativa ● Sobrecarga emocional ● Sobrecarga mental ● Conflicto de rol ● Ambigüedad de rol ● Rutina ● Mobbing ● Recursos Laborales: ● Autonomía ● Feedback ● Calidad organizacional ● Formación organizacional ● Apoyo social ● Estilo de liderazgo ● Relaciones interpersonales ● Trabajo en equipo ● Recursos personales: ● Autoeficiacia ● Eficacia grupal percibida ● Competencias profesionales ● Competencias emocionales ● Competencial mentales Consecuencias: ● Daños psicosociales: ● Síntomas psicosomáticos ● Aburrimiento ● Ansiedad ● Burnout ● Adicción al trabajo ● Tecnoestrés ● Bienestar psicosocial: ● Satisfacción y placer ● Relajación ● Emociones positivas ● Engagement ● Flow ● Daños organizacionales: ● Absentismo ● Ineficiacia profesional ● Falta de compromiso ● Intención de abandono de la organización.	Información y cuestionarios accesibles en : http://www.wont.uji.es/ Salanova, M. (2005). Metodología WONT para la Evaluación y Prevención de Riesgos Psicosociales. Gestión Práctica de Riesgos Laborales, 14, 22-32. Salanova, M. Llorens, S., Cifre, E. y Martínez, I.M. (2006) Metodología RED-WONT. En: J.L. Melia, C. Nogareda, M. Lahera, A. Duro, J.M. Peiró, R. Pou, M. Salanova, D. Gracia, Bona J.M., J.C. Bajo, Martínez-Losa, J.F. (Coord.): Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Barcelona: Foment del Treball Nacional. Pags. 134-153. Llorens, S., Salanova, M. y Martínez, I. (2007). Psicología de la salud ocupacional positiva: concepto y metodología para su evaluación. En J. Tous, M. A. Carrión y F. López-Barón (coord.). Promoción de la Salud Ocupacional. Colección 'Psicología de la Salud Ocupacional' nº2. Barcelona (Mollet del Vallés): AEPA.

DECORE, Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales	Luceño, L. y Martín J.	• Demandas cognitivas cuantitativas y cualitativas • Recompensas • Apoyo organizacional • Control del trabajador sobre el tipo de tarea, método y lugar de trabajo	Luceño Moreno, L. y Martín García, J. (2008). DECORE. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales. Madrid: TEA Ediciones S.A.
BATERÍA MUTUAL-UB	Universidad de Barcelona y MC Mutual	• Comunicación • Organización del tiempo de trabajo • Formación y desarrollo • Participación • Contenido del trabajo • Efectos sociales • Exigencias de la tarea y del entorno de trabajo	Guardia, J., Però, M. y Barrios, M. (2008) Propiedades psicométricas de la batería de evaluación de riesgos psicosociales en la mediana y pequeña empresa. <i>Psicothema</i>, 20,939-944. Pérez, G. y Gallego, Y. (2006) Batería MC-UB de evaluación de riesgos psicosociales en la pequeña y mediana empresa. Trabajo presentado a la 5ª Jornada Nacional de Ergonomía y Psicosociología. Avilés.

¹ En el momento en el cual fue elaborada esta guía, el método de evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo del Instituto Navarro de Salud Laboral estaba siendo objeto de una profunda labor de revisión; por lo que se recomienda al lector mantenerse informado acerca de la eventual publicación de una nueva versión de este instrumento.

² Actualmente el Instituto de Ergonomía MAPFRE ha descatalogado el software en espera de futura vers.

4.2. Metodologías específicas para la identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial

Respecto a las metodologías específicas para la identificación y evaluación de factores psicosociales, en la tabla 4.2 presentamos una selección de métodos para evaluar el nivel de estrés laboral de los trabajadores. Por último, las tablas 4.3 y 4.4 contienen información acerca de cuestionarios utilizados para evaluar el síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo, y el acoso laboral.

4.2. Selección de métodos específicos para la evaluación del estrés laboral en población trabajadora española.

Método	Autores	Escalas / objeto de evaluación	Referencias
Cuestionario de Estrés Laboral JSS (Job Stress Survey)	Spielberger CD y Vagg PR Adaptación española: Catalina C	Exposición a 30 estresores presentes en la mayor parte de los contextos laborales: • Presión laboral: estrés procedente de aspectos estructurales de la tarea. • Falta de apoyo organizativo: estrés procedente de las relaciones sociales y de la política organizativa.	Spielberger CD, Vagg PR (Adaptación española: Catalina C). Cuestionario de Estrés Laboral JSS. Madrid: TEA; 2010.
EAE, Escalas de Apreciación del Estrés (EAE-S, Escalas de estrés sociolaboral)	Fernández-Seara JL, Mielgo M	Evalúa un conjunto de estresores desde el punto de vista de: • Su presencia. • Intensidad con que el sujeto lo vive o lo ha vivido. • Vigencia del acontecimiento estresante para el sujeto.	Fernández-Seara JL, Mielgo M. EAE, Escalas de Apreciación del Estrés. Madrid : TEA; 1996.
Escala de fuentes de estrés en profesores	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)	Fuentes de estrés en el colectivo de la enseñanza: • Supervisión por parte de la estructura jerárquica. • Carencias para el desarrollo del trabajo. • Cooperación (participación, comunicación, etc.). • Alumnado. • Adaptación al cambio. • Valoración del trabajo por parte de los demás. • Mejoras que se podrían obtener desde el punto de vista profesional.	NTP 574: Estrés en el colectivo docente: metodología para su evaluación. Redactora: Silvia Nogareda Cuixart. Accesible a través de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/501a600/ntp_574.pdf

Método	Autores	Escalas /objeto de evaluación	Referencias
Maslach-Burnout Inventory-General Survey MBI-GS	Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C y Jackson SE Adaptación española: Desde el burnout al engagement: ¿una nueva perspectiva? Salanova, Marisa; Schaufeli, Wilmar B.; Llorens Gumbau, Susana; Peiró Silla, José María y Grau Gumbau, Rosa María	Medida del burnout en las organizaciones de carácter general y aplicable a todas las ocupaciones y trabajos: • Agotamiento • Cinismo • Eficacia profesional	Salanova M, Schaufeli WB, Llorens Gumbau S, Peiró Silla JM, Grau Gumbau RM. Desde el burnout al engagement: ¿una nueva perspectiva? Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2000;16:117-34. Seisdedos N. Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach. Madrid: TEA; 1997.
Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)	Gil-Monte P	• Ilusión por el trabajo • Desgaste psíquico • Indolencia • Culpa	Gil-Monte PR. CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual. Madrid: TEA Ediciones, 2011.
Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP-R)	Moreno-Jiménez B, Garrosa Hernández E, González Gutiérrez JL	Trata de evaluar los procesos de estrés y burnout específicos de la profesión docente, así como las posibles variables antecedentes de tipo organizacional y laboral que pueden estar actuando como desencadenantes de estos procesos. Se compone de 3 factores con 2 subescalas: • Desorganización: ◦ Supervisión ◦ Condiciones organizacionales • Problemática administrativa: ◦ Preocupaciones profesionales ◦ Falta de reconocimiento profesional • Estrés y burnout: ◦ Estrés de rol ◦ Burnout (agotamiento, despersonalización, falta de realización)	Moreno-Jiménez B, Garrosa Hernández E, González Gutiérrez JL. La evaluación del estrés y el burnout en el profesorado: el CBP-R. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2000;16:331-49.

Método	Autores	Escalas /objeto de evaluación	Referencias
Efectos Psíquicos del Burnout (EPB)	García Izquierdo M, Velandrino AP	- Actitudes negativas hacia el trabajo - Expectativas negativas en el trabajo	García Izquierdo M, Velandrino AP. Una escala para la evaluación del burnout profesional de las organizaciones. Anales de Psicología 1992;8:131-38.
Cuestionario Breve de Burnout (CBB)	Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T	- Factores de Burnout - Síndrome de Burnout - Consecuencias de Burnout	Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones 1997;13:185-207.

Tabla 4.4. Selección de métodos específicos para la evaluación del acoso laboral.

Método	Autores	Escalas /objeto de evaluación	Referencias
Cuestionario de Estrategias de Acoso en el Trabajo (LIPT-60; <i>Leymann Inventory of Psychological Terrorization</i> Modificado)	González de Rivera JL, Rodríguez Abuín MJ	Frecuencia e intensidad percibida del conjunto de las estrategias de acoso padecidas. 6 subescalas: - Desprestigio laboral - Entorpecimiento del progreso - Incomunicación o bloqueo de la comunicación - Intimidación encubierta - Intimidación manifiesta - Desprestigio personal	Gonzalez de Rivera JL, Rodríguez-Abuin MJ. Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. El LIPT-60. Madrid: Editorial EOS; 2005. Gonzalez de Rivera JL, Rodríguez-Abuin MJ. Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (<i>Leymann Inventory of Psychological Terrorization</i>) en versión española. Psiquis 2003;24:59-69.

Método	Autores	Escalas /objeto de evaluación	Referencias
Acoso psicológico en el trabajo Diario de incidentes	Ferrer Puig R, Fidalgo Vega M, Gallego Fernández Y, García Maciá R, Nogareda Cuixart C, Pérez Zambrana G Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)	Autorregistro de la exposición de la persona a conductas de acoso psicológico en el trabajo: fecha; hora; tipo/s de conducta; lugar; quién/es hacen conducta; personas presentes; otras personas afectadas; qué hago; cómo me afecta.	Ferrer Puig R, Fidalgo Vega M, Gallego Fernández Y, García Maciá R, Nogareda Cuixart C, Pérez Zambrana G. Acoso psicológico en el trabajo. Diario de incidentes. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2010. Accesible a través de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/Aplicaciones/ficherosCuestionarios/Acosopsicologico%20en%20el%20trabajo.Diario%20de%20incidentes.pdf
Negative Acts Questionnaire	Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Martínez Gamarra A, Gálvez Herrer M	Exposición a conductas típicas de acoso durante los últimos 6 meses	Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Martínez Gamarra A, Gálvez Herrer M. Assessing Workplace Bullying: Spanish Validation of a Reduced Version of the Negative Acts Questionnaire. The Spanish Journal of Psychology Copyright 2007 by The Spanish Journal of Psychology 2007;10:449-57. Moreno Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Sanz Vergel AI, Rodríguez Carvajal R. El efecto del acoso psicológico en el insomnio: el papel del distanciamiento psicológico y la rumiación. Psicothema 2008;20:760-5.
Cuestionario de Acoso Psicológico en el Trabajo (CAPT)	Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Morante ME, Garrosa E, Rodríguez-Carvajal R, Díaz-Gracia L	• Conductas de acoso y consecuencias • Política organizacional • información y actuaciones contra el acoso	Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Morante ME, Garrosa E, Rodríguez-Carvajal R, Díaz-Gracia L. Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: desarrollo y estudio exploratorio de una escala de medida. Universitas Psychologica 2008;7:335-45.

Método	Autores	Escalas /objeto de evaluación	Referencias
Escala CISNEROS (Cuestionario Individual sobre PSicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales)	Piñuel I	- Número total de estrategias de acoso. - Índice global de acoso psicológico. - Intensidad de las estrategias de acoso.	Fidalgo AM, Piñuel I. La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. Psicothema 2004;16:615-24. Piñuel I, Oñate Cantero A. La evaluación y diagnóstico del mobbing o acoso psicológico en la organización: el Barómetro Cisneros. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2006;22:309-32.
Cuestionario de Acoso Psicológico Percibido (CAPP)	Morán C	Acoso psicológico en el trabajo	Morán C. Acoso psicológico y burnout en profesionales de recursos humanos. En, Romay J (Ed.). Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del siglo XXI. Madrid: Biblioteca Nueva: 2007. Morán C, González MT, Landero R. Valoración Psicométrica del Cuestionario de Acoso Psicológico Percibido. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2009;25:7-16.

5

PROTOCOLO MÉDICO ESPECÍFICO

5- PROTOCOLO MÉDICO ESPECÍFICO

Autores: Soriano Tarín, Guillermo; Carbonell Vayá, Enrique; Esteban Buedo, Valentín; Caso Pita, Covadonga; Guillén Robles, Pedro ; Uña Gorospe, Miguel Ángel; Vidal García, María José.

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

Para la elaboración de la Guía PSICOVS2012, se han tomado como base los Protocolos de vigilancia sanitaria específica aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y publicados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad⁴⁷, la Guía para la vigilancia de la salud de los trabajadores de hostelería editada por la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana²⁴, la Guía de buenas prácticas para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial editada por el Departamento de Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya⁴⁸ y la Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario⁴⁹.

Tomando como punto de partida por un lado los factores de riesgo a los que pueden estar expuestos los trabajadores según la descripción realizada en el capítulo 3.1, y de otro los posibles daños descritos en el capítulo 3.2 y los Anexos que lo acompañan, y teniendo en consideración el contenido mínimo que debe incluir en todo caso los controles del estado de salud conforme a lo establecido en el artículo 37 del RD 39/97, se establecen **4 NIVELES DE INTERVENCIÓN** progresivos que se describen a continuación:

5.1.1. Nivel de intervención 1

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

Dicho examen de salud contendrá los antecedentes clínico-laborales o su actualización, y una anamnesis que incluye:

- El **cuestionario básico 10Q-FRP** sobre identificación de exposición a factores de riesgo psicosocial (nivel 1.1 del protocolo), que **se aplicará de forma autocumplimentada** por el trabajador antes de pasar a ser evaluado por el personal sanitario, y en cuya elaboración se han seguido entre otras, variables del Cuestionario de la II Encuesta de Condiciones de Trabajo de la Comunidad Valenciana⁵⁰ y del Cuestionario de Factores Psicosociales-MPF⁵¹. Dicho cuestionario no constituye una Evaluación de los Factores de Riesgo Psicosocial, cuya responsabilidad compete a la empresa. No obstante, ante la ausencia de dicha Evaluación, se recomendaría la inclusión de dicho cuestionario que puede resultar orientativo como criterio de aplicación del protocolo.

Aquellos trabajadores considerados como población diana según los criterios descritos en el apartado 2.2 de esta GUÍA PSICOVS2012, no tendrán que cumplimentar el cuestionario 10Q-FRP, ya que se considerarían directamente como nivel de intervención 1 positivo. Sí que deberán cumplimentar los apartados que se describen a continuación que completan el nivel de intervención 1. No obstante, se recomienda que todos los trabajadores cumplimenten el cuestionario 10Q-FRP aunque estén considerados como población diana.

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

- Un indicador de salud, muy utilizado en salud pública, es la **autopercepción de la propia salud referida al último año**, como de la **percepción del estado actual de salud, en comparación con el de hace 12 mes**, mediante una pregunta simple de gran valor pronóstico en la salud futura (Preguntas extraídas del Cuestionario de Calidad de Vida SF36⁵², y que también forman parte de la Encuesta Nacional de Salud⁵³) (Se corresponden con el nivel 1.2 y 1.3 del protocolo). Los criterios de valoración se indican en el apartado correspondiente a esa pregunta. No se tendrá en cuenta como criterio de corte para pasar o no al nivel de intervención siguiente, pero sí como criterio de derivación en aquellos trabajadores que obtengan puntuaciones de 1 punto (valoración 4 o 5 según la escala de likert en una o las dos preguntas).

Por operativa en la sistemática de la práctica habitual en la realización de los exámenes de salud en el ámbito de los servicios de medicina del trabajo de las empresas, y por comodidad y optimización del tiempo, tanto para el trabajador como para el médico, el trabajador autocumplimentará el cuestionario General de Salud GHQ-12 de Goldberg, aunque como veremos, se corresponde al nivel de intervención 2.

Una vez valorado la puntuación de del cuestionario 10Q.FRP y las preguntas del cuestionario SF36 sobre salud actual percibida y salud actual comparada, con los criterios de puntuación y de los niveles de corte que se indican en las **instrucciones generales del Anexo I**, el nivel de intervención 1, finalizará con la realización por parte del Médico del Trabajo de una **entrevista semiestructurada sobre acontecimientos** (nivel 1.4 del protocolo), como elemento básico de la evaluación, y que estará orientada a la exploración de factores etiológicos relacionados con acontecimientos traumáticos o emociones pasadas o actuales, tanto generales (nivel 1.4 Bloque I) como acontecimientos relacionados con el trabajo (nivel 1.4 Bloque II).

Se han desarrollado varias entrevistas estructuradas basadas en los sistemas vigentes de clasificación diagnóstica (tales como DIS; CIDI; SCAN, QUESTIONARIO PRIME-MD, MINI...), aunque su uso clínico en el ámbito de la medicina del trabajo es escaso, debido tanto al consumo de tiempo que precisan como al entrenamiento y la sólida formación psicopatológica que se requiere.

Cuando el resultado del cuestionario básico 10Q-FRP, y/o de la entrevista estructurada sean **negativos**, -y siempre que el trabajador no esté incluido en alguno de los grupos considerados como de población diana que hemos descrito en el apartado 2.2 de esta Guía sobre criterios de aplicación del protocolo PSICOVS2012-, no se debe aplicar el resto de niveles de intervención del protocolo para la vigilancia específica de la salud para trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial, continuando el personal sanitario con el resto de pruebas o exploraciones que le sean de aplicación en función de otros factores de riesgo a los que pudiera estar expuesto cada trabajador.

Cuando el cuestionario básico 10Q-FRP y/o la entrevista estructurada sean valorados como **positivos**, aunque el trabajador no estuviera incluido entre los criterios de población diana, se pasará al siguiente nivel de intervención.

5.1.2. Nivel de intervención 2

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

- La anamnesis estará orientada a la detección precoz de daño en el área de la salud mental, recomendándose el uso de la adaptación española del test psicométrico **GHQ12 de Goldberg**⁵⁴⁻⁵⁸ (se corresponde con el nivel 2.1 del protocolo), por considerarlo una herramienta eficaz para esa pronta detección de posible alteración mental en población laboral (sospecha psicopatología), tanto a nivel individual, como por su utilidad para el análisis epidemiológico y de screening (junto a la entrevista estructurada); puede además de dirigirse por el profesional sanitario ser autoadministrado, tal como proponemos en el PROTOCOLO PSICOVS2012. (Como se ha indicado, dicho cuestionario se habrá cumplimentado por motivos prácticos por parte del trabajador junto a los test del nivel de intervención 1), aunque solo se valorará, si el nivel de intervención 1 es positivo, o el trabajador pertenece a criterio de población diana.

Además del cuestionario GHQ-12, el Médico del trabajo, llevará a cabo una entrevista dirigida, que incluye los siguientes apartados o cuestiones:

- Un **indicador simple de valoración de sintomatología de estrés** propuesto por el Instituto Finlandés de Salud Ocupacional⁵⁹ (pregunta 13 del protocolo, y se corresponde con el nivel 2.2 del protocolo)
- Un **Indicador General de Malestar**, que incluye 2 cuestiones para valoración de vivencia de alteración psicosomática y/o emocional y/o cognitiva, que afecta a la vida cotidiana, y que denominamos **Cuestionario de Valoración General de Malestar- 2Q-IGM**. (preguntas 14 y 15 del protocolo, correspondiendo al nivel 2.3 del protocolo)

Asimismo, dichos cuestionarios se asocian a una **entrevista personal semiestructurada** (nivel 2.4 del protocolo), que incluye **3 bloques independientes**, que recogen aspectos sobre las actitudes, el comportamiento y la posible presencia de suspicacia paranoide (que denominamos Índice de cribado de Factores de Confusión) (en adelante IFC), que orientarán hacia un posible estado psicopatológico. (El bloque 2, se corresponde con una valoración que debe hacer el médico sobre el comportamiento del trabajador durante la entrevista).

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

5.1.3. Nivel de intervención 3

Este nivel incluye las siguientes exploraciones complementarias:

Dos cuestionarios de síntomas específicos relacionados con FRP que debe cumplimentar el personal sanitario mediante entrevista (C1 y C2), así como una exploración física sistematizada por aparatos.

Como cuestionarios se incluyen:

- **C1-Cuestionario trastornos musculoesqueléticos** (Adaptación del Cuestionario Nórdico Estandarizado⁶⁰, y corresponde al nivel 3.1 del protocolo)
- **C2-Cuestionario de somatizaciones-S-10Q-FRP**. Cuestionario inspirado en los síntomas de la dimensión somatización del inventario SCL-90-R⁶¹, que se corresponde con el nivel 3.2 del protocolo)

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

En la exploración física practicaremos:

Corresponde con el nivel 3.3 del protocolo, e incluye los siguientes sub apartados:

- Una Somatometría básica que incluirá: Peso, Talla, Índice de Masa Corporal, Tensión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
- Una exploración sistemática por aparatos:
 - Exploración osteomuscular
 - Exploración dérmica
 - Exploración cardiorespiratoria
 - Exploración gastrointestinal
 - Exploración neurológica

Dicha exploración estará orientada a la detección de hallazgos exploratorios o anamnésticos relativos al listado de patologías que se han descrito en el apartado 3.2 de esta guía, para lo 5 grupo de patologías del CIE-9-MC más frecuentemente relacionadas con la exposición a FRP, y se preguntara expresamente sobre el origen de dichas contingencias (antecedentes o hallazgos de la exploración), respecto a su relación con la exposición a factores de riesgo psicosociales, otros factores de riesgo laborales y/o factores extralaborales en su caso, que orientará para determinar la derivación o no del trabajador en cada caso.

- **En función de los hallazgos en esta exploración sistemática, y si se estima necesario se procederá con un control biológico y pruebas complementarias que pueden incluir:**

- Electrocardiograma
- Espirometría
- Analítica de sangre: Hemograma, Glucemia, Colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos.

No se incluyen en este protocolo otros marcadores biológicos específicos relacionados con la exposición crónica a FRP. No obstante, en el **Apéndice III** se incluye una relación de biomarcadores de los que existe evidencia científica que pueden estar relacionados con la exposición crónica a factores de riesgo psicosocial como referencia para aquellos profesionales sanitarios que deseen incluir alguno de dichos indicadores como parte del protocolo específico.

En los casos en que el Médico del Trabajo lo considere conveniente, podrá solicitarse la **participación de un consultor especialista en Salud Mental**, propio o externo, conforme se establece en el artículo 4 del RD 843/2011⁶², que emitirá un informe del resultado del mismo para consideración del Médico del Trabajo, valorando la utilización de otros cuestionarios más específicos y validados internacionalmente a criterio del médico examinador.

5.1.4. Nivel de intervención 4

Cuando el Nivel de intervención 3 sea considerado **positivo**, esto es, se objetive sospecha fundada de algún daño de los contemplados en esta guía (en los niveles 2 y/o 3), se derivará al trabajador previo consentimiento informado, a personal especializado:

- Cuando se sospeche un origen común de la contingencia y el daño no se agrave en/por condición laboral, se derivará al servicio nacional de salud;
- Cuando se sospeche un origen laboral o cuando siendo de origen común, el daño se agrave en/por condición laboral, se derivará a la entidad gestora o colaboradora para contingencias profesionales, a través del sistema PANOTRATSS⁶³.

En el **Anexo II** del Protocolo PSICOVS2012 se incluye un modelo de **documento de derivación** a SNS o a MUTUA-INSS.

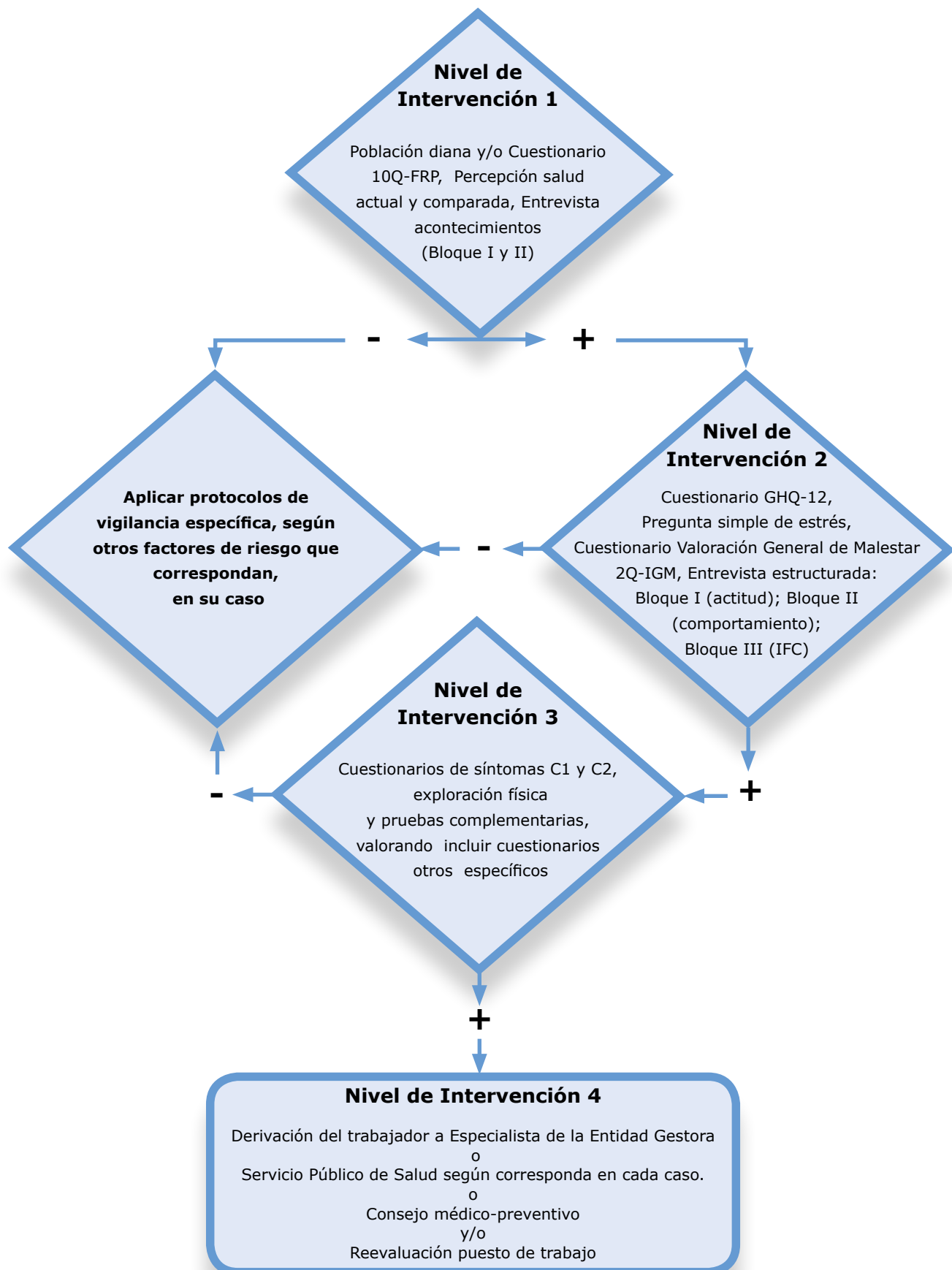
Asimismo, el personal sanitario actuante del servicio de prevención, solicitará como recomendación preventiva, la realización de una evaluación de riesgos psicosociales de nivel avanzado o especializado, tal como se establece en el artículo 16.3 de la LPRL.

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

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

NIVEL DE INTERVENCIÓN 1	NIVEL DE INTERVENCIÓN 2	NIVEL DE INTERVENCIÓN 3				NIVEL DE INTERVENCIÓN 4
POBLACION DIANA	Anamnesis orientada	Posibles daños	Anamnesis dirigida	Exploración sistemática por aparatos	Pruebas complementarias según hallazgos	Otras exploraciones especiales
Población Diana y/o Evaluación de Riesgos + -Cuestionario básico 10Q-FRP + -Percepción del estado actual de salud percibido y comparado (SF36) + -Entrevista semiestructurada Sobre acontecimientos generales (Bloque I) y/o laborales (Bloque II)	CUESTIONARIO GHQ-12 de Goldberg PREGUNTA SIMPLE DE ESTRÉS Cuestionario de Valoración General de Malestar 2-QIGM ENTREVISTA ESTRUCTURADA -Bloque I (actitud) -Bloque II (comportamiento) -Bloque III (suspición paranoide-IFC)	Alteración salud mental (patología psicosocial) -Estrés -Ansiedad -Depresión -Estrés postraumático agudo -Otras alteraciones Lesiones/Trastornos musculoesqueléticos (Contractura muscular, dolor, etc...) Alteraciones Cardiovasculares Otros trastornos psicosomáticos	HISTORIA LABORAL ANAMNESIS • Antecedentes • Situación actual Cuestionarios de síntomas: • C1.- Cuestionario Nórdico adaptado Cuestionarios de síntomas de somatizaciones: • C2.- Cuestionario S-10Q-FRP Exploración física/anamnéstica 5 grupos CIE 9-MC	DATOS BIOMETRICOS: Peso, Talla, IMC, TAS, TAD, FC, FR	CONTROL BIOLOGICO: Hemograma R, F Glucosa basal Colesterol total Colesterol HDL Colesterol LDL Triglicéridos	Derivación para valoración por el especialista en Salud Mental del SNS y/o MATEPSS (Anexo II)
				PIEL Exploración básica		
				SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Exploración básica		
				SISTEMA GASTROINTESTINAL Exploración básica		
				APARATO CARDIORESPIRATORIO Exploración básica	Electrocardiograma basal Espirometría	Test psicométricos específicos
				NEUROLOGICO/ MENTAL Exploración básica	Opcional valoración por especialista o utilización de otros test psicométricos a criterio médico	Marcadores biológicos especiales (opcional)

Figura 1.- Niveles de intervención



5.2. Criterios de valoración de los resultados

A continuación se describen recomendaciones correspondientes a la conducta a seguir en función del resultado del examen de salud asociada a las condiciones psicosociales de trabajo, los criterios de periodicidad y aptitud. Para ello se ha utilizado como modelo, la Guía para la vigilancia de la salud de los trabajadores de hostelería editada por la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana²⁴.

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

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

5.2.1.1. Valoración clínica.

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

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

5.2.1.2. Valoración de la relación con el trabajo.

Ante un caso posible, probable o confirmado, como resultados de las valoraciones clínicas, se deberá valorar la relación de los mismos con la actividad laboral y con las condiciones psicosociales del lugar de trabajo. Para su clasificación se tendrán en cuenta criterios de exposición, temporalidad, la existencia de relación entre la sintomatología, la actividad laboral, los factores y riesgos psicosociales, y la existencia de factores extralaborales de carácter psicosocial que hayan podido contribuir a la aparición de la enfermedad. El proceso de decisión se hará según el procedimiento establecido en la **figura 2**. Se establecen 4 categorías:

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

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

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

Daño agravado por el trabajo

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

Daño no laboral

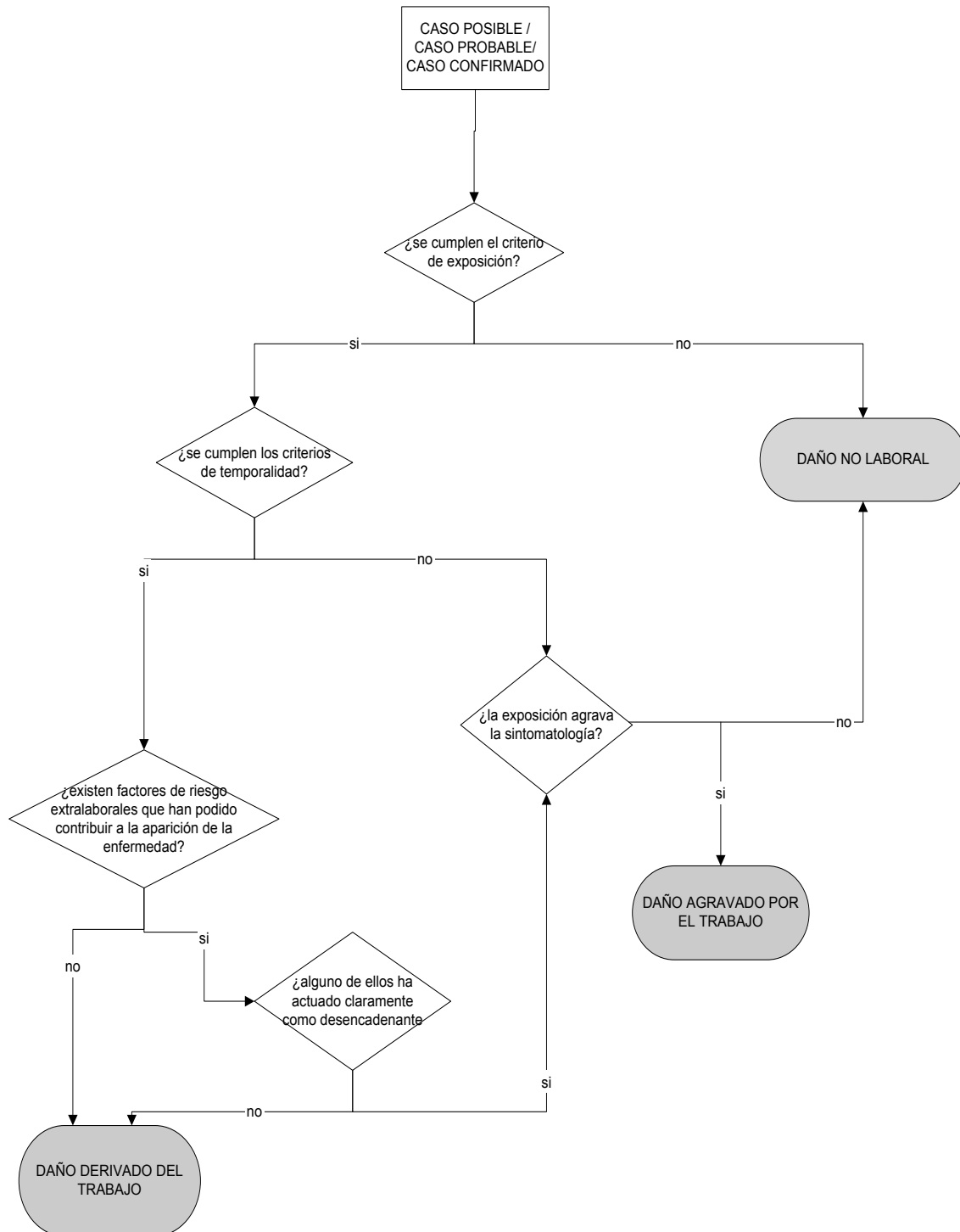
Se clasificarán como daño no laboral aquellas lesiones o enfermedades que no cumplen los criterios para clasificarlas ni como daño derivado de la exposición a riesgos psicosociales del trabajo ni como daño agravado por el trabajo, y existe información sobre posibles factores causales no laborales.

No clasificable

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

Figura 2

ALGORITMO PARA LA VALORACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL



5.2.2. Valoración de la aptitud

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

Apto

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

Apto con limitaciones o determinadas restricciones

A. Recomendaciones personales: El trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado, pero cumpliendo con las medidas prescritas por el médico para salvaguardar su salud y calidad de vida laboral.

B. Recomendaciones laborales:

B.1. Adaptativas: implican la adaptación de todo o parte del entorno laboral al trabajador, en especial aquellas condiciones que suponen una fuente de riesgo psicosocial para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo (contenido, carga, ritmo, control del trabajo,...) y para el desempeño de sus roles en la organización.

B.2. Restrictivas: implican la no realización total o parcial de roles y tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo (turnicidad, etc...).

No apto

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

Pendiente de calificación

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

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

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

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

Promoción de la salud y prevención primaria

- Ventajas
 - Adapta el trabajo (condiciones de trabajo) a la persona
 - Actúa directamente sobre el factor de riesgo
 - Tiene efectos duraderos
 - Puede integrarse en las tareas clásicas de gestión de los RRHH
- Ejemplos:
 - Mejorar la comunicación
 - Grupos y equipos de trabajo para clarificar responsabilidades, discutir problemas, compartir información
 - Estilo de gestión participativo
 - Mejorar relaciones jerárquicas, participación en las decisiones, aumentar el sentido de pertenencia
 - Formación
 - Plan de carrera, mejorar la carga cualitativa de trabajo, etc.
 - Análisis de puestos y de roles
 - Clarificar los roles, determinar la carga de trabajo, etc.

Prevención secundaria

- Ventajas
 - Información y sensibilización a trabajadores, mandos y dirección de la problemática de la salud mental en el trabajo y sobre las fuentes de riesgos psicosocial.
 - Facilita el desarrollo de unos conocimientos para hacer frente al estrés.
- Ejemplos
 - Información y sensibilización
 - Publicar y difundir artículos y documentos sobre la salud mental en el trabajo y sobre las fuentes de riesgos psicosocial.
 - Realización de seminarios y talleres
 - Incorporación de la materia a las charlas preventiva de los mandos
 - Técnicas y desarrollo de habilidades
 - Gestión del estrés, tiempo en el trabajo. Conciliación vida laboral y familiar.

Prevención terciaria

- Ventajas
 - Dirigida al individuo
 - Tiene por objeto el tratamiento y la rehabilitación, la reincorporación al trabajo y el seguimiento de aquellos trabajadores que sufren o han sufrido problemas de salud mental en el trabajo
 - Perspectiva de disminuir las consecuencias negativas del estrés y de la incapacidad
- Ejemplos
 - Información, ayuda y soporte al trabajador que sufre problemas de salud mental, tratamiento mediante técnicas de tipo cognitivo-conductual.
 - Oferta de servicios voluntarios, confidenciales y disponibles todo el tiempo
 - Prevenir la recaída (v.g., técnicas de negociación de roles)

5.2.4. Periodicidad de los exámenes de salud

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

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

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

Tabla 2. Periodicidad de la vigilancia de la salud	
EDAD	PUNTUACION
< 18 AÑOS	1
18-25 AÑOS	0
26 - 50 AÑOS	2
> 50 AÑOS	3
VALORACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL DEL PUESTO DE TRABAJO	
BAJO	0
MEDIO	1
ALTO	2
NO CLASIFICADO	1
DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)	
SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0
CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1
CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3
CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3
APTITUD	
APTO	0
APTO CON LIMITACIONES O DETERMINADAS RESTRICCIONES	1
INDICACION LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)	
SIN INDICACION	0
CON INDICACION	1
RESULTADO	
PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA	SUMA
TRIENAL	<2
BIENAL	2- 6
ANUAL	> 6

6

**DATOS A REMITIR A LAS
ADMINISTRACIONES
SANITARIAS**

6.- DATOS A REMITIR A LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS.

Indicadores para la Vigilancia de la Salud Colectiva

Autores: Esteban Buedo, Valentín; Ruiz Frutos, Carlos; Marañón López, Jaime; Cabanillas Moruno, Juan Luis; Escribá Agüir, Vicenta.

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

La vigilancia de la salud colectiva es una herramienta imprescindible para poder valorar la importancia de los efectos de los riesgos laborales, su frecuencia, gravedad y tendencia, para establecer hipótesis causa-efecto entre los riesgos laborales y los problemas de salud derivados de estos, priorizar actividades de prevención y evaluar la efectividad de estas medidas.

La vigilancia epidemiológica de los daños a la salud atribuidos a los factores psicosociales, permite, si se hace de forma sistemática, tener información de las características de la organización, de la tarea de un grupo social y las condiciones de salud de los trabajadores, a fin de realizar acciones de intervención, que con el adecuado seguimiento permitan mostrar su impacto dando soporte a los procesos de prevención, atención e investigación⁶⁴.

6.1.- Fuentes de información. Utilidad y limitaciones

En la **tabla 3**, se recogen las principales fuentes de información sobre distintos aspectos del estado de salud de los trabajadores y los indicadores que podrían ser de utilidad para la vigilancia de la salud colectiva para los trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial.

Generalmente son compatibles con los daños producidos por otros factores de riesgo. Sin embargo, en la práctica pueden existir ciertas limitaciones para el acceso a los datos o para la obtención de los indicadores. La vigilancia de la salud individual permite obtener información sobre detección precoz de daño laboral, así como sobre la morbilidad percibida por los trabajadores (a través de los cuestionarios de síntomas y signos exploratorios a los que debemos estar alerta) y mediante el análisis de los datos de una forma homogénea y reglada, podremos lograr una adecuada prevención 2ª. Sus limitaciones son analizadas en el siguiente apartado 6.2.

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

Tabla 3. Principales fuentes de información sobre el estado de salud de los trabajadores e indicadores que podrían ser de utilidad para la vigilancia de la salud colectiva

Datos	Utilidad	Indicadores
Accidentes de trabajo	Daño laboral reconocido como AT	-Índice de incidencia: N° de accidentes ocurridos en un periodo / n° de trabajadores durante ese mismo periodo -Índice de frecuencia: = n° de bajas/ n° de horas trabajadas -Índice de gravedad: número de días no trabajados por accidentes trabajo /n° horas trabajadas por los trabajadores expuestos al riesgo.
Enfermedades profesionales	Daño laboral reconocido como EP	-Incidencia= n° de casos nuevos durante un periodo de tiempo/ n° de personas expuestas al riesgo durante el periodo -Prevalencia= n° de casos existentes en un momento determinado / n° de trabajadores en ese momento
IT por enfermedad común	Daño laboral no reconocido Detección de nuevas enfermedades	-Prevalencia=n° de trabajadores ausentes en un momento determinado por IT por enfermedad común/ n° de trabajadores durante ese momento -Índice de frecuencia= n° de bajas/ n° de horas trabajadas.
Vigilancia de la salud individual	Detección precoz daño laboral	-Incidencia= n° de casos nuevos durante un periodo de tiempo/ n° de personas expuestas al riesgo durante el periodo -Prevalencia= n° de casos existentes en un momento determinado / n° de trabajadores en ese momento
Encuestas de salud	Morbilidad percibida por los trabajadores	Cuestionarios generales y específicos para valoración de daño psicosocial
Otro tipo de datos relevantes para el absentismo		Por ejemplo si existen quejas , datos objetivos de protestas por parte de personas que son clientes de trabajadores que desempeñan puesto de trabajo cara al público, atención directa , etc.
Indicadores de fallos o errores consignados en la realización del trabajo		Que han provocado pérdidas, paradas, averías, sanciones, etc.

La vigilancia de la salud colectiva de los trabajadores debería incluir un análisis anual de la siniestralidad en la empresa, así como de las enfermedades profesionales y de su evolución. Ello va a permitir conocer las principales fuentes de siniestralidad de la empresa para establecer planes de actuación, independientemente de la investigación de cada uno de los accidentes o de las enfermedades que se produzcan.

El estudio de la Incapacidad Temporal (IT) por enfermedad común puede proporcionar información sobre daño laboral no reconocido y resulta imprescindible para la detección de nuevas enfermedades relacionadas con el trabajo. Entre los diferentes indicadores destaca el estudio de la duración media de los procesos de IT frente a los estándares establecidos, lo cual nos puede proporcionar información para el estudio del trabajador y la posible detección de riesgo psicosocial.

Finalmente, ante la sospecha de determinados problemas de salud en la empresa pueden realizarse investigaciones específicas, como encuestas de salud.

6.2.- Análisis epidemiológico de la vigilancia de la salud individual

Como hemos señalado, las diferentes actuaciones relativas a la vigilancia individual de la salud de los trabajadores constituyen una fuente de información de especial interés para la prevención de riesgos laborales ya que proporciona información entre otras, sobre morbilidad percibida por los trabajadores y sobre daño laboral precoz. La vigilancia de la salud colectiva debiera permitir conocer los cambios en la incidencia para poder valorar el estado de salud de la colectividad a nivel de puesto de trabajo, departamento, empresa, sector de actividad o en una población laboral determinada. Así las comparaciones entre diversas secciones / centros / empresas de similar actividad facilitarían el que aflorasen esos indicadores relacionados con la exposición a factores de riesgo psicosocial, que indicarían la existencia de problemas, tipo y localización, informaciones fundamentales para la prevención, que es el principal objetivo.

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

- El tamaño de las empresas: El tejido empresarial de nuestro país se caracteriza por el predominio de empresas de pequeño y muy pequeño tamaño, lo que dificulta el análisis estadístico de la información. En las grandes empresas que aglutinan trabajadores de diferentes centros de producción, hay que tener en cuenta que los riesgos pueden ser diversos y distintos según el centro de trabajo (incluso según las diferentes secciones de los mismos), por lo que la unidad de análisis debería ser el centro de trabajo
- La temporalidad y rotación del personal dificulta poder atribuir el problema de salud detectado al trabajo realizado en la empresa actual, así como la comparabilidad de los resultados entre los distintos años.

- La voluntariedad y la periodicidad de la vigilancia de la salud. En general, la cobertura de la vigilancia de la salud no alcanza al 100 % de los trabajadores, ya que al no ser obligatoria, aunque las empresas ofrezcan su realización, en la práctica muchos trabajadores no acuden. Ello, unido a las variaciones en la periodicidad, vuelve a dificultar la comparabilidad temporal de los resultados, ya que no se tiene la certeza de que los trabajadores que acuden un año sean los mismos que acuden al siguiente.
- En muchas ocasiones será complicado determinar, con la información que nos refiere el trabajador, si es un fenómeno incidente o prevalente y solo seremos capaces de conocer la prevalencia de determinados procesos. En todo caso, la prevalencia nos suministra información relevante sobre el estado de salud de los trabajadores de la empresa que han efectuado la vigilancia de su salud.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta a la hora de valorar los datos de salud colectivos, el denominado “sesgo del trabajador sano”, que puede minimizar el resultado de algunos indicadores de daño, debido a que muchos trabajadores enfermos o han abandonado el trabajo o al encontrarse en situación de Incapacidad Temporal, no se realizan los controles del estado de salud y la información sobre las causas de las ausencias al trabajo por motivos de salud, no son conocidas generalmente por parte de los profesionales sanitarios responsables de la vigilancia de la salud, y de forma especial, en el ámbito de los servicios de prevención ajenos, que constituye el modelo de organización preventiva por el que mayoritariamente han optado las empresas.

Teniendo todo lo anteriormente expuesto en cuenta, creemos adecuado marcar unos objetivos básicos como:

- Detectar los posibles efectos de los FRP en la colectividad vigilada.
- Complementar las evaluaciones de riesgos, en particular en esta área psicosocial.
- Empezar acciones colectivas /y no sólo sobre las personas en las que se evidencie daño) lo más prontas posibles, que eviten la progresión/ generalización de esos daños.

Por ello se proponen las tablas siguientes que entendemos pueden facilitar la comparación entre empresas de similares condiciones. Esas tablas aportan datos para uniformizar tanto la actividad sectorial de las empresas desde la clasificación dada por el Real Decreto 475/2007 que aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (en adelante CNAE 2009)⁶⁵, como las tareas que los trabajadores realizan en base al Real Decreto 1591/2010, que aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (en adelante CNO 2011)⁶⁶.

Tabla 4. Vigilancia de la salud colectiva. Datos básicos (I)

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

Tabla 4. Vigilancia de la salud colectiva. Datos básicos (II)

PERFIL LABORAL: Puesto 1	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
VALORACIÓN		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEO MUSCULAR									
PIEL									
SISTEMA CIRCULATORIO									
SOMATIZACIONES									
SALUD MENTAL									
PERFIL LABORAL: Puesto 2	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
VALORACIÓN		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEO MUSCULAR									
PIEL									
SISTEMA CIRCULATORIO									
SOMATIZACIONES									
AP DIGESTIVO									
SALUD MENTAL									
PERFIL LABORAL: Puesto n	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
VALORACIÓN		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEO MUSCULAR									
PIEL									
SISTEMA CIRCULATORIO									
AP DIGESTIVO									
SOMATIZACIONES									
SALUD MENTAL									
PERFIL LABORAL: Total empresa	Sin hallazgos	Caso Posible/Caso probable				Caso Confirmado			
VALORACIÓN		Derivado del trabajo/	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable	Derivado del trabajo	Agravado por el trabajo	No laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEO MUSCULAR									
PIEL									
SISTEMA CIRCULATORIO									
AP DIGESTIVO									
SOMATIZACIONES									
SALUD MENTAL									
TOTAL									

Tabla 4. Vigilancia de la salud colectiva. Datos básicos (III)

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

Tabla 5.- Indicadores de resultados

INDICADOR	FÓRMULA	ESTRATIFICACIÓN
% de exámenes de salud realizados respecto al total de trabajadores	$\text{Nº de exámenes de salud realizados} \times 100 / \text{nº total de trabajadores de la empresa}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de exámenes de salud realizados respecto a los programados	$\text{Nº de exámenes de salud realizados} \times 100 / \text{nº de exámenes de salud a realizar en función de la periodicidad marcada en los protocolos}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por nivel de intervención
% de trabajadores aptos	$\text{Nº de trabajadores aptos} \times 100 / \text{nº de exámenes de salud realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores aptos con restricciones	$\text{Nº de trabajadores aptos con restricciones} \times 100 / \text{nº de exámenes de salud realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores que presentan alguna alteración	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna alteración (posible, probable o confirmada)} \times 100 / \text{nº de exámenes realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores que presentan alguna alteración confirmada	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna alteración confirmada} \times 100 / \text{nº de exámenes realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores que presentan alguna alteración producida o agravada por el trabajo	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna alteración (posible, probable o confirmada) producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{nº de exámenes realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores que presentan alguna alteración producida por el trabajo	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna alteración (posible, probable o confirmada) producida por el trabajo} \times 100 / \text{nº de exámenes realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores que presentan alguna alteración confirmada producida por el trabajo	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna alteración confirmada producida por el trabajo} \times 100 / \text{nº de exámenes realizados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo
% de trabajadores con alteraciones del sistema osteomuscular producidas o agravadas por el trabajo	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna alteración del sistema osteomuscular producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{nº de exploraciones del sistema osteomuscular}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 9
% de trabajadores con alteraciones cardiovasculares producidas o agravadas por el trabajo	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna alteración del aparato cardiovascular producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{nº de exploraciones del sistema cardiovascular}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 9
% de trabajadores con alteraciones dermatológicas producidas o agravadas por el trabajo	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna alteración dermatológica producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{nº de exploraciones de la piel}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 9
% de trabajadores con alteraciones del aparato digestivo producidas o agravadas por el trabajo	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna alteración del aparato digestivo producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{nº de exploraciones del aparato digestivo}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 9
% de trabajadores con sospecha de somatizaciones producidas o agravadas por el trabajo	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna somatización producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{nº de cuestionarios de somatizaciones aplicados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 9
% de trabajadores con sospecha de alteraciones de la salud mental producidas o agravadas por el trabajo	$\text{Nº de trabajadores que presentan alguna somatización producida o agravada por el trabajo} \times 100 / \text{nº de cuestionarios de salud mental aplicados}$	Global Por perfil laboral/puesto Por sexo Por diagnóstico CIE 9

6.3.- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Los resultados de la vigilancia de la salud deberían completarse con el análisis epidemiológico de los datos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En la tabla siguiente se propone un modelo de análisis.

Tabla 6.- Análisis de la siniestralidad								
	Año:	Año:	Año:	Año:				
Número trabajadores								
Nº AT con baja								
Nº AT sin baja								
Nº EEPP con baja								
Nº EEPP sin baja								
Tasas incidencia x 1000*								
AT con baja								
AT sin baja								
EEPP con baja								
EEPP sin baja								
Días de baja								
AT con baja								
EEPP con baja								
Tipología de los Accidentes **								
	Nº	Tasa ó %	Nº	Tasa ó %	Nº	Tasa ó %	Nº	Tasa ó %
En centro de trabajo								
En Misión								
In itinere								
En otro centro de trabajo								

6.4.- Otros indicadores de Vigilancia de la Salud Colectiva de exposición a factores de riesgos psicosocial y daños

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

La dificultad para identificar un riesgo psicosocial obliga a utilizar cuestionarios específicos o datos indirectos. Ante la ausencia de evaluaciones específicas que identifiquen un riesgo psicosocial las fuentes de información son los exámenes de salud periódicos a los trabajadores, pero como hay un alto porcentaje que no se lo hace, al ser voluntario, hay que completarlo con los datos de bajas laborales y las asistencias a consulta médica o enfermería en el centro de trabajo o al médico de la Seguridad Social. La mala percepción de salud durante la vigilancia de la salud, la asistencia a consultas médicas

sin diagnóstico o las bajas reiteradas sin diagnosticar son el mejor indicador indirecto de riesgo psicosocial. Hay que analizar estos datos para ver diferencias dentro de una empresa, tipo de empresa, actividades o colectivos concretos (contrato temporal, mujer, etc...). Así, se podrán evaluar entre otros los siguientes indicadores:

- Percepción de salud negativa por el trabajador. Durante la vigilancia de la salud del trabajador se debería introducir la pregunta de percepción del estado de salud (¿Cómo considera su estado de salud actual?: muy malo, malo, regular, bueno o muy bueno). Los que contestaran malo o muy malo, y más aún si lo relaciona con el trabajo, habría que estudiar la presencia de algún factor psicosocial. Aparte del Indicador Individual de riesgo psicosocial se podría analizar de forma colectiva y servir como Indicador Colectivo de posible riesgo psicosocial de empresas o colectivos de trabajadores por actividad.
- Asistencia reiterada de un trabajador a su Médico de Atención Primaria y/o asistencia a su Centro de Salud Mental, sin tener establecido diagnóstico. Se puede utilizar como Indicador Colectivo de riesgo psicosocial el número de consultas médicas o ausencia al trabajo por asistencia al médico de la Seguridad Social o visita al médico en la empresa que no han seguido una baja laboral. Si se analizan por colectivos o tipo de empresa pueden indicar "percepción de enfermedad sin causa biológica objetivable" (sin diagnóstico).
- Bajas repetidas sin diagnóstico y sin enfermedad de base. Analizarlo por empresas o tipo de actividad
- Investigar si en determinadas secciones/unidades, existe un agrupamiento de bajas laborales, en trabajadores sin patologías diagnosticadas.
- En el reconocimiento médico, preguntar al trabajador si cree que hay más problemas de salud en su unidad/sección que en otras de la misma empresa o en empresas cercanas o del sector. Analizarlo por secciones dentro de la empresa o por tipo de empresa
- Que el trabajador relaciona con el trabajo, especialmente, si no hay ningún agente físico, químico o biológico que pueda justificarlo. Ver modificación temporal o por tipo de empresa.
- El incremento o reiteración de síntomas (dolores de espalda, mala digestión, dolores de cabeza, nerviosismo, alteraciones del carácter, insomnio, pérdida de memoria, etc.), en un mismo trabajador o equipo de trabajo/departamento/centro, debe ser una señal de alarma. Especialmente, si no hay ningún agente físico, químico o biológico que pueda justificarlo.



REVISIÓN

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

8

AGRADECIMIENTOS

8.- AGRADECIMIENTOS

Aparte de los componentes del denominado GRUPO PSICOVS2012, y de los participantes en el foro de expertos que figuran en el listado de co-autores del presente documento y de la propuesta de protocolo para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial (Protocolo PSICOVS2012), queremos mostrar nuestro agradecimiento expreso a:

El personal investigador y administrativo del Departamento de Proyectos e Innovación de SGS Tecnos SA, que han estado trabajando de forma anónima para que el presente estudio alcance los objetivos previstos.

A la Universitat de Valencia por su implicación en el proyecto desde el inicio, y especialmente al Rector Magnífico D. Esteban Morcillo.

A la Federación de Salud Laboral de UGT del País Valencià, y de forma especial, a D. Carlos Calero, por su interés y apoyo en la puesta en marcha de esta iniciativa.

Al Departamento de Psicología de la Universidad de Valencia y al Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Valencia, por sus imprescindible aportación en la prueba de validación de los diferentes instrumentos que conforman el protocolo definitivo.

A la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo-AEEMT por su apoyo a esta iniciativa, su participación activa en el Grupo PSICOVS2012 y por su implicación en la difusión de la misma durante las distintas fases del proyecto.

Asimismo, a todos los profesionales sanitarios que de forma altruista, han participado activamente en la aplicación del borrador del protocolo durante la prueba de validación, y en la prueba piloto con el protocolo definitivo.

De forma expresa, agradecer la colaboración del personal sanitario de las siguientes empresas u organismos:

Sociedad de Prevención de Fremap

Sociedad de Prevención de Asepeyo

Sociedad de Prevención Unipresalud

Sociedad de Prevención de Unimat

Ministerio de la Presidencia-Gabinete Médico

Ministerio de Defensa- Acuartelamiento aéreo de Tablada

Departament de Salut i Catsalut de la Generalitat de Catalunya

Servicio de Prevención riesgos Laborales. Dirección General de la Función Pública de la Comunidad Autónoma de la Rioja

Dirección General de Seguridad y Salud Laboral. Consejería de Economía, Innovación, ciencia y Empleo de Málaga y Cádiz. Junta de Andalucía

Hospital Clínico San Carlos

Hospital Universitario Virgen Macarena
Universitat de Valencia
Universidad de Sevilla
Universidad de Huelva
Universidad Pública del País Vasco
EADS
Servicio de Prevención Mancomunado de MAPFRE
BANKIA
ArcelorMittal Sagunto S.L.
Grupo Correos-SPP. Valencia
FCC Servicios Ciudadanos
Servicio de Prevención Ajeno Europreven (Grupo OTP)
Servicio de Prevención Ajeno Grupo MGO
Servicio de Prevención Ajeno MEDYCSA
Servicio de Prevención Ajeno Cenforpre

Por último, nuestro agradecimiento al Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral (OSALAN), por su implicación en la investigación en materia de prevención de riesgos laborales y por la financiación de proyectos de investigación como este, ya que sin dicha ayuda, no hubiera sido posible.

9

BIBLIOGRAFÍA

9.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- 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 23 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/survey/EWCS2005/index.htm>.
- 2.- Agencia Europea para la seguridad y la Salud en el Trabajo. Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER). [Internet]. [Acceso 23 de febrero de 2012]. Disponible en <http://ESENER.eu>.
- 3.- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Expert forecast on emerging psychosocial risk related to occupational safety and health. 2007. [Internet]. [Acceso 23 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://riskobservatory.osha.europa.eu>.
- 4.- Soriano G, Ferris JM, Guillen P, Aguilar E, Morato L. Declaración de Valencia: hacia el compromiso y la responsabilidad social de la medicina del trabajo. Arch Prev riesgos Labor 2005;9(1):35-8.
- 5.- 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. [Internet]. [Acceso 23 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.mtas.es/insht/EncOIT/tomo2.htm>.
- 6.- Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- 7.- Eurofund.europa.eu. Fiveth European Working Conditions Survey. [Internet]. [Acceso 10 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/results.htm>.
- 8.- Pan-European opinion poll on occupational safety and health 2012. Results across 26 Eropean countries. European Agency for Safety and Health at Work. [Internet]. [Acceso 30 de marzo de 2012]. Disponible en <http://www.euosha/pam-european-poll-on-occupational-safety-and-health-11499270>.
- 9.- World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva:NMH Communications;2001.
- 10.- European Agency for Safety and Health at Work. "Managing psychological risks in HORECA". E-FACT 25. [Internet]. [Acceso 23 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://osha.europa.eu>.
- 11.- Libro verde. Mejorar la Salud Mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 14.10-2005 COM(2005) 484 final. [Internet]. [Acceso 27 de febrero de 2012]. Disponible en: http://eur-lez.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0484es01.pdf.

- 12.- Gimeno D, Marko D, Martínez JM. Relación entre factores de riesgo psicosociales laborales y la ausencia por razones de salud: motivos laborales y no laborales en España. Arch Prev Riesgos Labor 2003;6(3):139-45.
- 13.- Wager N, Fieldman G, Hussey T. The effect on ambulatory blood pressure of working under favourably and unfavourably perceived supervisors. Occup Environ Med 2003;60:468-74.
- 14.- Bacquer D, Pelfrene E, Clays E, Moreau MM, Smet P et al. Perceived Job Stress and incidence of coronary events: 3-Year follow-up of the Belgian job stress project cohort. Am J Epidemiol 2005; 161:434-41.
- 15.- García Gómez M, Castañeda R, Urbanos R, de la Cruz O, López P. Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010 UGT. [Internet]. [Acceso 20 enero 2012]. Disponible en: <http://www.extranet.ugt.org/saludlaboral/oprp/Documentos%20Noticias/Enfermedades%20Trabajo%20y%20costes.pdf>.
- 16.- Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. Guía para la prevención de riesgos psicosociales en el sector de la Hostelería. Madrid, 2006.
- 17.- Observatorio Europeo de Riesgos. EU-OSHA. Workplace Violence and Harassment: a European Picture. [Internet]. [Acceso 23 de febrero de 2012] Disponible en: <http://osha.europa.eu/en/topics/stress>.
- 18.- INSHT. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. [Internet]. [Acceso 23 de septiembre 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).
- 19.- INSHT. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. [Internet]. [Acceso 23 de febrero de 2012] Disponible en: http://www.insht.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_VI_ENCT.pdf.
- 20.- Ronda E, Seguí M, Bonfill X, Urrutia G, Serra C. Archivos de evidencia, una apuesta para la práctica de una salud laboral basada en la evidencia científica. Arch Prev Riesgos Labor 2012;15(1):10-1.
- 21.- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº 27 (08-11-1995), modificada parcialmente por la Ley 54/2003 del 12 de diciembre.
- 22.- Reglamento de los Servicios de Prevención. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero. Boletín Oficial del Estado nº 27 (31-01-1997).
- 23.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Volúmenes 1-19. Madrid: MSSSI, 1999-2002. [Internet] [Acceso 15 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm>.

- 24.- Esteban V, Santolaria E, Casanova S, Ferrer JA, López JB, Soriano G et al. Guía para la vigilancia de la salud de los trabajadores de hostelería editada por la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana. [Internet]. [Acceso 29 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.so.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=8598.
- 25.- Ley 33,/2011, General de Salud Publica: BOE de 5-10-11. [Internet]. [Acceso 23 de marzo de 2013] Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/01/odfs/BIE-A-2011-15623.pdf>.
- 26.- Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar. Bruselas 2008. [Internet]. [Acceso 23 de marzo de 2013]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf.
- 27.- OIT. Recomendación 194. [Internet]. [Acceso 23 de mayo de 2013]. Disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_project/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf.
- 28.- Esteban Buedo V, García Gómez M, Gallo Fernández M, Guzmán Fernández A. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Libro blanco de la vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
- 29.- Sauter et al. Factores psicosociales y organizativos. En enciclopedia de seguridad y salud en el trabajo. 2001. [Internet]. [Acceso 13 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextoOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/34.pdf>.
- 30.-Comité mixto OIT/OMS de Medicina del Trabajo. Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo. Ginebra 1984.
- 31.- Cox,T; Griffiths, A. Rial-Gonzáles, E. Investigación sobre el estrés ligado al trabajo. Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo. 2005.
- 32.- Acuerdo Marco Europeo sobre Estrés ligado al Trabajo incorporado en el Acuerdo Interconfederal para la negociación colectiva, 2005. [Internet]. [Acceso 13 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2005-4382.
- 33.- Comisión Europea. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: la sal de la vida o el beso de la muerte. Luxemburgo 2000.
- 34.- Guía sobre violencia Psicológica en el trabajo. Observatorio permanente de riesgos psicosociales. UGT. [Internet]. [Acceso 2 de mayo de 2012]. Disponible en: http://extranet.ugt.org/saludlaboral/oprp/Documentos%20Noticias/Gu%C3%ADa_Violencia_Psicologica.pdf.
- 35.- Salanova M, Del Líbano M, Llorens S, Scaufeli WB, Fidalgo M. NTP 759. La adicción al trabajo. INSHT. [Internet]. [Acceso 2 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/752a783/759.pdf>.

- 36.- Leka, S. y Cox, T. 2009, The European Framework for Psychosocial Risk Management. [Internet]. [Acceso 13 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://prima-ef.org/Documents/PRIMA-EF%20eBOOK.pdf>.
- 37.- Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales y del Comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Publicado en 1992. [Internet]. [Acceso 20 de marzo de 2012]. Disponible en: http://books.google.es/books?id=AZ5AV5LLWv4C&pg=RA1-PA165&1pg=RA1PA165&dq=Organizaci%C3%B3n+Mundial+de+la+Salu+Trastornos+Mentales+y+del+Comportamiento,+descripciones+c1%C3%ADnicas+y+pautas+para+el+diagn%C3%B3stico.+Publicado+en+1992&sourde=b1&ots=7rNa_7mXnB&sig=oUSBim7GkebEVj2m-y10tL1Hdgo&hl=es&ei=z5poT8rLLIO-0QXa29ToCA&ved=0CD0Q6AEwBA#v=onepage&q=Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.%20Trastornos%20Mentales%20y%20%del%20Comportamiento%2C%20descripciones%20c1%C3%ADnicas%20y%20pautas%20%para%20el%20diagn%C3%B3stico.%20Publicado%20en%201992&f=false.
- 38.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica. 8ª edición (Enero 2012). [Internet]. [Acceso 17 de febrero de 2012]. Disponible en: http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps-2010/basic_search/cie9mc_basic_search.html.
- 39.- Trucco M. El estrés y la salud mental en el trabajo: documento de trabajo de la asociación chilena de seguridad. Ciencia & Trabajo 2004; 14:185-88.
- 40.- Oncins M, Almodóvar A. NTP 450: Factores psicosociales: fases para su evaluación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. [Internet]. [Acceso 8 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_450.pdf.
- 41.- Nogareda C, Almodóvar A. NTP 702: El proceso de evaluación de los factores psicosociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. [Internet]. [Acceso 8 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_702.pdf.
- 42.- Richter G, Gruber H, Uscilowska A, Jancurova L, Konova D. Risk Assessment Mental Workload. 2008. Asociación Internacional de Seguridad Social (ISSA).
- 43.- Moreno Jiménez B, Báez León C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2010. [Internet]. [Acceso 8 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>.
- 44.- Meliá, JL, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Pou R, Salanova M, Gracia D, de Bona JM, Bajo JC, Martínez-Losa F. Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos. Barcelona: Foment del Treball Nacional, 2006. [Internet]. [Acceso 8 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.foment.com/prevencion/ERPSCOSOCIALES/documentos/guia_pdf.pdf.

- 45.- Berral E, Fernández JC, Ferer R, Gimeno MA, Llacuna J, Molina C et al. La evaluación de riesgos psicosociales. Guía de buenas prácticas, métodos de evaluación y sistemas de gestión de riesgos psicosociales: un balance de utilidades y limitaciones. 2010. Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales UGT-CEC. Universidad de Barcelona. [Internet]. [Acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://extranet.ugt.org/SaludLaboral/oprp/Documentos%20Noticias/La%20Evaluacion%20de%20riesgos.pdf>.
- 46.- Guàrdia, J. (2008). Evaluación de los principales métodos de evaluación de riesgos psicosociales. [Internet]. [Acceso 18 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.larp.es/ficheros/documentos/VALORACIONM%C9TODOSEVALUACIONRIESGOSpdf.pdf>.
- 47.- Protocolos de vigilancia sanitaria específica aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. [Acceso 15 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm>.
- 48.- Riesgo Psicosocial. Guía de buenas prácticas para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial editada por el Departamento de Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya. [Internet]. [Acceso 15 de diciembre de 2011]. Disponible en: http://www-aspb.es/quefem/docs/Risc%20psicosocial20%guia_completa2010.pdf.
- 49.- Gálvez M, Mingote C, Núñez C, Otero C. Guía de buenas prácticas para la prevención y el manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. ISCIII-Ministerio de Ciencia e Innovación. Abril 2012. Disponible en : <http://infosaludlaboral.isciii.es> .
- 50.- Fundación de la Comunidad Valenciana para la prevención de riesgos laborales. II Encuesta de Condiciones de Trabajo en la Comunidad Valenciana. Valencia, 2009.
- 51.- Ruiz E, Idoate V. MPF Cuestionario de Factores Psicosociales (Mini Psychosocial Factors). 2005. Ruíz García E. Idoate García VM. Pamplona.
- 52.- 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.
- 53.- Encuesta Nacional de Salud 2012. [Internet]. [Acceso 4 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>
- 54.- Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de DG Goldberg (un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad). Archivos Neurobiol 1979; 42(2):139-58.
- 55.- Goldberg D. Manual of the General Health Questionnaire. Windsor. NFER Publishing;1978.

- 56.- Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez M y cols. Prevalencia de problemas de salud mental y asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud en España. *Psicothema* 2010; 22(3): 389-95.
- 57.- Sanchez-Lopez MP, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire: reliability external validity and factor structure in the spanish population. *Psocothema* 2008; 20(4):839-43.
- 58.- 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>.
- 59.- Elo AL, Leppänen A, Jankola A. Validity of a single-item measure of stress symptoms. *Scand J Work Environ Health* 2003;29(6):444-51.
- 60.- Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F et all. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics* 1987, 18(3):233-37.
- 61.- L. R. Derogatis (1991) SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas. [Internet]. [Acceso 29 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.pearsonpsychcorp.es/producto.php?id=6&gclid=CKayuen09a4CFcwTfAodmT_CA
- 62.- RD 843, de de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 158, de 4 de julio de 2011.
- 63.- Comunicación de Patologías no Traumáticas Causadas por el Trabajo A.T. (Accidentes de Trabajo) PANOTRATSS. [Internet]. [Acceso 4 de noviembre de 2013]. Disponible en: https://sede.segsocial.gob.es/Sede_1/ServiciosenLinea/EmpresasyProfesionales/index.htm?ssUserText=131595.
- 64- Gloria H, Villalobos F. Vigilancia epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. *Ciencia & Trabajo* 2004, 6(14):197-201.
- 65- Real Decreto 475/2007, de 13 de abril, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE-2009). BOE núm. 102, de 28 de abril de 2007.
- 66.- Real Decreto 1591/2010, que aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. BOE núm. 306 de 17 de diciembre de 2010.

10

APÉNDICES

APÉNDICE I.- Lista de enfermedades mentales potencialmente relacionadas con la exposición a factores de riesgo psicosocial (CIE 10)

APÉNDICE II.- Los trastornos somatomorfos en la CIE – 10

APÉNDICE III.- Relación de biomarcadores relacionados con daños derivados de la exposición crónica a factores de riesgo psicosocial

APÉNDICE

*Lista de enfermedades mentales
potencialmente relacionadas con
la exposición a factores de riesgo
psicosocial (CIE 10)*

APÉNDICE I.- LISTA DE ENFERMEDADES MENTALES POTENCIALMENTE RELACIONADAS CON LA EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES (CIE 10)

F45 Trastornos Somatomorfos

Presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aun en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aun estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico

En estos trastornos aparecen con frecuencia un comportamiento de demanda de atención (histriónico), en particular en enfermos resentidos por su fracaso a la hora de convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales.

F45.0 Trastorno de somatización

El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero **los más frecuentes son molestias gastrointestinales** (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) **y dérmicas** (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes.

En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico.

El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. Se sabe que en algunos países el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones, y por lo general comienza al principio de la edad adulta.

Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedantes y analgésicos).

Incluye:

- **Trastorno psicósomático múltiple.**
- **Trastorno de quejas múltiples.**

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morirse, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

- En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

Incluye:

- **Ataques de pánico.**
- **Estados de pánico.**

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.

Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.)
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

Incluye:

- **Estado de ansiedad.**
- **Neurosis de ansiedad.**
- **Reacción de ansiedad.**

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente.

F34.1 Distimia

Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. **Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.**

Incluye:

- Depresión ansiosa persistente.
- Neurosis depresiva.
- Trastorno de personalidad depresiva.
- Depresión neurótica (de más de dos años de duración).

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Incluye trastornos que se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los dos factores siguientes:

- antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o
- la presencia de un cambio vital significativo, que de lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación.

Aunque situaciones de estrés psicosocial más leve ("acontecimientos vitales") puedan precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos clasificados en otras partes de esta clasificación, su importancia etiológica no siempre es clara y en cada caso se encontrará que dependen de factores individuales, a menudo propios de su idiosincrasia, tales como una vulnerabilidad específica. En otras palabras, el estrés no es un factor ni necesario ni suficiente para explicar la aparición y forma del trastorno.

Por el contrario, los trastornos agrupados en esta categoría aparecen siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno.

F43.0 Reacción a estrés agudo

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días.

El agente estresante puede ser:

- una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o
- un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.).

El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos.

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato.

Los síntomas:

- Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de “embotamiento”, depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye:

- **Crisis aguda de nervios.**
- **Reacción aguda de crisis.**
- **Fatiga del combate.**
- **“Shock” psíquico.**

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son:

- episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de

“entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.

- Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.
- En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.
- Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).

Incluye:

- **Neurosis traumática.**

F43.2 Trastornos de adaptación

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a **un acontecimiento vital estresante**. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas **rara vez excede los seis meses**, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

Incluye:

- **“Shock cultural”.**
- **Reacciones de duelo.**

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional:

F43.20 Reacción depresiva breve: Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

F43.21 Reacción depresiva prolongada: Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión: Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3).

F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones: Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, como ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) o de otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3) pero no son lo suficientemente relevantes como para permitir diagnosticar un trastorno más específico depresivo o de ansiedad. Esta categoría debe utilizarse también para las reacciones en los niños en los que se presenten también una conducta regresiva como enuresis nocturna o succión del pulgar.

F43.24 Con predominio de alteraciones disociales: La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.

F43.25 Con alteración mixta de emociones y disociales: Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas.

F43.28 Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño

Se trata de un grupo de trastornos que incluye:

- **Disomnias:** trastornos primariamente psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño, debida a causas emocionales, por ejemplo el insomnio el hipersomnio y los trastornos del ritmo de sueño-vigilia.
- **Parasomnias:** trastornos episódicos durante el sueño, los cuales durante la infancia están relacionados por lo general con las fases del desarrollo del niño, mientras que en la madurez son fundamentalmente psicógenos, tales como el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas.

En muchos casos una alteración del sueño es un síntoma de otro trastorno mental o somático. Incluso cuando un trastorno específico del sueño aparece como clínicamente independiente, pueden presentarse una serie de factores psíquicos o somáticos que hayan contribuido a su aparición.

F51.0 Insomnio no orgánico

Estado caracterizado por una cantidad o calidad del sueño no satisfactorias, que persiste durante un considerable período de tiempo. La diferencia con lo que se considera habitualmente como cantidad normal de sueño no debería ser el elemento principal para un diagnóstico de insomnio dado que algunos individuos (con escasas necesidades de sueño) duermen una cantidad mínima de tiempo y no se consideran a sí mismos como insomnes. Por otro lado, hay enfermos que sufren intensamente a causa de la mala calidad de su sueño, mientras que la cantidad del mismo es valorada subjetiva u objetivamente como dentro de límites normales.

Entre los insomnes la queja más frecuente es la dificultad para conciliar el sueño, seguida de la de mantenerlo y la de despertar precoz. Lo característico es que se presenta tras acontecimientos que han dado lugar a un aumento del estrés vital. Tiende a prevalecer más entre las mujeres, los enfermos de edad avanzada y aquellas personas con trastornos psicológicos o que se encuentran en mala situación socioeconómica. Cuando se sufre repetidamente de insomnio se desencadena un miedo creciente a padecerlo y una preocupación sobre sus consecuencias. Esto crea un círculo vicioso que tiende a perpetuar el problema del enfermo.

A la hora de acostarse los enfermos con insomnio cuentan que se sienten tensos, ansiosos, preocupados o deprimidos y como si carecieran de control sobre sus pensamientos. Frecuentemente dan vueltas a la idea de conseguir dormir lo suficiente, a problemas personales, a preocupaciones sobre su estado de salud o incluso sobre la muerte. A menudo intentan mitigar esta tensión con la ingesta de fármacos o de alcohol. Por la mañana suelen quejarse de sensación de cansancio físico y mental y durante el día están deprimidos, preocupados, tensos e irritables y obsesionados consigo mismos.

El insomnio es un síntoma frecuente de otros trastornos mentales tales como los trastornos del humor (afectivos), neuróticos, orgánicos, debidos al consumo de sustancias psicotropas, esquizofrénicos y de la conducta alimentaria, o de otros trastornos específicos del sueño tales como pesadillas. Asimismo, el insomnio puede acompañar a trastornos somáticos en los que haya dolor o malestar o al consumo de ciertos medicamentos.

F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia

Falta de sincronización entre el ritmo de sueño-vigilia individual y el deseable en el entorno en el que se desenvuelve el enfermo, lo que ocasiona una queja de insomnio nocturno o de sueño durante el día. Este trastorno puede ser psicógeno o de origen presumiblemente orgánico, según el peso relativo de uno u otro tipo de factores condicionantes. Los individuos con ciclos de sueño-vigilia desorganizados y variables presentan con frecuencia un grado considerable de psicopatología, por lo general relacionada con diversos trastornos psiquiátricos tales como trastornos de la personalidad y trastornos del humor (afectivos). En enfermos que tienen que cambiar de turno de trabajo o viajar con frecuencia con cambios de horario, la alteración de los ritmos circadianos tiene un carácter básicamente biológico, aunque también puede existir un fuerte componente emocional añadido, ya que dichos individuos suelen tener que soportar un estrés considerable. Por último, en algunos individuos se produce un adelantamiento en la fase de sueño-vigilia deseada, lo que puede ser debido tanto a

un mal funcionamiento intrínseco del oscilador circadiano (reloj biológico) del enfermo, como a un procesamiento anormal de las claves temporales que sincronizan los relojes biológicos (este último caso puede estar de hecho relacionado con alteraciones cognitivas o emocionales).

Incluye:

- **Inversión del ritmo circadiano psicógena.**
- **Inversión del sueño psicógena.**
- **Inversión nictameral psicógena.**

F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

La sustancia referida se indica mediante el segundo o tercer carácter (los dos primeros dígitos tras la letra F) y el cuarto y quinto caracteres codifican los cuadros clínicos concretos. No todos los códigos del cuarto carácter son aplicables a todas y cada una de las sustancias:

- **F10** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
- **F12** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
- **F13** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
- **F14** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
- **F15** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
- **F17** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
- **F11** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

II

APÉNDICE

***Los trastornos
somatomorfos en la
CIE – 10***

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa

En este trastorno el enfermo presenta **síntomas análogos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra totalmente o en su mayor parte bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo**, por ejemplo, los sistemas cardiovascular, gastrointestinal o respiratorio (se incluyen aquí también algunos aspectos del sistema genitourinario).

Los ejemplos más frecuentes y destacados afectan al sistema cardiovascular ("neurosis cardíaca"), al sistema respiratorio (hiperventilación e hipo psicógenos) y al sistema gastrointestinal ("neurosis gástrica" y "diarrea nerviosa").

Por lo general los síntomas son de dos tipos, ninguno de los cuales sugiere la presencia de un trastorno somático de los órganos o sistemas afectados:

- El primer tipo, en el que se basa principalmente este diagnóstico, lo forman síntomas que se acompañan de signos objetivos de hiperactividad vegetativa, tales como palpitaciones, sudoración, rubor y temblor.
- Los del segundo tipo son más individuales, subjetivos y no específicos, tales como sensaciones fugaces de dolor y malestar, quemazón, pesadez, opresión y sensaciones de estar hinchado o distendido, que son referidos por el enfermo a órganos o sistemas específicos (como también pueden serlo los síntomas vegetativos).

El cuadro clínico característico viene dado por la combinación de una afectación vegetativa clara, quejas subjetivas no específicas y referencia persistente a un determinado órgano o sistema como la causa del trastorno.

En muchos enfermos que padecen este trastorno pueden también estar presentes factores estresantes psicológicos o dificultades o problemas inmediatos y en los que puede parecer que hay una relación con el trastorno, pero existe un número importante de enfermos en los que esto no es así, y que por lo demás satisfacen las pautas exigidas para esta categoría.

En algunos de estos trastornos pueden presentarse algunas alteraciones poco importantes de funciones fisiológicas, como hipo, flatulencia e hiperventilación, pero que no llegan a afectar por sí mismas al funcionamiento fisiológico esencial de cada órgano o sistema.

Pautas para el diagnóstico

- Síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, etc.
- Síntomas subjetivos referidos a un sistema u órgano específico.
- Preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afectación grave (pero frecuentemente no específica) de un determinado órgano o sistema que no logran alejar las repetidas explicaciones y garantías dadas por los médicos.
- La ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.

Se usará un quinto carácter para clasificar los trastornos específicos en este grupo, indicando el órgano o sistema señalado por el enfermo como el origen de los síntomas:

F45.30 Del corazón y el sistema cardiovascular

Incluye:

- **Neurosis cardíaca.**
- **Astenia neurocirculatoria.**
- **Síndrome de Da Costa.**

F45.31 Del tracto gastrointestinal alto

Incluye:

- **Neurosis gástrica.**
- **Aerofagia psicógena.**
- **Hipo psicógeno.**
- **Dispepsia psicógena.**
- **Piloroespasmo psicógeno.**

F45.32 Del tracto gastrointestinal bajo

Incluye:

- **Flatulencia psicógena.**
- **Meteorismo psicógeno.**
- **Colon irritable psicógeno.**
- **Diarreas psicógenas.**

F45.33 Del sistema respiratorio

Incluye:

- **Hiperventilación psicógena.**
- **Tos psicógena.**

F45.34 Del sistema urogenital

Incluye:

- **Disuria psicógena.**
- **Polaquiuria psicógena.**
- **Vejiga nerviosa.**

F45.38 Otra disfunción vegetativa somatomorfa

F45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente

Persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así.

No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia. No deben clasificarse aquí los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos (como el dolor de tensión muscular o la migraña), en los que aún se presume un origen psicógeno, que deben codificarse de acuerdo con F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos

o enfermedades clasificados en otro lugar) y un código adicional de otro capítulo de la CIÉ 10, por ejemplo, migraña (G43.-).

Incluye:

- **Psicalgia.**
- **Lumbalgia psicógena.**
- **Cefalea psicógena.**
- **Dolor somatomorfo psicógeno.**

Excluye:

- Dolor sin especificación (R52.-).
- Cefalea de tensión (G44.2).
- Lumbalgia sin especificación (M54.9).

F45.8 Otros trastornos somatomorfos

En estos trastornos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización (F45.0) y del trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). No existe lesión tisular.

Se deben clasificar aquí otros trastornos de la sensibilidad no debidos a trastornos somáticos, que están estrechamente relacionados en el tiempo con problemas o acontecimientos estresantes o que dan lugar a un aumento significativo de la atención que recibe el enfermo del médico o de otras personas. Son ejemplos frecuentes la sensación de hinchazón o de "cosas raras" sobre la piel y las parestesias (hormigueo o entumecimiento). Se incluyen aquí también trastornos tales como:

- **"Globo histérico"** (una sensación de tener un nudo en la garganta que causa disfagia) y otras formas de disfagia.
- **Tortícolis psicógeno** y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos (excluyendo el síndrome de Gilles de la Tourette).
- **Prurito psicógeno** (pero excluyendo lesiones específicas de la piel tales como alopecia, dermatitis, eczema o urticaria, que tengan un origen psicógeno (F54).
- **Dismenorrea psicógena** (excluyendo dispareunia (F52.6) y frigidez (F52.0).
- **Rechinar de dientes.**

III

APÉNDICE

***Relación de biomarcadores
relacionados con daños
derivados de la exposición
crónica a factores de riesgo
psicosocial***

Biomarcadores utilizados en el diagnóstico del estrés laboral y otras patologías relacionadas con la exposición a factores de riesgo psicosocial.

Si bien la determinación de marcadores biológicos específicos para la valoración de posibles daños derivados de la exposición crónica a diferentes factores de riesgo psicosocial se escapa del contenido inicial de esta propuesta de protocolo, y en todo caso, formaría parte del nivel de intervención 3, hemos creído conveniente incluir en este anexo, una revisión actualizada del tema, ya que existe *relevancia clínica* suficiente, cuando no *evidencia científica*, sobre la correlación entre determinados marcadores biológicos de daño y la exposición a riesgos psicosociales, como sería el caso entre otros, de la Serotonina y las Catecolaminas, si bien de forma genérica, podemos decir que tienen una elevada "sensibilidad diagnóstica real" pero poca "especificidad diagnóstica causal".

En el caso concreto del estrés crónico, en la práctica, no se utiliza ningún biomarcador que nos señale la existencia de este en las personas, si bien existen multitud de estudios que abundan en su análisis y su utilización se enmarca en el campo de la investigación biomédica. Las Catecolaminas (Adrenalina y Noradrenalina), son liberadas por la activación del sistema nervioso vegetativo, y son indicadores precoces de las consecuencias del estrés. La Noradrenalina se ve incrementada principalmente en estados de estrés físico, de agresividad y en situaciones de alto riesgo; es un indicador bioquímico de la capacidad adaptativa del individuo. La Adrenalina por el contrario, aumenta en situaciones de estrés psíquico y de ansiedad y es el indicador bioquímico de la actividad emocional (Nogareda S 1996).

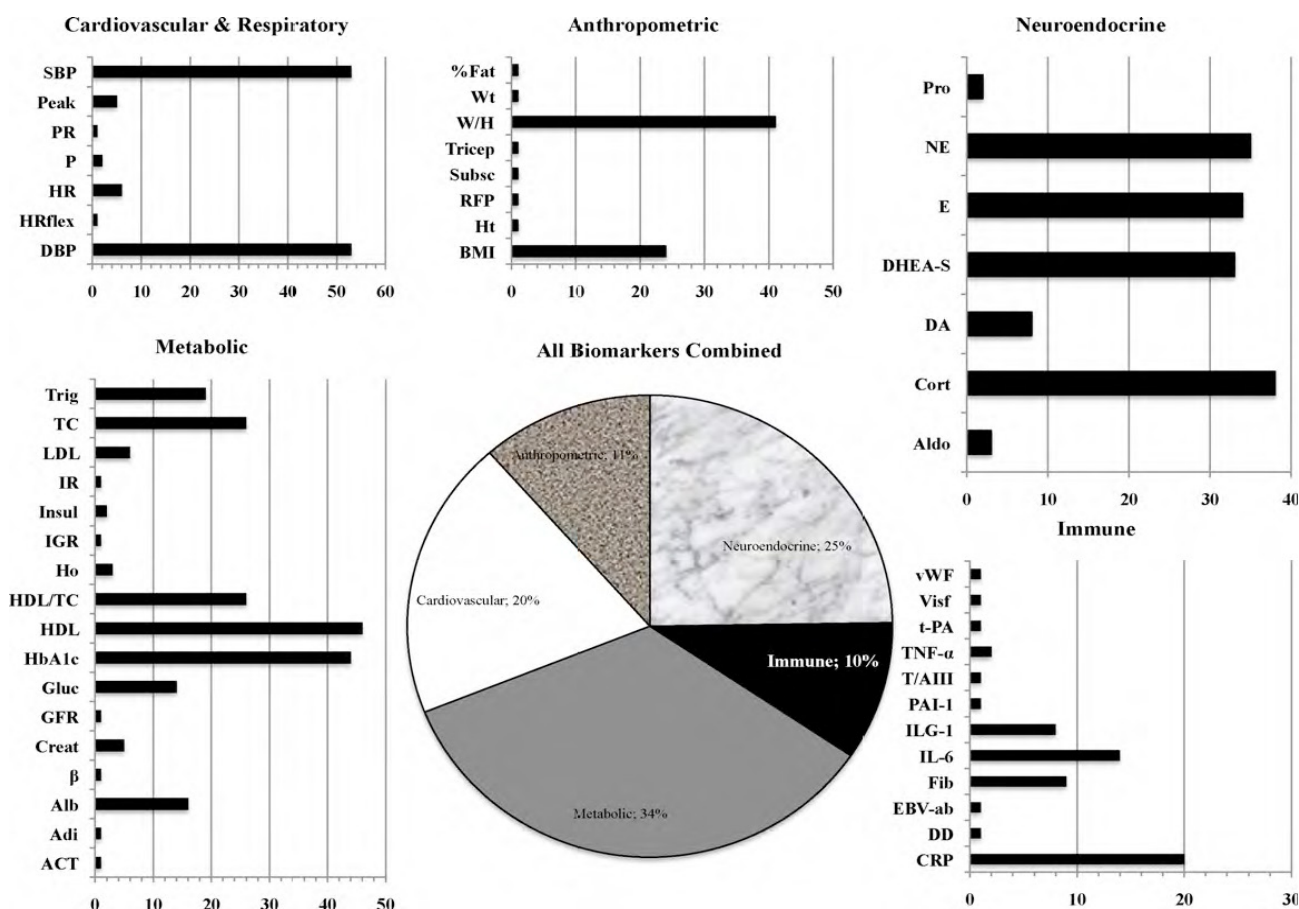
Conociéndose la relación del estrés con el sistema nervioso central, autónomo, hormonal, inmunitario e inflamatorio, justo es que se haya investigado la existencia de biomarcadores que señalen la existencia de estrés en las personas sometidas a fuentes de estrés.

(Juster, 2010) realiza una revisión bibliográfica sobre 58 artículos que abarca hasta el año 2008 y cuyos resultados se resumen en el cuadro siguiente. En dicha revisión se encuentran las frecuencias de las inclusiones de biomarcadores de 58 estudios de carga alostática. El gráfico muestra la frecuencia fundamental de todos los biomarcadores neuroendocrinos, inmunológicos (inflamación y factores de coagulación, los biomarcadores metabólicos, cardiovasculares / respiratorios y antropométricos combinados. Estos se dividen en biomarcadores específicos para cada clasificación de los cinco gráficos de barras periféricos donde el eje X corresponde a la frecuencia y el eje Y representa las abreviaturas de los biomarcadores:

ACT: alfa-1-antiquimotripsina,	Adi: adiponectina,
Alb: albúmina	Aldo: aldosterona
b: funcionamiento de las células beta	BMI: índice de masa corporal
Cort: cortisol	Creat: creatinina
CRP: proteína C-reactiva	DA: dopamina
DD: D-dímero	DHEA-S: dehidroepiandrosterona-sulfato
DBP: presión arterial diastólica	E: epinefrina
EBV-AB: anticuerpos contra el virus de Epstein-Barr	TFG: tasa de filtración glomerular
Gluc: glucosa	HbA1c: glycosylatedhemoglobin
Fib: fibrinógeno	HDL/TC: relación colesterol total/colesterol HDL
HDL: colesterol de alta densidad	FC: frecuencia cardíaca
Ho: homocisteína	Ht: altura
HRflex: aptitud física cardiovascular	ILG-1: de crecimiento tipo insulina
IGR: relación insulina-glucosa	Insul: la insulina
IL-6: interleucina-6	LDL: lipoproteínas de baja densidad
IR: resistencia a la insulina	P: pulso
NE: norepinefrina	T / AIII: complejo trombina / antitrombina III
PAI-1: antígeno inhibidor del activador del plasminógeno 1	Pro: prolactina
PR: respuesta presora	RFP: índice relativo patrón de grasa
Pico: el flujo espiratorio máximo	Subsc: pliegue subescapular
SBP: presión arterial sistólica	TNF-α: factor de necrosis tumoral alfa
CT: colesterol total	Triceps: tríceps
t-PA: antígeno tisular del plasminógeno	Visf: visfatina
Trig: triglicéridos	W / H: rango cintura-cadera,
vWF: factor de von Willebrand	Grasa%: porcentaje de grasa corporal
Peso: peso	

En el cuadro siguiente se han utilizado dos tipos de biomarcadores, los de síndrome metabólico (hipertensión arterial, perfil lipídico, W / H-ratio) y los neuroendocrinos (Hormonas de estrés y DHEA-S).

Los biomarcadores de síndrome metabólico son en gran parte responsables de la predicción de la incidencia de Enfermedades Cardiovasculares (ECV) y sorprendentemente inciden en aspectos cognitivos (Seeman et al., 2001), mientras que tanto los biomarcadores del síndrome metabólico y los del sistema neuroendocrino representan el riesgo de mortalidad y sólo, marginalmente la decadencia física. Los más utilizados son los biomarcadores relacionados con el síndrome metabólico y sistema neuroendocrino, siendo los resultados los siguientes: de síndrome metabólico (34%), neuroendocrinos (25%), cardiovasculares (20%), antropométricos (11%) e inmunes (10%).



Para cada una de las variables, los biomarcadores más utilizados son para síndrome metabólico: HDL, Hba1c y HDL/TC, para el sistema neuroendocrino Cortisol, Norepinefrina, epinefrina y Dehidroepiandrosterona-sulfato, para los cardiovasculares la presión arterial sistólica y diastólica, para los antropométricos rango cintura-cadera e Índice de masa corporal y para el sistema inmune la proteína C reactiva, IL6 e ILG-1.

Por otro lado, se ha realizado una búsqueda que incluye hasta el año 2010 ya que la búsqueda anterior finaliza en el año 2008, esta se realiza exclusivamente sobre los biomarcadores neuroendocrinos, obteniendo los siguientes resultados:

BIOMARCADOR	Nº CITAS	MUESTRA	RANGO AÑO	Nº CITAS
α-amilasa	16	Saliva	2005-2009	16
		Sangre	2004-2008	3
		Orina	2003-2008	4
Epinefrina	8	Saliva	2004-2006	3
		---	2005	1
		Sangre	2004-2008	3
Noradrenalina	8	Orina	2003-2008	4
		Saliva	2004-2006	3
		---	2005	1
Dopamina	4	Sangre	2004-2008	2
		Orina	2003-2004	2
		Uñas	2009	1
		Sangre	2004-2009	4
Dehidroepiandrosterona	9	Saliva	2006-2008	2
		Orina	2008	1
		----	2005	2
		Sangre	2004-2008	4
Hormona insulina like	8	----	2004	1
		Saliva	2008	1
		Sangre	2003-2009	14
		Orina	2004-2008	5
		Heces	2009	1
		Pelo	2004-2009	3
Cortisol	69	Saliva	2001-2009	45
		Sudor	2004	1
		Uñas	2009	1
		----	2005-2006	3
		Sangre	2004-2010	7

BIOMARCADOR	Nº CITAS	MUESTRA	RANGO AÑO	Nº CITAS
Interleukina-6	8	----	2005	1
3-metoxi-4-hidroxifenilglicol	1	Sangre	2007	1
Factor neurotrópico cerebral	2	Sangre	2007-2008	2
Acido homovalínico	1	Sangre	2007	1
Factor de necrosis tumoral	2	Sangre	2007	2
ACTH	2	Sangre	2007	1
		Saliva	2004	1
Adrenalina	6	Saliva	2004	2
		Orina	2004-2008	4
Fibrinógeno	4	Sangre	2005-2008	4
		Saliva	2008	1
Noradrenalina	4	Saliva	2004	1
		Orina	2004-2008	3
		----	2008-2009	2
Carga alostática	3	Sangre	2005	1
		Orina	2005	1
Citoquina	2	Orina	2008	1
		Sudor	2006	1
Angiogenina	1	Orina	2008	1
Interleukina-8	1	Orina	2008	1
Cromogranina A	7	Sangre	2007	1
Lisozima	3	Saliva	2002-2008	3
Inmunoglobulina A	9	Saliva	2002-2009	8
		Sangre	2000-2002	3
Proteína C Reactiva	4	Sangre	2005-2010	4
Neuropéptido Y	2	Sangre	2008-2009	2
Serotonina	2	Sangre	2008-2009	2
Triptófano	1	Sangre	2008	1
Endorfina	2	Sangre	2008	1
		Saliva	2007	1
Melatonina	1	Sangre	2006	1
Prolactina	2	Sangre	2006	2
Testosterona	1	Sangre	2006	1
		Saliva	2005-2007	2
Oxitocina	3	---	2006	1
		Sangre	2009	1
Vasopresina	1	Sangre	2009	1

El número de citas totales es menor que el número de citas por biomarcador ya que habitualmente se utilizan varios biomarcadores en cada uno de los artículos analizados.

Los biomarcadores más analizados en los estudios consultados son los siguientes: cortisol (69), α -amilasa (16), DHEA-S (9), Inmunoglobulina A (9), Epinefrina (8), Norepinefrina (8) Hormona insulina-like (8) e interleucina 6 (8).

Muestras biológicas utilizadas para la determinación de biomarcadores utilizados en el diagnóstico del estrés.

Los análisis fueron efectuados en las siguientes muestras biológicas:

MUESTRA	Nº CITAS
Saliva	87
Sangre	67
Orina	24
Pelo	3
Sudor	2
Heces	1
Uñas	1

Como se comprueba la saliva y la sangre son las muestras biológicas más utilizadas. Al comprobar la frecuencia de medición de cada biomarcador por cada uno de los fluidos biológicos utilizados se obtienen los siguientes resultados.

Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT):

El SQT puede ser considerado un problema relevante para la salud pública y un tema de preocupación para los políticos responsables de la salud. La dimensión del problema es merecedora de atención como problema de salud pública, pues es una patología que se desarrolla en mayor medida en los profesionales del sector servicios que desarrollan su actividad laboral hacia otras personas, y según la Encuesta de la Población Laboral Activa correspondiente al último trimestre de 2008 un 70 % de la población española ocupada trabaja en el sector servicios (Instituto Nacional de Estadística, 2009).

El SQT ha cobrado especial relevancia en las últimas décadas debido a un importante incremento de su prevalencia en el sector servicios, en especial en sanidad y educación. Este fenómeno ha sido tipificado como enfermedad en algunos estudios (López, 2000), y aunque no se reconoce como tal en el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social sí existen sentencias judiciales que le otorgan la condición de accidente de trabajo.

La prevalencia de esta patología, relacionada única y exclusivamente con el desempeño de la actividad laboral, varía de unos estudios a otros. En algunos estudios se han obtenido porcentajes del 30%, aunque resultados más moderados sitúan su prevalencia en el 11,4%. Aplicando criterios más conservadores, en Holanda se estima que entre el 4% y el 7% de la población podrían sufrir niveles graves de SQT. Porcentajes cercanos al 7% se han estimado en Suecia. En Finlandia se estima que los casos graves

de SQT de la población trabajadora se sitúan sobre el 2,4%. En estudios realizados en España se han obtenido porcentajes similares (Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, Grau-Alberola, 2009)

Puede ser definido como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece de manera más frecuente en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta se caracteriza por: a) un deterioro cognitivo del individuo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional, o la baja realización personal en el trabajo; b) un deterioro afectivo, caracterizado por agotamiento emocional y físico y; c) la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y, en ocasiones, lesivos (indolencia, despersonalización o cinismo). En ocasiones, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa (Gil-Monte, 2005).

El SQT se inicia con un deterioro cognitivo y emocional del individuo, apareciendo posteriormente actitudes negativas hacia los clientes de la organización, que funcionan como una estrategia de afrontamiento frente a la experiencia crónica de deterioro cognitivo y emocional. La aparición de actitudes y conductas negativas hacia los usuarios no aparece como una estrategia de afrontamiento inicial para el profesional debido probablemente a motivos éticos de carácter social o relacionado con el contenido del rol profesional.

La presencia de estos tres síntomas, que por sí solos constituyen el SQT, según se establece en la literatura, no conllevan un deterioro psicológico en todos los profesionales ya que, en la mayoría de los casos, utilizar actitudes negativas hacia los clientes llega a ser una estrategia de afrontamiento eficaz para el individuo que le permite manejar el estrés laboral y sus síntomas, pero un porcentaje menor de profesionales no encajan en este perfil, progresando el SQT haciéndose más intenso y grave, y derivando en problemas de salud que ocasionan la incapacidad para el ejercicio de la actividad laboral.

Son numerosos los estudios que han concluido que el SQT ocasiona numerosos problemas psicosomáticos como gastroenteritis, problemas músculo-esqueléticos, alteraciones del sueño, síntomas de depresión, ansiedad, y alteraciones cognitivas que ocasionan errores en el trabajo y bajo rendimiento laboral. Se ha obtenido evidencia empírica que sugiere que esas alteraciones psicosomáticas podrían estar relacionadas con alteraciones en el sistema inmunitario y defensivo del organismo, y con alteraciones de índole fisiológica relacionadas con los niveles de cortisol.

En los últimos diez años, los estudios sobre el SQT y el eje HHA han sido pocos pero constantes, aunque no concluyentes, pues los resultados obtenidos son contradictorios en lo que se refiere al funcionamiento del eje HHA y su relación con el SQT. Ya en los primeros estudios se evidenciaba esta tendencia, dado que la relación entre SQT y los niveles de cortisol en algunos estudios es significativa y positiva (Melamed, Ugarten, Shirom, Kahana, Lerman y Froom, 1999), en otros es significativa y negativa (Pruessner, Hellhammer y Kirschbaum, 1999), y por fin, existen estudios donde no existe una relación significativa entre estas dos variables (Grossi, Theorell, Jürisoo y Setterlind, 1999).

Pruessner et al (1999), publicaron un estudio sobre la relación existente entre el SQT, el estrés percibido y la respuesta del cortisol en la primera hora al despertar en saliva (Cortisol Responses to Awakening) (CAR).

(Frankenhaeuser, 1989) comprobaron que los individuos con altos niveles de SQT tendrían valores menores en CAR, que los sujetos con bajos niveles de SQT.

En la misma línea, Morgan, Cho, Hazlett, Coric y Morgan (2002), obtienen resultados similares utilizando dos tipos de muestras, por un lado muestras de cortisol en saliva, y por otro, muestras de cortisol en sangre, recogiendo dos muestras, una por la mañana y otra por la tarde, no especificando las horas. Los autores concluyen que el SQT esta asociado de manera significativa a alteraciones en el eje HHA. Los individuos con niveles elevados de SQT, presentaban de manera significativa menores niveles de cortisol por la mañana que los soldados con bajos niveles de SQT.

Bellingrath, Weigl y Kudielka (2008) replicaron los resultados anteriores. recogiendo 7 muestras de cortisol en saliva, al despertar, en los 30, 45 y 60 minutos posteriores (CAR), a las 11:00, a las 15:00 y a las 20:00 horas en dos días de trabajo, y en un día de ocio. Se encontraron diferencias significativas entre los participantes que puntuaron más alto versus más bajo en las subescalas de Agotamiento emocional y Falta de realización personal. Los participantes con mayores niveles agotamiento presentan en la primera hora menores niveles de cortisol de manera significativa que los individuos con bajos niveles de agotamiento. De la misma forma, los participantes que puntúan mas alto en la subescala Falta de realización profesional presentan de manera significativa menores niveles de cortisol que los participantes que puntúan bajo en esta subescala. Después de ese periodo, no existen diferencias entre los sujetos. Cabe también señalar, que los niveles de cortisol en un día de trabajo son superiores de manera significativa a los obtenidos en una jornada de ocio en la primera hora.

Mommersteeg, Keijsers, Heijnen, Verbraak y van Doornen (2006) compararon los niveles de cortisol en un grupo experimental de personas diagnosticadas con SQT y un grupo control de personas sin síntomas. Posteriormente, el grupo experimental, fue sometido a un tratamiento cognitivo-conductual de 14 sesiones, y en un segundo momento, fueron medidos los niveles de cortisol y SQT en 19 participantes de ese mismo grupo, aunque en este caso, no se compararon los niveles obtenidos con un grupo control. En este estudio fueron tomadas 6 muestras de cortisol, al despertar, 15 y 30 minutos después, a las 12:00, 18:00 y 22:00 horas. Como se señaló anteriormente, en T1 se compararon los niveles de cortisol en los dos grupos, donde los participantes con SQT obtuvieron valores menores de CAR que el grupo control de manera significativa. No se obtuvieron diferencias significativas en los valores obtenidos por la tarde entre los grupos. Posteriormente, tras el tratamiento y en T2, cuando se volvieron a medir los niveles de cortisol, el CAR fue significativamente más elevado, no existiendo diferencias significativas en los niveles por la tarde. Sin embargo, después del tratamiento, fue pasado a los participantes nuevamente el MBI, y exceptuando la subescala Agotamiento emocional ($t = 2.8$, $p = < 0.05$) no existieron diferencias significativas entre T1 y T2, afirmando los autores, que los cambios en los niveles de cortisol, no pueden ser asociados a cambios en los valores obtenidos en el MBI.

Melamed et al. (1999) recogieron muestras de saliva donde analizaron el contenido de cortisol. Recogiendo dos muestras a las 8.00 y otras dos a las 16.00 horas. Con el cuestionario utilizado para medir el SQT, los autores dividieron la muestra final en participantes con bajos niveles de SQT, participantes con alto niveles de SQT, pero sin llegar a ser crónico, y participantes con altos niveles de SQT crónico. Los niveles de cortisol en saliva en los trabajadores con niveles crónicos de SQT es superior a los niveles obtenidos en los trabajadores con altos niveles de SQT pero no siendo crónico. A su vez, los niveles de cortisol en los trabajadores con niveles bajos de SQT son menores que en los dos grupos anteriores, aunque solo existen diferencias significativas entre los niveles entre el grupo con SQT crónico y el grupo con bajo SQT. Por fin, los niveles de cortisol son significativamente superiores en las muestras tomadas a las 8:00 horas en comparación con las muestras recogidas a las 16:00 horas.

Es el caso del estudio de De Vente, Olff, Van Amsterdam, Kamphuis y Emmelkamp (2003) se compara un grupo de personas con SQT y otro sano. Los niveles de cortisol en saliva fueron medidos por un lado con la respuesta del cortisol al despertar (CAR), y por otro, con una muestra a las 12:00 horas. El CAR fue medido al despertar, a los 30 y a los 60 minutos. Los resultados obtenidos señalan que los pacientes con SQT en comparación con los participantes sanos tienen niveles más altos de CAR, pero pasado ese periodo, los niveles se igualan.

Por último hay también estudios que no obtienen diferencias estadísticamente significativas entre SQT y cortisol, como en el caso de Grossi, Perski, Evengard, Blomkvist y Orth-Gomér (2003), Soderstrom, Ekstedt y Akerstedt (2006), Mommerteeg, Heijnen, Verbraak y van Doornen (2006),

A modo de conclusión se comprueba que los resultados son diversos, encontrándose estudios donde la relación entre el SQT y el cortisol es negativa y significativa, por otro lado encontramos estudios donde la relación encontrada es positiva y significativa, y por fin, estudios donde no se encontró ningún tipo de relación. Esto se puede deber a una serie de factores metodológicos:

- Las muestras deben ser recogidas siempre en el mismo momento y siguiendo los mismos procedimientos.
- Las muestras deben ser recogidas del mismo lugar para poder ser comparables (sangre, saliva).
- Para medir el SQT debe utilizarse el mismo instrumento. Los más utilizados son el MBI y el SMBQ.
- No se utilizan en la comparación variables como el sexo, la edad y otras variables demográficas, consumo de medicamentos
- Poco control sobre el sujeto en el momento de la toma de las muestras

Bibliografía:

Juster, R. P. McEwen B. S. Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35: 2–16 www.inw.es

Nogareda S, Berjón MA, Martín F, Santolaya M, Urrutia M, Zubizarreta J. Informe sobre el estrés en el colectivo de la enseñanza. 1996. INSHT. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Barcelona.

López, A (2000). Psicología y salud. Escritos de psicología. 4, 8-33.

Figueiredo-Ferraz, H. Gil-Monte, P. R. Grau-Alberola, E. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de maestros portugueses. *Aletheia* 29, 6-15.

Gil-Monte, P.R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar. Ediciones Pirámide.

Melamed, S. Ugarten, U. Shirom, A. Kahana, L. Lerman, Y. Froom, P.(1999). Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 591–598.

Pruessner, J.C. Hellhammer, D.H. Kirschbaum, C. (1999). Burnout, Perceived Stress, and Cortisol Responses to Awakening. *Psychosomatic Medicine* 61:197–204.

Grossi, G. Theorell, T. Jürisoo, M. Setterlind, S. (1999). Psychophysiological correlates of organizational change and threat of unemployment among police inspectors. *Integrative Physiological and Behavioral Science*. Volume 36, Number 3, 205-219

Morgan, C.A, Cho, T. Hazlett, G. Coric, V. Morgane, J. (2002). The Impact of Burnout on Human Physiology and on Operational Performance: A Prospective Study of Soldiers Enrolled in the Combat Diver Qualification Course. *Yale Journal of Biology and Medicine* 75, 199-205.

Bellingrath, S. Weigl, T. Kudielka, B.M. (2008). Cortisol dysregulation in school teachers in relation to burnout, vital exhaustion, and effort–reward-imbalance. *Biological Psychology* 78, 104–113.

Mommersteega, p.m.c. Heijnenb, c.j. Verbraakc, M.J.P.M. van Doornena, L.J.P. (2006). A longitudinal study on cortisol and complaint reduction in burnout. *Psychoneuroendocrinology* 31, 793–804.

De Vente, W. Olff, M. Van Amsterdam, J.G.C. Kamphuis, J. H. Emmelkamp, M.P.G. (2003). Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses *Occupational and environmental medicine*. 60, 54-61.

Grossia, G. Perskia, A. Evengardb, B. Blomkvistc, V. Orth-Gomer, K. (2003). Physiological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research* 55, 309– 316.

Söderström, M. Ekstedt, M. Åkerstedt, T. (2006). Weekday and weekend patterns of diurnal cortisol, activation and fatigue among people scoring high for burnout. *SJWEH Suppl* (2):35–40.

Huerta G, Álvarez J, Huerta I, Lagar MA, Arroyo MA, Llana J et al. Biomarcadores, "instrumentos para medir la escala mental laboral. 2010. Proyecto de investigación.

Pandey GN. Serotonina en el suicidio. *Y N Ann Acad Sci*. 1997; 836:182-200

Azcárate MA. Trastorno de estrés postraumático. Daño cerebral secundario a la violencia. Ed Díaz de Santos. 2007.



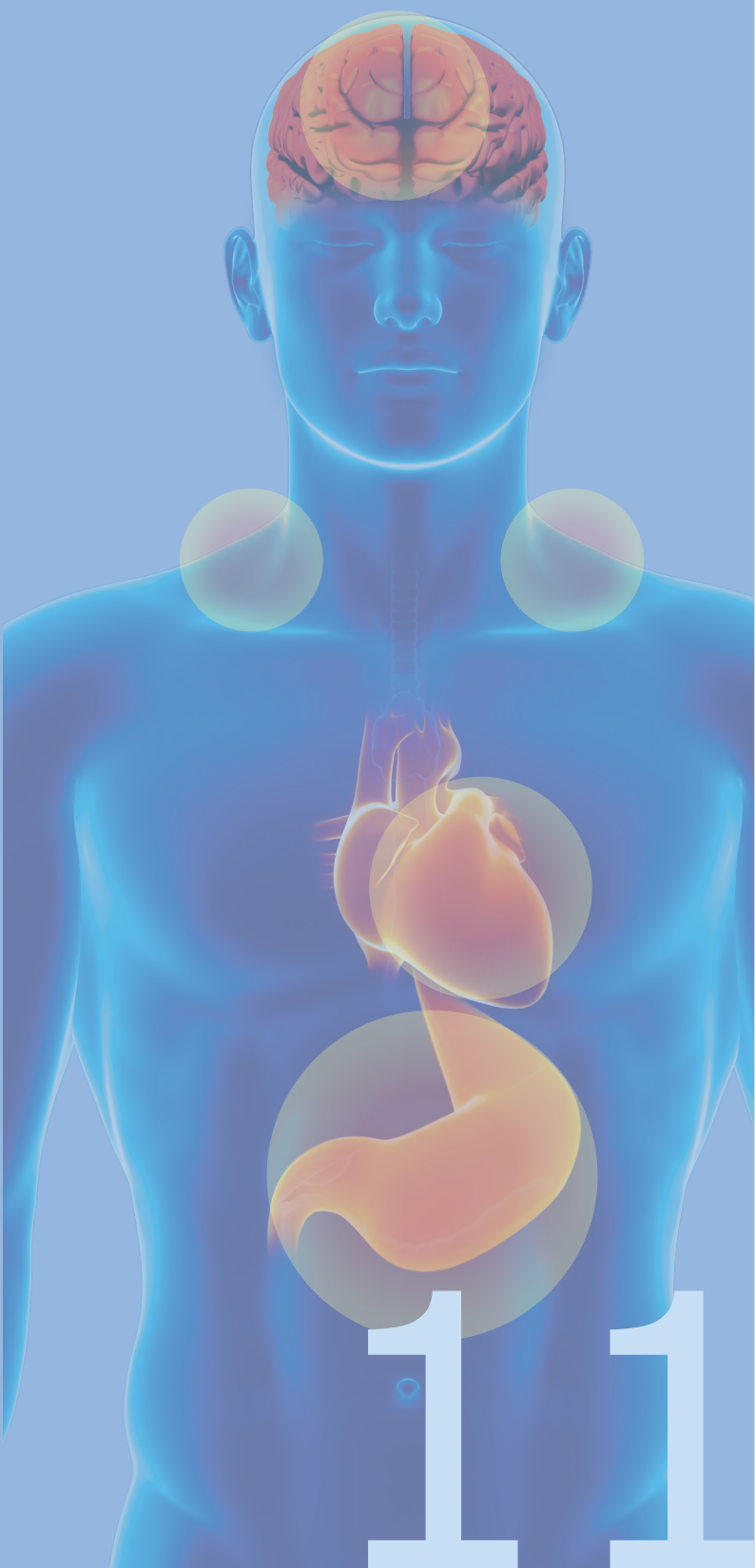
Departamento de Desarrollo de Proyectos e Innovación
SGS Tecnos SA



OSALAN
Instituto Vasco
de Seguridad y
Salud Laborales

Proyecto de investigación financiado por OSALAN conforme a la RESOLUCIÓN de 23 de noviembre de 2012, de la Directora General de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, por la que se resuelve la concesión de subvenciones para Proyectos de Investigación en materia de prevención de riesgos laborales.

(BOPV núm. 243, de 17 de diciembre de 2012)



**ANEXO:
PROTOCOLO
PSICOVS2012**

ANEXO 1

Historia Clínica-Laboral, que incluye Protocolo médico de aplicación a trabajadores con exposición a factores de riesgo psicosocial

PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA ESPECÍFICA DE LA SALUD DE TRABAJADORES EXPUESTOS A FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Protocolo PSICOVS2012

Autoría: GRUPO PSICOVS2012

Médico/a del Trabajo

Nº de colegiación

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Instrucciones generales para la aplicación del PROTOCOLO PSICOVS2012.

Lea atentamente estas instrucciones generales para la correcta aplicación del PROTOCOLO PSICOVS2012. Estas instrucciones, son complementarias al contenido del apartado 2.2, 5.1 y 5.2 de la GUÍA PSICOVS2012 o a los criterios de valoración que figuran en los propios cuestionarios.

Niveles de intervención	Contenido y criterios de valoración	
Nivel de intervención 1	Contenido	Criterios de valoración
Se aplicará inicialmente a todos los trabajadores a los que se les realice un control inicial o periódico del estado de salud, y de forma expresa, a aquellos incluidos dentro del alcance o población diana descritos en el apartado 2.2 de la Guía PSICOVS2012. Cuando no se disponga de información sobre la Evaluación de FRP. Cuando la Evaluación de Riesgos Psicosociales ponga de manifiesto la exposición a dichos riesgos o el trabajadores se incluya como población diana, se podrá omitir dentro del nivel 1 de intervención la cumplimentación del cuestionario 10Q-FRP, pero en dichos casos, al trabajador habrá que aplicarle el nivel de intervención 2, ya que estar incluido en población diana, constituye <i>per se</i> criterio de positividad del nivel 1 de intervención (se cumplimentaran es dicho caso, los apartados 1.2,1.3 y 1.4 correspondientes a este nivel. No obstante, se recomienda que también cumplimente el apartado 1.1)).	1.1.- Cuestionario 10Q-FRP (autocumplimentado por el trabajador)	Positivo si puntuación suma P1 a P10 $\geq$ 12 puntos y/o puntúa alguna respuesta como 3 o 4 en las P1 a P10 según la escala de likert
	1.2.- P11 SF36 sobre estado de salud actual percibido (autocumplimentado)	Se considera positivo si puntuación =1 (4 o 5 según la escala de likert). Este criterio, no se valora como punto de corte para pasar al nivel 2, pero sí como criterio de derivación, esto es, si el trabajador llega al nivel 4, habrá que derivarlo siempre que haya puntuado esta pregunta con valores 4 o 5.
	1.3.- P12 SF36 sobre estado de salud actual comparado (autocumplimentado)	Se considera positivo si puntuación =1 (4 o 5 según la escala de likert). Seguir las mismas indicaciones que para la P11.
	1.4.- Entrevista semiestructurada sobre acontecimientos -Bloque I: acontecimientos generales traumáticos o emociones pasadas o actuales -Bloque II: acontecimientos relacionados con el trabajo traumáticos o emociones pasadas o actuales.	Puntuación: Sí=1; No=0 Bloque I: Si presencia de 1 o más acontecimientos, sumar el valor de la intensidad de los mismos y dividir por el Nº de respuestas afirmativas de ese bloque. Positivo si valor de la media es ≥ 7 puntos, (considerar causa externa de afectación, que orienta a derivación por contingencia no profesional) Bloque II: Si presencia de 1 o más acontecimientos, sumar el valor de la intensidad y dividir por el Nº de respuestas afirmativas de ese bloque. Positivo si valor de la media ≥ 7 puntos, considerar causa laboral de afectación (derivar a como contingencia laboral) Si ambos bloques son positivos, el médico debe valorar el peso etiológico de cada acontecimiento

Cuando el trabajador esté incluido como población diana según los criterios descritos en el apartado 2.2 de la Guía, no tendrá que cumplimentar el cuestionario 10Q-FRP (1.1), cumplimentando el resto de apartados del nivel 1, y **pasando directamente al nivel 2**, con independencia del resultado positivo o negativo de los mismos.

Nivel de intervención 2	Contenido	Criterios de valoración
Aplicar cuando el Nivel de intervención 1 cumple alguno de los criterios de positividad, o cuando se dispone del resultado de la Evaluación de riesgos Psicosociales que indique exposición a dichos riesgos.	2.1.- Cuestionario QHQ-12 de Goldberg (autocumplimentado) ¹	Positivo si puntuación del Bloque A + Bloque B ≥ 3 puntos y/o
	2.2.- Pregunta simple de estrés (autocumplimentado) (Pregunta P13).	Positivo si puntuación =1 (3 o 4 según la escala de likert) y/o
	2.3.- Cuestionario Indicador General de Malestar 2Q-IGM (cumplimentado mediante entrevista con el médico)	Positivo si puntuación suma (P14+P15) ≥ 3 puntos y/o
	2.5.- Entrevista semiestructurada que valora tendencia a mostrar alterado el estado psíquico para obtener ganancias y presencia de suspicacia paranoide (factores de confusión) -Bloque I: posible tendencia a mostrar alterado el estado de psíquico para obtener ganancias (actitud) (se corresponde a las preguntas P16 a P19) -Bloque II.- posible tendencia a mostrar alterado el estado psíquico para obtener ganancias (comportamiento)². (Se corresponde con las preguntas P20 a P26) -Bloque III.- Q-IFC. Indicador de presencia de suspicacia paranoide que orienta más hacia un posible estado psicopatológico (Pregunta P27)	Positivo sí: Bloque I: puntuación ≥ 1 punto y/o Bloque II: puntuación ≥ 1 punto y/o Bloque III: P23: puntuación ≥ 2 puntos y/o Puntuación ≥ 1 punto solo en el Bloque I, debe ser explorada pero no es definitiva. Puede indicar rigidez, obsesividad, etc. Puntuación ≥ 1 punto solo en el Bloque II, indica alta conflictividad y posible origen externo. Puntuación ≥ 1 punto solo en el Bloque III, orientará más hacia un posible estado psicopatológico Puntuación ≥ 1 punto en al menos 2 bloques, descarta origen laboral, y establece origen personal. Criterio de derivación definitiva a "servicio externo"

1 Por motivos de eficacia, dicho cuestionario se entregará al trabajador junto al 10Q-FRP correspondiente al nivel 1, o el trabajador se considera incluido como población diana, lo autocumplimentará antes de pasar a la entrevista. En el mismo formulario se incluye la Pregunta simple de estrés (Pregunta P13).

2 Observación por parte del médico examinador a lo largo de la entrevista.

Nivel de intervención 3	Contenido	Criterios de valoración
Aplicar cuando el Nivel de intervención 2 cumple alguno de los criterios de positividad	3.1.- C1-Cuestionario de síntomas musculoesqueléticos (Cuestionario nórdico adaptado)	Puntuación ≥ 3 puntos en sintomatología últimos 12 meses y/o ≥ 1 punto si incapacidad temporal (IT), y/o
	3.2.- C2-Cuestionario de somatizaciones S-10Q-FRP	Puntuación ≥ 3 puntos en sintomatología últimos 12 meses y/o ≥ 1 punto si IT y/o
	3.3.- Complimentación o actualización datos historia clínica-laboral	Especial atención a estilos de vida, morbilidad superior a la esperada, sueño, medicación psicótropa, y/o
	3.4.- Exploración física: Somatometría	Especial atención a TA, IMC y FC (que se relaciones a exposición a FRP)
	3.5.- Exploración física/ anamnéstica del sistema osteomuscular	Especial atención diagnósticos CIE 9-MC del apartado 3.2 de la Guía psicovs2012. Según etiología, establecer criterio de derivación de la contingencia.
	3.6.- Exploración física/ anamnéstica de la piel	Especial atención diagnósticos CIE 9-MC del apartado 3.2 de la Guía. Según etiología, establecer criterio de derivación de la contingencia.
	3.7.- Exploración física/ anamnéstica cardiorespiratoria	Especial atención diagnósticos CIE 9-MC del apartado 3.2 de la Guía. Según etiología, establecer criterio de derivación de la contingencia.
	3.8.- Exploración física/ anamnéstica gastrointestinal	Especial atención diagnósticos CIE 9-MC del apartado 3.2 de la Guía. Según etiología, establecer criterio de derivación de la contingencia.
	3.9.- Exploración física/ anamnéstica Neurológica/mental	Especial atención diagnósticos CIE 9-MC del apartado 3.2 de la Guía. Según etiología, establecer criterio de derivación de la contingencia.
	3.10.- Pruebas complementarias	Riesgo CV

Nivel de intervención 4	Contenido	Criterios de valoración
Aplicar cuando el Nivel de intervención 3 cumple con alguno de los criterios de positividad	4.1.- Consejo médico o documento de derivación del Anexo II	Según tipo de contingencia común y/o profesional

Nivel de intervención 1

Nivel de intervención 1.1.- Cuestionario de valoración de exposición a Factores de Riesgo Psicosocial (Q10-FRP). Elaboración propia. Emplear solo si no hay datos de exposición a factores de riesgo psicosocial

A continuación encontrará sentimientos y pensamientos que las personas tenemos con mayor o menor frecuencia. Indique, por favor, si relacionados con su trabajo, los ha experimentado en los últimos seis meses, según la puntuación de la tabla que se encuentra a su derecha. Marque con un círculo el número que corresponda para cada una de las 10 cuestiones del listado. No debe dejar ninguna pregunta sin contestar.

		A-Casi nunca o nunca	B-Pocas veces	C-Algunas veces	D-Muchas veces	E-Casi siempre
P1	Siente que sus tareas laborales requieren excesivo esfuerzo físico y/o mental	0	1	2	3	4
P2	Considera su trabajo monótono, o rutinario, o poco motivador	0	1	2	3	4
P3	Existe mal ambiente en su área de trabajo	0	1	2	3	4
P4	Se ha sentido humillado, vejado o despreciado en su trabajo	0	1	2	3	4
P5	Siente que en la realización de su trabajo se están aprovechando sus capacidades	4	3	2	1	0
P6	Tienen en cuenta su opinión sobre la forma de realizar el trabajo	4	3	2	1	0
P7	Tiene posibilidades de promoción en su trabajo	4	3	2	1	0
P8	Se le informa sobre los objetivos y la marcha de su departamento	4	3	2	1	0
P9	Los horarios de su actividad laboral le permiten mantener una vida personal acorde a sus deseos e intereses	4	3	2	1	0
P10	Considerando todos los aspectos de su puesto de trabajo, en general, ¿se siente satisfecho?	4	3	2	1	0
Suma parcial						
Suma total (A+B+C+D+E)						

Nivel de intervención 1.2: AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL

P11.-Durante los últimos 12 meses, ¿diría Usted que su estado de salud ha sido? Señale con una X

1 ☐ Muy bueno 2 ☐ Bueno 3 ☐ Normal 4 ☐ Malo 5 ☐ Muy malo

Nivel de intervención 1.3: AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD COMPARADA

P12.- ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? Señale con una X

1 ☐ Mucho mejor ahora que hace un año 2 ☐ Algo mejor ahora que hace un año
 3 ☐ Más o menos igual ahora que hace un año 4 ☐ Algo peor ahora que hace un año
 5 ☐ Mucho peor ahora que hace un año

Nombre y Apellidos: _____

Empresa: _____ **Fecha:** _____

Nivel de intervención 1.4.- Entrevista semiestructurada sobre acontecimientos.

A continuación le voy a ir diciendo una serie de situaciones que puede o no haber experimentado en el **último año**. El médico deberá señalar con un círculo cada pregunta Sí=1 o No=0, según indique el entrevistado. Para aquellas cuestiones que se ha contestado Sí, deberá **anotar la intensidad** con que se ha vivido dicho acontecimiento en el último año, con una escala de 0 (nula intensidad) a 10 (terror/estrés muy intenso) Si se ha respondido No en alguna pregunta, dejar en blanco la columna de intensidad para dicha/s pregunta/s. En el **bloque I, se refiere a acontecimientos sufridos en la vida general**, y en el **bloque II, acontecimientos sufridos en el trabajo**.

Bloque I.- Acontecimientos en general	En el último año		Intensidad (0 a 10)
	Si	No	
1.- Problemas importantes de salud familiar (incluye pérdidas por fallecimiento de personas importantes en su vida o estar Ud. al cuidado de una persona importante para Ud con importantes daños físicos o mentales durante tres meses o más)	1	0	
2.- Conflictos familiares (incluye separaciones o divorcios, problemas importantes con hijos, herencias, disputas familiares...)	1	0	
3.- Cambios importantes en la residencia (incluye traslados de domicilio a más de 50 Km de su residencia durante un tiempo superior a un año, o pérdidas de hogar por accidente grave, catástrofe, paro, impago...)	1	0	
4.- Conflictos legales (incluye tanto en calidad de denunciante o demandante como de demandado o denunciado)	1	0	
5.- Accidente relevante del tipo que sea (tráfico, transporte, doméstico) sufrido por Ud. mismo o enfermedad grave propia .	1	0	
6.- Agresiones o amenazas relevantes (incluye haber sufrido violencia física del tipo que sea, violencia psicológica reiterada, presenciando robos con amenaza de armas o atracos, y amenazas graves por cualquier medio)	1	0	
7.- Otros acontecimientos que quiera señalar (indicar:.....)	1	0	

Bloque II.- Acontecimientos en el trabajo	En el último año		Intensidad (0 a 10)
	Si	No	
1.- Conflictos legales (incluye tanto en calidad de denunciante o demandante como de demandado o denunciado)	1	0	
2.- Accidente relevante del tipo que sea (tráfico, transporte, laboral) sufrido por Ud. mismo o enfermedad profesional o laboral grave propia .	1	0	
3.- Agresiones o amenazas relevantes (incluye haber sufrido violencia física del tipo que sea, violencia psicológica reiterada, presenciando robos con amenaza de armas o atracos, y amenazas graves por cualquier medio)	1	0	
4.- Otros acontecimientos que quiera señalar (indicar:.....)	1	0	

Nombre y Apellidos: _____

Empresa _____ Fecha: _____

Criterios de valoración nivel de intervencion 1

1.1.- Estructura Subyacente al cuestionario Q10-FRP.

El cuestionario Q10-FRP está diseñado como un instrumento de cribado rápido en el que se consideran la exposición a los Factores de Riesgo Psicosocial en los primeros 10 ítems, siguiendo la clasificación establecida en esta guía. Las equivalencias se señalan a continuación:

FRP	Ítems del 10Q-FRP
Contenido del trabajo	P2 y P5
Carga y ritmo de trabajo	P1
Participación y control	P6
Cultura organizacional	P8
Relaciones personales	P3 y P4
Desarrollo personal	P7
Interacción casa-trabajo	P9
Valoración General	P10

Procedimiento de corrección del 10Q-FRP.

IFRP. Índice de presencia de Factores de Riesgo Psicosocial: Los 10 ítems permiten obtener resultados en un rango entre 0 y 40 puntos. Se considerará como criterio de punto de corte, las puntuaciones de la suma obtenida de las 10 preguntas $\geq$ a 12 puntos.

No obstante, se considerará también como positivo, cualquier resultado que señale alguna pregunta de las 10 con puntuación de 3 ó 4 puntos.

1.2 .- Procedimiento de corrección de preguntas estado actual de salud percibido.

P11: Respuestas 1,2 y 3 = 0

P11: Respuestas 4 y 5 = 1

Se considera positivo, si P11 =1. No constituye criterio de corte para pasar al nivel 2, pero sí criterio de derivación.

1.3.- Procedimiento de corrección de preguntas estado actual de salud comparado.

P12: Respuestas 1,2 y 3 = 0

P12: Respuestas 4 y 5 = 1

Se considera positivo, si P12 =1. No constituye criterio de corte para pasar al nivel 2, pero sí criterio de derivación

1.4.- Criterio de valoración entrevista semiestructurada para Acontecimientos

Bloque I.- Acontecimientos en general

Obtener la media de intensidad de todas las preguntas que se ha contestado 1=SÍ (A)

Sumar el número de respuestas SI=1 (B)

Obtener la media de Intensidad = A/B

Bloque II.- Acontecimientos en el trabajo

Obtener la media de intensidad de todas las preguntas que se ha contestado 1=SÍ (A)

Sumar el número de respuestas SI=1 (B)

Obtener la media de Intensidad = A/B

- a) Si presencia de 1 o más acontecimientos en el bloque I con una media de intensidad ≥ 7 puntos:
considerar causa externa de afectación
- b) Si presencia de 1 o más acontecimientos en el bloque II con una media de intensidad ≥ 7 puntos:
considerar causa laboral de afectación
- c) Si se cumplen los criterios a) y b), valorar el peso etiológico de cada acontecimiento a los efectos de derivación o de determinación de la contingencia.

**Nivel de intervención 2.1.-Cuestionario General de Salud (GHQ-12 de Goldberg)
(Autocumplimentado por el trabajador. Entregar junto al cuestionario 10Q-FRP)**

A.- Durante el <u>último mes</u>, ¿ha presentado los siguientes problemas?	NO, EN ABSOLUTO	NO MÁS QUE LO HABITUAL	ALGO MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
a. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	0	1	2	3
b. ¿Se ha sentido constantemente agobiado/a y en tensión?	0	1	2	3
c. ¿Ha tenido la sensación de que no podía superar sus dificultades?	0	1	2	3
d. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido/a?	0	1	2	3
e. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	0	1	2	3
f. ¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?	0	1	2	3

B.- Durante el <u>último mes</u>, ¿ha presentado los siguientes problemas?	MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL	MENOS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MÁS QUE LO HABITUAL
g. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	0	1	2	3
h. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	0	1	2	3
i. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	0	1	2	3
j. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?	0	1	2	3
k. ¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?	0	1	2	3
l. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias anteriormente mencionadas?	0	1	2	3

Nombre y Apellidos: _____

Empresa: _____ **Fecha:** _____

Nivel de intervención 2.2 (A cumplimentar por el personal sanitario)

P13.-El estrés es una situación en la cual la persona se siente tensa, agitada, nerviosa o es incapaz de dormir por la noche en tanto que su mente está constantemente preocupada ¿Ha experimentado estos síntomas en los últimos días? Señale con un círculo, la respuesta que más se ajusta a su situación según la escala siguiente:

0 Nunca	1 Rara vez	2 Algunas veces	3 Casi siempre	4 Siempre
------------	---------------	--------------------	-------------------	--------------

Nivel de intervención 2.3.- Cuestionario de valoración de General del Malestar (2Q-IGM). Elaboración propia PASAR SIEMPRE

A continuación encontrará sentimientos y pensamientos que las personas tenemos con mayor o menor frecuencia. Indique, por favor, si relacionados con su trabajo, los ha experimentado en los <u>últimos seis meses</u> , según la puntuación de la tabla que se encuentra a su derecha. Marque con un círculo el número que corresponda para cada una de las 2 cuestiones del listado. <u>No debe dejar ninguna pregunta sin contestar.</u>		A-Casi nunca o nunca	B-Pocas veces	C-Algunas veces	D-Muchas veces	E-Casi siempre
P14	Ha experimentado problemas para conciliar el sueño, pérdida de apetito o malestar físico o psicológico que ha afectado a su vida cotidiana	0	1	2	3	4
P15	Cuando termina la jornada laboral, sigue pensando en el trabajo sin poder olvidarse y/o desconectarse	0	1	2	3	4

Nivel de intervención 2.4.- Entrevista semiestructurada. Bloque I.- Cuestionario de actitud. Elaboración propia. PASAR SIEMPRE

Preguntar sobre cada una de las siguientes 4 cuestiones y señalar con un círculo la opción que corresponda en cada caso		A) Muy en desacuerdo	B) desacuerdo	C) Indiferente	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo
P16	Cuando tengo un problema, no dudo en presentar una queja o una denuncia si es preciso	0	0	0	0	1
P17	No suele ser una buena idea negociar acuerdos cuando hay un problema o conflicto porque los que más poder tienen se saldrán con la suya	0	0	0	1	1
P18	Prefiero ser justo a que me quieran	0	0	0	0	1
P19	Mis preocupaciones sobre las injusticias vividas me impiden concentrarme en otras cosas	0	0	0	1	1

Nombre y Apellidos: _____
Empresa: _____ **Fecha:** _____

Nivel de intervención 2.4.- Entrevista semiestructurada. Bloque II. Elaboración propia PASAR SIEMPRE
(A valorar por el médico durante la entrevista. No se pregunta)

Valorar sobre cada una de los siguientes 7 comportamientos y señalar con un círculo la opción que corresponda en cada caso		A) Ausencia	B) Posible presencia	C) Clara presencia
P20	Tiende a emplear lenguaje técnico (médico, psicológico o jurídico) sin conocimientos y con el fin de aportar información o debatir con el profesional	0	0	1
P21	Muestra incomodidad u hostilidad cuando interpreta que el profesional pone en cuestión los argumentos del entrevistado	0	0	1
P22	Muestra incomodidad u hostilidad cuando el profesional le interrumpe o trata de ajustarse al protocolo	0	1	1
P23	Amenaza o lanza ultimátum al profesional	0	1	1
P24	Evita hablar sobre temas personales pero insiste en hablar de sus conflictos	0	0	1
P25	Emplea de forma innecesaria la palabra justicia/honor	0	1	1
P26	Muestra insatisfacción con el procedimiento y lo extiende a otras cuestiones	0	1	1

Nivel de intervención 2.4.- Bloque III- Cuestionario Índice de Cribado de Factores de Confusión- 1Q-IFC. Elaboración propia. PASAR SIEMPRE

A continuación encontrará sentimientos y pensamientos que las personas tenemos con mayor o menor frecuencia. Indique, por favor, si relacionados con su trabajo, los ha experimentado en los <u>últimos seis meses</u> , según la puntuación de la tabla que se encuentra a su derecha. Marque con un círculo el número que corresponda para la siguiente pregunta.		A-Casi nunca o nunca	B-Pocas veces	C-Algunas veces	D-Muchas veces	E-Casi siempre
P27	Tiene la sensación que en su trabajo la gente se ha puesto de acuerdo para estar en su contra	0	1	2	3	4

Nombre y Apellidos: _____
Empresa: _____ **Fecha:** _____

Criterios de valoración Nivel de Intervención 2

2.1.- Valoración cuestionarios GHQ-12

BLOQUE A.- Forma de calcular: Respuestas 0 ó 1=0 // Respuestas 2 ó 3=1

BLOQUE B.- Forma de calcular: Respuestas 0 ó 1=1 // Respuestas 2 ó 3=0

Punto de corte: es un caso positivo, si la suma de la puntuación A+B es ≥ 3 , y se pasa al Nivel de Intervención 3

Evaluación	Puntuación total A+B
Ausencia de psicopatología	De 0 a 2 puntos
Sospecha de psicopatología	3 a 6 puntos
Indicativo de presencia de psicopatología	7 o más puntos

y/o

2.2.- Valoración pregunta simple del estrés

P13: Respuestas 1,2 y 3 = 0

P13: Respuestas 4 y 5 = 1

Se considera positivo, si P13 =1, criterio para pasar al Nivel de Intervención 3.

y/o

2.3.- Valoración Cuestionario Indicador general de Malestar 2Q-IGM

Los restantes 2 ítems cumplen funciones también de cribado pero como indicadores de otros aspectos relevantes en la toma de decisiones para pasar al Nivel 3 de Intervención. En el cuadro siguiente se establecen las equivalencias.

Indicadores	Significado como Cribado	Ítems del 2Q-IGM
IGM Indicador General de Malestar	S-IGM Vivencia de alteración psicosomática y/o emocional que afecta a vida cotidiana	P14
	P-IGM Vivencia de alteración cognitiva que afecta a vida cotidiana	P15

Procedimiento de corrección del 2Q-IGM y criterios

IGM. Se considerarán como positivas, puntuaciones 3 o más del resultado de la suma de los dos ítems P14+P15, y se pasará al nivel de intervención 3

2.4.- Valoración Entrevista semiestructurada. Bloque I sobre posible tendencia a mostrar alterado el estado psíquico para obtener ganancias (actitud)(Preguntas P16 a P19)

Criterio: Una puntuación ≥ 1 , indica tendencia a mostrar alterado su estado psíquico para obtener ganancias (actitud)

2.4.- Valoración Entrevista semiestructurada. Bloque II sobre posible tendencia a mostrar alterado el estado psíquico para obtener ganancias (comportamiento durante la entrevista) (Preguntas P20 a P26)

Criterio: Una puntuación ≥ 1 , indica tendencia a mostrar alterado su estado psíquico para obtener ganancias (comportamiento)

2.4.- Valoración Entrevista semiestructurada. Bloque III.- Q-IFC, indicador de presencia de suspicacia paranoide (Pregunta P27)

Indicadores	Significado como Cribado	Ítems del Q-IFC
IFC Indicador de Factores de Confusión	P-IFC Indicador de presencia de suspicacia Paranoide	P27

Procedimiento de corrección del 1Q-IFC y criterios

IFC. Se considerarán como positivo, puntuaciones de 2 o más (resultado de la P27) según la escala de likert.

La coincidencia de resultados positivos (1 o superior) en al menos 2 de los 3 bloques, descarta origen laboral, y establece origen personal. Criterio de derivación a "servicio externo"

La puntuación sólo en el Bloque I, debe ser explorada pero no es definitiva. Puede indicar rigidez, obsesividad, ...

La puntuación sólo en el Bloque 2, indica conflictividad y posible origen externo

La puntuación sólo en el Bloque III, orienta más hacia un posible estado psicopatológico

Nivel de intervención 3

Nivel 3.1.- Cuestionario Nórdico TME Adaptado (cumplimentar por el personal sanitario)

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS	RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS (respuesta afirmativa en la columna anterior. En caso contrario, marque la casilla NO en todas las opciones)	
¿Usted ha tenido en los últimos <u>12 meses</u> problemas (dolor, contracturas, etc...) a nivel de:	¿Durante los últimos <u>12 meses</u> ha estado incapacitado-para su trabajo por causa del problema?	
Hombros: Ambos hombros: ☐ Sí ☐ No Hombro derecho: ☐ Sí ☐ No Hombro izquierdo: ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ Sí ☐ Sí	☐ No ☐ No ☐ No
Codos: Ambos codos: ☐ Sí ☐ No Codo derecho: ☐ Sí ☐ No Codo izquierdo: ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ Sí ☐ Sí	☐ No ☐ No ☐ No
Puños/manos: Ambos: ☐ Sí ☐ No La derecha: ☐ Sí ☐ No La izquierda: ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ Sí ☐ Sí	☐ No ☐ No ☐ No
Columna Columna cervical/nuca: ☐ Sí ☐ No Columna dorsal: ☐ Sí ☐ No Columna lumbar: ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ Sí ☐ Sí	☐ No ☐ No ☐ No

Criterio de valoración: problemas últimos 12 meses: Cada No = 0 puntos; cada Sí=1 punto, excepto ambos hombros, ambos codos y ambos puños/muñecas =2 puntos. **Positivo si suma ≥ 2 puntos y/o**

Criterio de valoración: Incapacidad últimos 12 meses: Cada No = 0 puntos; cada Sí=1 punto. **Positivo si suma ≥ 1 puntos**

En caso afirmativo en alguna de las preguntas de cuestionario nórdico, los hallazgos cree que están relacionados con (Puede señalar varias opciones si es el caso):

Con factores de riesgo psicosocial	☐ SI	☐ NO	☐ NP
Con factores ergonómicos (Posturas, Cargas, Movimientos Repetidos)	☐ SI	☐ NO	☐ NP
Con factores de origen extralaboral (ocio, deporte, postura al dormir, etc)	☐ SI	☐ NO	☐ NP
Con ninguno de los factores anteriores	☐ SI	☐ NO	☐ NP

Si contesta Sí a etiología psicosocial o ergonómica, criterio de derivación nivel 4 por contingencia laboral y si contesta sí a origen extralaboral, derivación nivel 4 por contingencia común.

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Empresa: _____ Fecha: _____

Nivel 3.2.- Cuestionario S-10Q-FRP sobre somatizaciones (cumplimentar por personal sanitario)

RESPONDA EN TODOS LOS CASOS		RESPONDA SOLAMENTE SI HA TENIDO PROBLEMAS (respuesta afirmativa en la columna anterior)
¿Usted ha tenido en los <u>últimos 12 meses</u> alguno de los siguientes problemas o molestias que la gente tiene en ocasiones y atribuye a factores psicosociales (cansancio, estrés, problemas laborales, etc.)?		¿Durante los <u>últimos 12 meses</u> ha estado incapacitado para su trabajo por esta causa?
Dolores de cabeza	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Dolores en el pecho o en el corazón	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Sensación de pesadez en brazos o piernas	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Sensación de adormecimiento u hormigueo en algunas partes de su cuerpo	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Sentir debilidad en algunas partes de su cuerpo	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Sentir un "nudo" en la garganta	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Náuseas o trastornos digestivos	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Desmayos o mareos	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Dificultad para respirar	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Rachas o momentos de frío (escalofríos) o calor (acalorada/o)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Criterio de valoración: Sintomatología últimos 12 meses. Cada No = 0, cada Sí=1 punto. Positivo si ≥ 3 puntos , y constituye criterio de derivación a nivel 4

y/o

Criterio de valoración: Incapacidad últimos 12 meses: Cada No =0, cada sí=1 punto. Positivo si ≥ 2 puntos, y constituye criterio de derivación a nivel 4

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Empresa: _____ Fecha: _____

Nivel de intervención 3.3: Cumplimentación y actualización historial clínica

A) DATOS GENERALES DE FILIACION

A.1) DATOS DE FILIACIÓN DEL TRABAJADOR/A

Apellidos: Nombre:
 Sexo: H M
 Fecha de nacimiento:....../....../..... País de origen:..... Años en España:.....
 N° SIP:..... N° de la SS:..... DNI:.....
 Dirección:..... C.P.:.....
 Ciudad:..... Teléfono

A.2) DATOS DEL RECONOCIMIENTO

Fecha de realización del último reconocimiento: .../....../.....
 Fecha de realización actual:/....../..... Localidad:.....
 Tipo de reconocimiento:
 Inicial Periódico Retorno al trabajo A petición del trabajador Otros.....

B) HISTORIA LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA	ACTIVIDAD DE LA EMPRESA (CNAE)		PUESTO DE TRABAJO	TIEMPO TRABAJADO (MESES)
RIESGOS RELEVANTES	F. INICIO	F. FIN	INTENSIDAD DE LA EXPOSICIÓN (H/Semana, niveles)	DAÑO PARA LA SALUD
1				
2				
3				

Observaciones:

En caso de varias actividades laborales anteriores, cumplimentar sólo las más relevantes por tiempo, riesgos relacionados con factores psicosociales, etc.

B.1) ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES: HISTORIA LABORAL**B.2) DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL**

Empresa. N° CIF.....

.....

Actividad: CNAE 2009:

..... N° trabajadores:

Domicilio social de la empresa: Localidad:

.....

Ocupación actual del trabajador:.....CNO:

.....

Centro de trabajo: N° de trabajadores:.....

Antigüedad en el mismo puesto: __años__ meses

Fecha de inicio en la empresa actual: __ / __ / __ Fecha de inicio en el puesto trabajo en la empresa actual: __ / __ / __

Descripción de las actividades que realiza:

.....

.....

.....

Existe estabilidad laboral en la empresa ☐ Sí ☐ No

Existe una elevada rotación en la empresa ☐ Sí ☐ No

Existe una elevada rotación en el puesto de trabajo ☐ Sí ☐ No

Existe un porcentaje elevado de contratación temporal, por obra o servicio, etc. ☐ Sí ☐ No

Grupos de riesgo en el puesto de trabajo	Factor de riesgo	Valoración del riesgo ^{1,2}	Medidas de prevención adoptadas
Físicos (Ruido, vibraciones, temperatura,...)			
Químicos (Detergentes, disolventes,...)			
Biológicos (virus, bacterias...)			
Ergonómicos (Manipulación de cargas, movimientos repetitivos, posturas forzadas, bipedestación prolongada...)			
Psicosociales : Morbilidad Superior a la Esperada Actividad de alta demanda/bajo control Actividad alta carga psicofísica Actividad con alta carga emocional Turnicidad/nocturnidad Atención directa a personas Post IT enfermedad mental Riesgo de atraco/violencia externa Riesgo de violencia interna Trabajo fines de semana y/o festivos Estar disponible fuera del horario de trabajo Otros : _____			

(1.Trivial, 2.Tolerable, 3.Moderado, 4.Importante)¹ (Para Riesgo Psicosocial: 1. Bajo, 2. Medio, 3. Alto)²

Especificidades del puesto de trabajo para:

Embarazo	
Lactancia	
Trabajadores especialmente sensibles	
Otras	

Tiempo habitual empleado para los desplazamientos al trabajo (ida y vuelta):

☐ <15 ☐ 15-30 ☐ 30-60 ☐ 60-90' ☐ >90'

Otras observaciones de interés:

B.3) OTRAS ACTIVIDADES ACTUALES

¿Tiene en la actualidad otras actividades laborales? ☐ Sí ☐ No -Empresa:

Puesto de trabajo:..... -Factores de riesgo más importantes:.....

En su casa, ¿realiza usted tareas domésticas? ☐ Sí ☐ No - ¿Cuántas horas/ día?

Aficiones y actividades recreativas:.....

¿Cuántas personas conviven en su casa (hijos, padres,...)?.....

Número de hijos menores de 16 años: Número de personas dependientes:

Se entiende por dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. **Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia.** BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006

B.4) NIVEL DE ESTUDIOS

Fuente: II Encuesta de Condiciones de Trabajo en la Comunidad Valenciana. Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales⁵⁰.

Educación Básica, EPA (Educación para adultos), etc.	
ESO, Educación secundaria para adultos	
Bachillerato, BUP, COU	
Formación profesional de grado medio o equivalente	
Formación profesional de grado Superior, FIP o equivalente	
Diplomatura universitaria	
Licenciatura universitaria	
Estudio de postgrado, máster, doctorado o análogo	
NS	
NC	

C) HISTORIA CLÍNICA

C1.- ANAMNESIS

C1.1.-Antecedentes de salud

Antecedentes familiares (enfermedades más destacadas de abuelos, padres, hermanos):

Antecedentes personales (enfermedades más destacadas y/o intervenciones quirúrgicas):

En caso de discapacidad, especifique: Motivo principal %

En caso de Incapacidad Permanente, especifique: Parcial Total

Motivo principal:

¿Necesita adaptación del puesto de trabajo? ☐ Sí ☐ No -Motivo principal

¿Tiene adaptado su puesto de trabajo? ☐ Sí ☐ No - Motivo principal

Salud sexual y reproductiva:

Disfunciones sexuales:

C1.2.-Antecedentes de patología laboral:

Enfermedades profesionales

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:

Causó baja : ☐ No ☐ Sí (Días de baja laboral _____)

Fecha:

Tipo de enfermedad profesional:.....

Causó baja : ☐ No ☐ Sí (Días de baja laboral _____)

Secuelas: ☐ No ☐ Sí (Describir_____)

Accidentes de trabajo

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:

Causó baja: ☐ No ☐ Sí (Días de baja laboral _____)

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja : ☐ No ☐ Sí (Días de baja laboral _____)

Fecha:

Tipo de accidente de trabajo:.....

Causó baja: ☐ No ☐ Sí (Días de baja laboral _____)

Secuelas: ☐ No ☐ Sí (Describir_____)

Otros problemas de salud relacionados con el trabajo: (PANOTRATSS: enfermedades relacionadas o agravadas por el trabajo)

Fecha:

Tipo patología:.....

Causó baja: ☐ No ☐ Sí (Días de baja laboral _____)

Secuelas: ☐ No ☐ Sí (Describir_____)

Fecha:

Tipo de patología:.....

Causó baja: ☐ No ☐ Sí (Días de baja laboral _____)

Secuelas: ☐ No ☐ Sí (Describir_____)

C1.3.- Hábitos y Estilos de vida

Tabaco: Fumador: ☐ No ☐ Sí Número cigarrillos/día: _____ Desde: _____ Años

☐ Ex-fumador Desde: Meses: _____ Años: _____

Alcohol: ☐ No bebedor ☐ Bebedor ocasional ☐ Bebedor

Moderado ☐ < 40g/día o 280 g/semana (hombre) De riesgo: ☐ > 40g/día o 280 g/semana (hombre)
☐ < 20g/día o 170 g/semana (mujer) ☐ > 20g/día o 170g/semana (mujer)

¿Suele tomar alguna bebida alcohólica en el trabajo? ☐ No ☐ Sí

Para recordar equivalencias, la OMS establece a la **UBE** como la Unidad de Bebida Estándar para medir la cantidad de alcohol

1 UBE = 10 GR (1 COPA VINO/ 1 CERVEZA/ 1 CARAJILLO/1 CHUPITO)

2 UBE = 20 GR (1 WHISKY/ 1 COPA COÑAC/ 1 COMBINADO/ 1 "CUBATA")

Otras drogas:

Tipo..... Frecuencia.....

Ejercicio físico ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, especifique:

¿Lleva algún tipo de dieta? ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, especifique:

Sueño: ☐ Normal ☐ Alterado (Especificar:)

Medicación habitual:

¿Tiene ahora o ha tenido algún otro problema de salud en los últimos 12 meses?

Tipo de problema de salud	¿Desde cuando lo tiene?	¿A que lo atribuye?	¿Piensa que está relacionado con su trabajo?

C2.-EXPLORACIÓN BÁSICA

Nivel 3.4.- DATOS BIOMÉTRICOS Y TENSIÓN ARTERIAL.

Aspecto general (Morfotipo).....

Peso : Kg. Talla:cm. IMC: (Clasificación :)

TA 1ª □□□ / □□□ (Más de 1 minuto entre tomas) TA 2ª □□□ / □□□

FC: ppm FR:.....rpm

Nivel 3.5.- EXPLORACIÓN BÁSICA DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

A) INSPECCIÓN GENERAL DE COLUMNA (Desviación de ejes en columna, asimetría de miembros...)

B) MOVILIZACION ACTIVO-PASIVA (flexoextensión, lateralización y rotación cérvico-dorso-lumbar) Y LOCALIZACION DE DOLOR/CONTRACTURA.

	Flexión	Extens.	Lateralización izquierda	Lateralización derecha	Rotación derecha	Rotación izquierda	Dolor 4/0	Irradiación
Cervical								
Dorsal								
Lumbar								

	SIGNOS Y SINTOMAS A LA EXPLORACION.
Grado 0	Ausencia de signos y síntomas.
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva.
Grado 2	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización.
Grado 3	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión
Grado 4	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente.

C) MOVILIDAD ACTIVA DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (comprobación limitación funcional o algias) :

SOSPECHA DIAGNOSTICA (CIE 9-MC) Y OBSERVACIONES

¿Está relacionada con la exposición a FRP? ☐ No ☐ Sí
¿Está relacionada con otros riesgos laborales ☐ No ☐ Sí
¿Está relacionada con factores extralaborales? ☐ No ☐ Sí

Nivel 3.6.- EXPLORACIÓN BÁSICA DE LA PIEL

Exploración general superficie cutánea-mucosa.

Búsqueda de síntomas y signos sugestivos de:

SOSPECHA DIAGNOSTICA (CIE 9-MC) Y OBSERVACIONES

¿Está relacionada con la exposición a FRP? ☐ No ☐ Sí
¿Está relacionada con otros riesgos laborales ☐ No ☐ Sí
¿Está relacionada con factores extralaborales? ☐ No ☐ Sí

Nivel 3.7.- EXPLORACIÓN BÁSICA CARDIO-RESPIRATORIA

a) Auscultación pulmonar. En caso de hallazgos (roncus, sibilancias, crepitantes...), anotar tipo y localización.

b) Auscultación cardíaca.

SOSPECHA DIAGNOSTICA (CIE 9-MC) Y OBSERVACIONES

¿Está relacionada con la exposición a FRP? ☐ No ☐ Sí
¿Está relacionada con otros riesgos laborales ☐ No ☐ Sí
¿Está relacionada con factores extralaborales? ☐ No ☐ Sí

Nivel 3.8.- EXPLORACION GASTROINTESTINAL

a)Antecedentes de interés:

b)Valoración otras patologías relacionadas:

SOSPECHA DIAGNOSTICA (CIE 9-MC) Y OBSERVACIONES

¿Está relacionada con la exposición a FRP? ☐ No ☐ Sí
¿Está relacionada con otros riesgos laborales ☐ No ☐ Sí
¿Está relacionada con factores extralaborales? ☐ No ☐ Sí

Nivel 3.9.- EXPLORACION NEUROLOGICA/MENTAL

a)Antecedentes de interés:

b)Valoración otras patologías relacionadas:

¿Está relacionada con la exposición a FRP? ☐ No ☐ Sí
¿Está relacionada con otros riesgos laborales ☐ No ☐ Sí
¿Está relacionada con factores extralaborales? ☐ No ☐ Sí

Nivel 3.10.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ELECTROCARDIOGRAMA

Resultados:

ESPIROMETRÍA BASAL

Resultados:

CONTROL BIOLOGICO

Resultados:

OTRAS PRUEBAS ESPECIALES:

- Marcadores biológicos específicos de estrés:

- Otras pruebas especiales:

Resultados:

4. VALORACIÓN

		VALORACIÓN CLÍNICA				VALORACIÓN RELACIÓN CON EL TRABAJO			
		Sin hallazgos (Ausencia de signos y síntomas)	Caso posible (Presencia de Síntomas)	Caso probable (Presencia de síntomas y signos / signos)	Caso confirmado: Diagnóstico de certeza	Daño derivado del trabajo	Daño agravado por el trabajo	Daño no laboral	No clasificable
SISTEMA OSTEO-MUSCULAR	Columna								
	Extremidades superiores								
	Extremidades inferiores								
SISTEMA CARDIOVASCULAR									
PIEL									
APARATO DIGESTIVO									
SOMATIZACIONES									
SALUD MENTAL									

APTITUD

APTO ☐	APTO CON LIMITACIONES ☐ Especificar:
NO APTO ☐	PENDIENTE DE CALIFICACIÓN ☐

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

Apto con limitaciones o determinadas restricciones

A. Recomendaciones personales: El trabajador podrá desempeñar las tareas habituales del puesto de trabajo al que está destinado, pero cumpliendo con las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud.

B. Recomendaciones laborales:

B.1. Adaptativas: implican la adaptación de todo o parte del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias de su puesto de trabajo.

B.2. Restrictivas: implican la no realización total o parcial de tareas muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.

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

Pendiente de calificación: Calificación que recibe el trabajador que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de determinar su aptitud.

Nivel de Intervención 4.- Deriva

- ☐ 0.- No procede derivación alguna
- ☐ 1.- Mediante consejo médico personalizado en el mismo momento del reconocimiento
- ☐ 2.- Mediante consejo médico personalizado a través del informe de resultados para el trabajador
- ☐ 3.- Mediante documento de derivación al servicio público de salud (atención primaria y/o especializada) (ver anexo III)
- ☐ 4.- Mediante documento de derivación a la entidad gestora por contingencia profesional (Ver Anexo III)

RECOMENDACIONES SANITARIAS, LABORALES Y LEGALES. PERIODICIDAD.

Fecha del próximo examen de salud

A determinar en función de los criterios establecidos de periodicidad de vigilancia de la salud siguientes:

____ / ____ / 20____

PUNTUACION

EDAD

< 18 AÑOS	1
18-25 AÑOS	0
26 - 50 AÑOS	2
> 50 AÑOS	3

VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PUESTO DE TRABAJO

BAJO	0
MEDIO	1
ALTO	2
NO CLASIFICADO	1

DAÑO DETECTADO EN RELACION CON EL TRABAJO (provocado o agravado)

SIN HALLAZGOS (ausencia de signos y/o síntomas)	0
CASO POSIBLE (presencia de síntomas)	1
CASO PROBABLE (presencia de signos y síntomas)	3
CASO CONFIRMADO (diagnóstico de certeza)	3

APTITUD

APTO	0
APTO CONDICIONADO	1

INDICACION LEGAL (periodicidad mínima legalmente establecida)

SIN INDICACION	0
CON INDICACION	1

RESULTADO

PERIODICIDAD MÍNIMA RECOMENDADA

SUMA

BIENAL	<2
ANUAL	2 - 6
INFERIOR A UN AÑO	> 6

Nombre, firma y nº de colegiado del facultativo.

Firma

FECHA:

ANEXO 2

***Modelo de documento
para derivación***

ANEXO II.- PROTOCOLO PSICOVS2012: DOCUMENTO DE DERIVACIÓN

☐ SERVICIO PÚBLICO SALUD

☐ MUTUA

DATOS DEL TRABAJADOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____ **FECHA NACIMIENTO:** _____ **SIP:** _____

DOMICILIO: _____

PROVINCIA: _____

TELEFONO: _____

PUESTO DE TRABAJO (CNO): _____

ANTIGÜEDAD: _____

RIESGOS: _____

PROTOCOLOS DE VISGILANCIA DE SALUD: _____

SERVICIO DE PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES: _____

TELEFONO: _____

NOMBRE MEDICO DEL TRABAJO: _____

FECHA EXAMEN DE SALUD: _____

DIAGNOSTICO CIE 9: _____

VALORACIÓN CLÍNICA:

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

OBSERVACIONES: _____

FDO:
ESPECIALISTA MEDICINA DEL TRABAJO
Nº COLEGIADO:

NOTAS



Departamento de Desarrollo de Proyectos e Innovación
SGS Tecnos SA



OSALAN
Instituto Vasco
de Seguridad y
Salud Laborales

Proyecto de investigación financiado por OSALAN conforme a la **RESOLUCIÓN** de 23 de noviembre de 2012, de la Directora General de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, por la que se resuelve la concesión de subvenciones para **Proyectos de Investigación** en materia de prevención de riesgos laborales.

(BOPV núm. 243, de 17 de diciembre de 2012)



Proyecto subvencionado por:



OSALAN
Instituto Vasco
de Seguridad y
Salud Laborales