



MONOGRAFÍAS DE GESTIÓN EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO

**Universidad de Santiago de Chile
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Psiquiatría**

Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental

Salud Mental y Trabajo

Dr. Manuel Parra Garrido **Diciembre de 2001**

Director Programa
de Gestión en Salud Mental y Psiquiatría:
Dr. Rafael Sepúlveda
rafaelsepulveda@terra.com

Contenido

- Salud mental en el trabajo: desarrollo de la teoría
- El lugar de trabajo como espacio para la promoción de la salud mental y la rehabilitación
- Magnitud de problemas de salud mental relacionados con el trabajo
- Modelos explicativos del estrés en el trabajo y riesgos psicosociales
- El modelo de control - demanda
- El modelo de ajuste persona - entorno
- Modelos transaccionales y resumen de Cooper de la dinámica del estrés en el trabajo
- Salud mental de las trabajadoras
- Modelos de intervención para la gestión y la promoción de la salud mental en el trabajo
- Intervención desde los niveles institucionales
- Tipos de intervención preventiva en la empresa
- Intervenciones para el gerenciamiento del estrés
- El ciclo de control como modelo para el estudio y la intervención en estrés en el trabajo
- Salud mental y trabajo en Chile
- Conclusiones
- ¿Cómo intervenir en una situación concreta?
- Bibliografía

SALUD MENTAL Y TRABAJO

RESUMEN

DR. Manuel Parra Garrido*

Las preocupaciones por efectos negativos del trabajo moderno sobre la salud mental surgen desde inicios de la sociedad industrial; diversos desarrollos teóricos han convergido en las teorías actuales sobre estrés laboral y riesgos psicosociales. Aunque se afirma que el estrés laboral sería hoy un problema principal de salud laboral, también se advierte contra el uso indiscriminado del concepto de estrés como algo nocivo y se rescata el carácter protector de la salud mental que tiene el trabajo. Como tópicos especiales se revisan la discriminación laboral contra personas con enfermedad mental y los aspectos de género y salud mental laboral. Se revisan tres modelos que, partiendo de teorías del estrés, fueron diseñados para intervenir en situaciones concretas (control - demanda; ajuste persona - entorno; ciclo de control). Revisión sistemática con un enfoque de medicina basada en evidencias sugieren que las intervenciones más efectivas son las realizadas a nivel individual, aunque se constata que se informan poco los resultados organizacionales de las mismas. Intervenciones en la organización evaluadas más sistemáticamente indican pocos resultados efectivos. La revisión de trabajos realizados en Chile muestra algunos tópicos privilegiados (alcohol y drogas, accidentes, neurotoxicidad, trabajadores de la salud), con pocos informes de intervenciones orientadas al cambio. (Palabras claves: Salud mental ocupacional - Estrés laboral - Gestión del estrés)

Salud mental en el trabajo: desarrollo de la teoría

El estudio de las vinculaciones entre el trabajo y la salud mental se ha desarrollado en un terreno de intersección de disciplinas y de diversidad de enfoques teóricos que, en cierto modo, se relacionan con los conceptos que se tengan del trabajo y de la salud mental.

El trabajo en la actualidad es una realidad compleja y heterogénea, que se realiza en múltiples modalidades cuyo elemento en común es estar orientado por la lógica de desarrollo de la sociedad capitalista, que plantea la convergencia de individuos movidos por necesidades económicas que confluyen en el mercado de trabajo; dichas necesidades no son idénticas entre los individuos y conllevan intereses distintos, lo cual implica

reconocer en el trabajo un espacio de conflicto, a la vez que de convergencia. El trabajo es concebido como creación de utilidad, de riquezas o de servicios o como organización social de la lucha contra la naturaleza (Friedmann, 1963).

Desde que comenzaron las transformaciones del trabajo en la sociedad capitalista se han estudiado las vinculaciones entre trabajo y salud. Con objetivos preventivos y terapéuticos, la medicina del trabajo ha descrito y reconocido un conjunto de patologías a partir del paradigma de demostración de la relación causal entre el trabajo y el daño a la salud; su objeto de estudio han sido el trabajo como actividad visible y objetiva y los órganos y aparatos del organismo humano cuya función se ve alterada en una circunstancia dada, describiendo patologías de órganos sensoriales, del aparato respiratorio, entre otros. Parecería lógico que el desarrollo de

***Manuel Parra Garrido**

Médico, egresado del Programa de Especialización en Psiquiatría Adultos y Gestión en Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Especialista en Salud Ocupacional, ex-jefe de Unidad de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo en la Dirección del Trabajo del Gobierno de Chile; consultor del Centro de Estudios de la Mujer en temas de salud ocupacional y género.

esta disciplina lleve al estudio de los efectos del trabajo en la salud mental, buscando la precisión de la relación causa - efecto; pero aquí se choca con una dificultad obvia: ¿en qué consiste el daño a la salud mental?; siendo la mente una entidad abstracta y virtual, resulta dificultoso aplicar el paradigma de la medicina del trabajo con las mismas herramientas con que se ha utilizado para la investigación en otros sistemas corporales.

En un Tratado clásico sobre enfermedades de los trabajadores (Ramazzini, 1746), se afirma, en relación a las enfermedades de escribanos y amanuenses, *“Pero lo peor de todo es la aplicación continua e intensa de la mente; al escribir, todo el cerebro con sus nervios y fibras están altamente en tensión y sobreviene una privación de su debido tono. Entonces surgen cefalalgias, inflamaciones de la cabeza, ronqueras y fluxiones de los ojos, producidos por mirar constantemente el papel. Estos infortunios ocurren principalmente a filósofos, aritméticos, comerciantes y secretarios, cuyas mentes a menudo están perplejas con una multitud de letras y por la variedad de materias que deben escribir”*; más adelante el tratadista sugiere medidas basadas en la medicina hipocrática para “preservar la cabeza”. Un siglo más tarde, un tratadista inglés que también se refiere a las relaciones entre la salud y el ejercicio de las artes, comercios y profesiones, Charles Turner Thackrah (1795 - 1833), plantea *“La civilización ha cambiado nuestro carácter de mente así como de cuerpo. Vivimos en un estado de excitación no natural; no natural porque es parcial, irregular y excesiva... nuestro sistema nervioso se desgasta por exceso de acción. La energía vital es apartada de las operaciones para las cuales la naturaleza las diseñó y dedicada a operaciones que la naturaleza nunca contempló... podemos sin duda afirmar que la aplicación sin orden de la mente, las preocupaciones, ansiedades y desencantos de la vida comercial lesionan grandemente los poderes físicos”*; junto con considerar que la civilización [el desarrollo del capitalismo en Inglaterra] es causa de enfermedad, el autor considera que la excesiva aplicación de la mente es incompatible con un estado sano del cuerpo y más adelante plantea la pregunta

“...¿por qué esta perversión de la naturaleza... para obtener riqueza y así incrementar nuestros medios de felicidad. Pero ¿compensará la riqueza por los males que creó? ...¿desterrará estos miles de sentimientos nerviosos o hipocondríacos que producen más miseria que cualquier enfermedad orgánica?”

Los tratadistas de los siglos XVIII y XIX, observando los efectos de las primeras fases del desarrollo del capitalismo habían sugerido 3 componentes de la relación salud mental - trabajo que sólo han sido resueltos parcialmente con posterioridad y, sobre todo, son objeto de polémica hasta el presente:

- El trabajo puede tener un efecto nocivo sobre la salud mental y, por esta vía, provocar malestares físicos.
- El mecanismo patogénico involucraría un cierto desajuste de la energía del sistema nervioso (actividad continua e intensa de la mente, exceso de acción del sistema nervioso).
- El desajuste se debería al carácter “no natural” del trabajo.

Estas tres ideas penetran algunos modelos explicativos y de intervención hasta la actualidad. Durante todo el siglo XX se realizarían esfuerzos para entender y explicar los mecanismos del “desajuste de la energía del sistema nervioso”, desarrollándose el concepto de fatiga mental, aunque siempre con resultados poco convincentes y abiertos a la sospecha; en 1919, Spaeth se lamentaba de que los intentos por demostrar un intercambio de energía comparable a la cantidad de trabajo mental fracasaban (siguiendo un modelo derivado de los estudios del trabajo muscular). McDowall (1929) resume el estado de las teorías al iniciarse la década de 1930, señalando que es “evidente la existencia de dos tipos de fatiga: muscular y nerviosa”; la fatiga podría aparecer por sobreuso de sinapsis en cerebro o médula y, por tanto, las pausas de reposo sirven tanto al músculo como a los centros nerviosos.

Posteriormente se hace abandono de la explicación basada en las teorías mecanicistas de los intercambios de energía, pero se adopta el concepto de estrés para definir el conjunto de reacciones adversas provocadas por el trabajo; considerando que Selye tomó el vocablo de la ingeniería (presión triaxial por unidad de superficie) y que le da la connotación de movilización general e inespecífica de energía, no pasó mucho tiempo antes de que el nuevo concepto reemplazara las teorías anteriores en el campo del trabajo (Hogue, 1989), sin un avance efectivo en cuanto a explicar las relaciones entre trabajo y salud mental, según lo exige el paradigma causa - efecto.

El concepto de estrés en el trabajo ha dado origen a una enorme cantidad de literatura en que se abordan desde las hipótesis moleculares de la respuesta de estrés hasta los modelos de intervención en la empresa para su manejo y prevención, sin que se evidencie un claro consenso en los aspectos que se tocan. Se le ha usado en tan diferentes contextos y situaciones y por tantos diferentes tipos de personas (investigadores y profanos), que casi resulta imposible en la actualidad llegar a un acuerdo respecto de una definición común (Orth-Gomer, 1999). Incluso una línea de investigación, siguiendo los enunciados originales de Selye, recuerda que el estrés, siendo la capacidad de todo ser viviente de ser estimulado por su ambiente y manifestación de la potencialidad de reaccionar, es expresión de la vida y convoca a eliminar la asociación “tan sistemática establecida entre estrés y trabajo” y poner más la atención en la interpretaciones individuales que se hacen de los estímulos (Abramovici, 1989).

El uso de la noción de estrés en el trabajo para explicar los efectos nocivos de éste sobre la salud física y mental es defendido por diversas líneas de investigación, entre ellas la que plantea el desajuste entre una respuesta adaptativa desarrollada evolutivamente en el medio natural, sobre millones de años, y la aparición de esta respuesta en un medio no natural que cambia vertiginosamente, como es el trabajo; las demandas actuales del trabajo siguen gatillando las respuestas “fit for fight” que permiten la sobrevivencia; lo inapropiado

de esta respuesta biológica en el medio laboral socialmente construido sería lo relevante del tema del estrés laboral actualmente (Frankenhaeuser, 1989). Esta misma idea de desfase entre las características biológicas de los seres humanos y el ambiente “no natural” creado por el trabajo, es expresada por Levi (1998), haciendo hincapié en los datos informados por la Oficina Central de Estadísticas de Suecia en la década de los 1980s: 11% de trabajadores suecos expuestos a ruido ensordecedor, 15% en tareas que ensucian mucho, 17% en jornada de trabajo incómoda, 26% mantiene una actitud meramente instrumental ante su trabajo, como medio para obtener salario, 34% en trabajos que consideran mentalmente pesados, entre otros datos.

Según se constata en un informe reciente publicado por el Health and Safety Executive (agencia británica para la inspección y promoción de la salud y seguridad en el trabajo) en los últimos 30 años se han producido miles de artículos de investigación que tocan aspectos de la salud mental en el trabajo; lamentablemente, según el mismo informe constata, no se ha puesto suficiente cuidado en la validez y confiabilidad de los datos, en parte por una debilidad de los modelos teóricos que sustentan las investigaciones; sobre los instrumentos utilizados para medir estrés en el trabajo llama la atención por la falta de evaluación de las propiedades psicométricas de los cuestionarios que generalmente se utilizan; es decir, aunque hay un cambio en los conceptos, las dificultades de medición del fenómeno siguen presentes (IES, 2001).

En paralelo a esta línea de desarrollo, y también arrancando desde las descripciones originales de Ramazinni y Turner Thackrah, se ha intentado definir con claridad y precisión trastornos mentales generados por el trabajo, acuñándose entidades como “Neurosis profesionales”, “Neurosis de telefonistas y mecanógrafos”, que se han visto desdibujadas por cambios en los criterios diagnósticos y en las teorías que las sustentan, al punto de tornarse incomparables de una a otra época; ello resulta evidente si se comparan los artículos de Legge (1938), quien propone una nueva entidad patológica causada por el trabajo que denomina

Neurosis Profesional y de Cifuentes e Ibieta (1997), quienes se refieren a los criterios diagnósticos de las neurosis profesionales en Chile; ambos describen dos entidades absolutamente disímiles, según se puede observar en la Tabla N° 1, aunque las dos definiciones comparten el criterio de ausencia de sustrato orgánico demostrable.

Bensaid y Dejours (1994) comentan la impasse que se generó en la búsqueda clínica de trastornos mentales ocasionados por el trabajo, línea de investigación que no pudo poner en evidencia otras patologías específicas del trabajo; consecuentemente, las corrientes francesas abandonaron la búsqueda de la patología específica y se orientaron por diversas vías hacia la promoción de un trabajo que salvaguarde la integridad física y psíquica.

El paradigma de la relación causal trabajo - salud aspira a la explicación biológica, pero es moldeado por factores institucionales que canalizan las relaciones laborales, fundamentalmente en este caso, por los sistemas de compensación. Es decir, en la descripción y reconocimiento de daños a la salud

en el trabajo es posible reconocer un acoplamiento entre las señales biológicas (síntomas y signos) y los factores institucionales (sistema de compensación y estado de las relaciones laborales), a veces estos últimos más amoldados al síntoma, pero muchas veces los síntomas amoldados a lo institucional.

Tener presente este hecho es particularmente importante en lo que se refiere a la salud mental en el trabajo en que, por un lado, las señales biológicas emergen de un sistema impreciso y, del otro lado, los factores institucionales reconocen una variedad de modalidades de un país a otro y en diferentes épocas. El origen de estos factores institucionales se insinúa en una observación que hace Gillon (1963) al discutir posibles roles de la psiquiatría al interior de la empresa; señala que cuando aparecen problemas en el campo de la salud mental, los trabajadores ponen el acento en las circunstancias del trabajo y en las consecuencias para su salud, pero los empleadores ponen el acento en la producción eficaz y en la disciplina; ello obliga al concurso de disciplinas distintas, en particular el apoyo de la sociología.

TABLA N° 1. DEFINICIÓN DE NEUROSIS PROFESIONAL

Referencia	Concepto de Neurosis Profesional	Cuadros típicos Calambre de los telegrafistas Calambre de los escribientes Nistagmo de los mineros
(Legge, 1934)	Cuadros que resultan de la repetición constante del mismo acto (complejo y perfeccionado por la práctica) donde los músculos concernidos son objeto de una tensión prolongada más que intermitente; habría un debilitamiento de los mecanismos de control central del cerebro en individuos que presentan inestabilidad nerviosa. Lo central del cuadro es que aparecen espasmo e incoordinación muscular, en músculos sanos que reaccionan normalmente a estimulación eléctrica y en donde no se puede demostrar afección de los nervios	
(Cifuentes e Ibieta, 1997)	Definición basada en la legislación chilena actual: Enfermedad mental sin sustrato orgánico demostrable, causada de manera directa por el riesgo de tensión psíquica en un trabajo (actividad remunerada) en que se pueda demostrar el agente de riesgo psicosocial que antecede a la aparición de tensión psíquica; el concepto de "tensión psíquica" exigido por la ley, se hace sinónimo de disminución del bienestar o de aparición de síntomas psiquiátricos.	Cuadros neuróticos con síntomas: Ansiosos Depresivos Somatomorfos Conversivos Disociativos

El informe antes citado del Health and Safety Executive constata otro hecho: los actores laborales (empleadores, trabajadores) reportan actividades de intervención que no se basan en estudios y que, después de ser interrogados acerca de ello, se dan cuenta que sus actividades han tenido o se espera que tengan algún impacto en la salud mental; es decir, hay intervenciones empíricas y aplicadas que no constituyen modelos, en tanto no ha habido una sistematización de ellas (IES, 2001).

Si se entiende que la salud mental tiene que ver con la búsqueda del bienestar psicológico, adquieren importancia otros aspectos del trabajo distintos al margen estrecho impuesto por el paradigma causa - efecto. Como se ha señalado antes, el trabajo es una actividad humana en la cual se relacionan individuos que convergen con intereses distintos; el trabajo es un fenómeno colectivo en el cual las personas con los mismos intereses tienden a agruparse, constituyéndose en actores sociales. Sin duda, la búsqueda del bienestar psicológico es uno de los intereses que mueve a trabajadores y trabajadoras y será posible que se desarrollen acciones concertadas para su promoción. Cuando se investiga y se formulan propuestas en el ámbito de la salud mental en el trabajo, se suele olvidar este aspecto crucial de la vida laboral; por ejemplo, en una determinada situación histórica, la acción decisiva para proteger el bienestar psicológico puede ser la fuerza de un sindicato para negociar y obtener medidas que preserven el empleo. Según destaca Martínez (1997), factores institucionales como la capacidad negociadora de los sindicatos a nivel nacional y la disposición de los empleadores al acuerdo social han permitido en Suecia el desarrollo de la salud mental en el trabajo, partiendo desde las investigaciones sobre estrés realizadas por Gardell, Frankenhaeuser, Levi, Theorell, entre otros hasta la intervención y aplicación de modelos en la empresa.

La propensión al accidente (accident - prone individual) ha sido un tema recurrente en los análisis de salud mental en el trabajo; este concepto supone que los accidentes les ocurren a individuos propensos a ello y ha servido de pretexto para no insistir a veces en las medidas preventivas; al

mismo tiempo, las investigaciones que exploraban el factor humano en el accidente eran consideradas como “pro-empleadores y políticamente incorrectas”; pero en las tendencias actuales, el foco no está puesto en el individuo que se accidenta, sino en las conductas de todas las partes involucradas, con la intención de aportar efectivamente a la prevención: por ejemplo, las personas pueden asumir riesgos desmedidos e inaceptables no por propensión sino porque las recompensas salariales (relativas) lo empujan o, en otros casos, los errores no intencionales pueden revelar un desequilibrio entre las capacidades y las demandas (Sundström-Frisk, 1996).

Fuera del paradigma de la relación causa - efecto se ubica otro aspecto que se tiende a no considerar, a saber, el carácter protector y promotor de salud que posee el trabajo; esto está dado no sólo por la ganancia económica individual y social involucrada, sino por el carácter esencial de relación entre personas que implica todo trabajo, directa en la ejecución de la tarea e indirecta a través del mercado. Interesa en esta perspectiva el trabajo como situación estructurante de la personalidad y favorable al equilibrio psíquico (Bensaid y Dejours, 1994).

El lugar de trabajo como espacio para la promoción de la salud mental y la rehabilitación

En esta revisión conviene también abordar la relación positiva entre trabajo y salud mental; la investigación sobre estrés ha puesto énfasis en los aspectos negativos, pero un hecho recogido frecuentemente en encuestas epidemiológicas es que el mayor riesgo se encuentra entre quienes pierden el trabajo o no pueden ingresar al mercado de trabajo. Para las personas con discapacidad mental es particularmente difícil ejercer el derecho a un trabajo decente y productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, según plantea el mandato de la Organización Internacional del Trabajo. (Phyllis y Liimatainen, 2000).

Las personas con problemas de salud mental se ven enfrentadas a dificultades institucionales,

ambientales y barreras actitudinales para hallar trabajo o para retornar a su empleo después de un tratamiento. Se ha reportado que personas con depresión tienen dificultades para mantener una relación libre de estigma con sus empleadores; además se ve afectada la percepción que tienen los demás acerca de sus capacidades profesionales.

El lugar de trabajo puede ser un ambiente adecuado para realizar una promoción en salud mental, como parte de la política de recursos humanos y de los servicios de salud ocupacional. La minimización de los estresores del lugar de trabajo y la promoción de prácticas que protejan la salud mental puede ser de ayuda en la prevención primaria, aunque se reconoce que los problemas son multicausales.

En el contexto impuesto por los rápidos cambios que experimenta el trabajo, lo anterior adquiere gran relevancia (aceleración del ritmo de la actividad económica, relaciones contractuales de corta duración, intensificación de la competencia)

En cinco países estudiados (Finlandia, Alemania, Polonia, Reino Unido y Estados Unidos), han aumentado la incidencia y costos de los problemas de salud mental en la última década, particularmente de depresión, en parte por cambios en los criterios diagnósticos. En esos países también se ha puesto atención a factores laborales que pueden gatillar depresión (inseguridad del trabajo, presión de tiempo, falta de oportunidades para el desarrollo de una carrera. Además existe una preocupación porque los cambios en el mercado de trabajo han alterado los límites tradicionales entre los dominios privado y laboral, conllevan un aumento en la carga de trabajo, los requerimientos del trabajo tienden a ser impredecibles y se ha reducido el margen de protección de la salud y seguridad en el trabajo (aunque algunos cambios se acompañan de reducción de la monotonía, mayor autonomía y aumento en la cooperación al interior de equipos de trabajo); en el caso de Polonia, cuyo sistema económico menos desarrollado se está transformando, los cambios se acompañan de desempleo, pobreza y menor seguridad.

La legislación en UK y USA sigue un enfoque anti-discriminación, introduciéndose leyes que

obligan a incorporar personas con discapacidad al trabajo y prohíben a los empleadores prácticas discriminatorias contra personas con problemas de salud mental. En Alemania y Finlandia se enfatizan los aspectos preventivos, desde la perspectiva de la prevención del estrés y de la organización del trabajo saludable; existen leyes contra la discriminación, pero se incluye en una misma categoría la discapacidad física y mental, lo que en la práctica implica que los empleadores privilegian la incorporación de personas con discapacidad física en desmedro de la discapacidad mental.

Los trabajadores que sufren problemas de salud mental generalmente acceden a servicios de la atención primaria, reservándose los servicios especializados para los casos más complejos y graves; en los servicios de salud ocupacional en Finlandia (que cubren al 90% de la fuerza laboral) la salud mental no forma parte de sus responsabilidades; en cambio, en USA y UK se han comenzado a implementar Programas de Asistencia a los Empleados, que proveen consejería a los trabajadores.

Aparte del desarrollo de instituciones especializadas a nivel de gobiernos, se pone énfasis en la colaboración entre organizaciones de empleadores y de trabajadores para tratar temas como violencia en los lugares de trabajo, presión de tiempo, estrés e impacto de la tecnología.; las ONG han demostrado jugar un rol importante en promover la preocupación por la salud mental.

Se reconoce que es difícil cuantificar el impacto del trabajo por sí mismo en la salud mental del individuo, aunque no se duda en reconocer que ejerce influencia clave; por ello, se plantea que no se puede traspasar la responsabilidad por los problemas y su prevención exclusivamente a los empleadores.

En USA, alrededor del 40% al 60% de los sitios de trabajo con más de 50 empleados ofrecen algún tipo de programa de salud mental, incluyendo educación a los trabajadores (promoción de la salud y prevención de enfermedades), entrenamiento de los niveles de mando, programas de asistencia a

trabajadores, diseño y administración de programas de subsidios, desarrollo de servicios de salud. En Finlandia, el abordaje parte de una base tripartita y se pone énfasis en aspectos preventivos: ambiente de trabajo (seguridad laboral y ergonomía), gestión y organización del trabajo (diseño de los puestos, metas claras, buena comunicación, independencia y autonomía del trabajo), oportunidades de aprendizaje y promoción de la salud; sin una orientación directa hacia la salud mental, este enfoque apunta a los temas esenciales. En Alemania, la experiencia de los “círculos de salud” ha permitido el abordaje colaborativo de los problemas: todas las partes involucradas identifican conjuntamente los problemas y riesgos para la salud en el ambiente de trabajo y desarrollan soluciones.

En todos los casos, un paso fundamental es el reconocimiento de que los problemas de salud mental son importantes.

Una política de salud mental en el lugar de trabajo ayuda a promover el bienestar psicológico, a reducir el estigma asociado a la enfermedad mental y entregar asistencia adecuada a los trabajadores que sufren problemas derivados del estrés o de problemas más serios de salud mental.

Magnitud de problemas de salud mental relacionados con el trabajo

Según Rick y Briner (2000), el 2° lugar de las causas de ausentismo en el Reino Unido lo ocupa el grupo de estrés, ansiedad y depresión, detrás de los trastornos musculoesqueléticos. Mediciones realizadas en Inglaterra mediante el General Health Questionnaire, indicaron un aumento en el porcentaje de trabajadores que reportan estrés sobre niveles umbrales, desde 10% en 1983 a 18% en 1993; esto se atribuye a los cambios económicos ocurridos en ese período de tiempo: por una parte, se habría incrementado la incerteza acerca de la mantención del empleo y, por otra parte, habrían aumentado las presiones de tiempo en el trabajo (Firth-Cozens, 2000).

La Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo, en el año 2000, realizada en todos los países

miembros de la Unión Europea (21.500 personas entrevistadas) mostró que los 4 problemas de salud relacionados con el trabajo más frecuentemente reportados eran: lumbalgias, 33%; estrés, 28%; cervicobraquialgias, 23%; burn-out, 23%. El estrés, los problemas musculoesqueléticos y la incidencia de accidentes aparecen más elevados en situaciones de trabajo a gran velocidad y con plazos rígidos (Paoli y Merllié, 2001).

Un informe del año 1966 en USA señalaba que el estrés psicológico era un hecho cada vez más frecuente en el lugar de trabajo, presentando nuevas y sutiles amenazas para la salud mental y posible riesgo de enfermedades cardiovasculares. 30 años después, el estrés es una de las principales causas de incapacidad laboral: 13% en Northwestern National Life, aseguradora, en 1991; 11% en National Council on Compensation Insurance, en 1985 (Sauter et al, 1998). Según la Oficina de Estadísticas del Trabajo de los Estados Unidos, el diagnóstico “reacción neurótica al estrés” es el cuarto trastorno que produce mayor discapacidad en el lugar de trabajo y se estima que los problemas asociados al estrés tienen un costo de 200 mil a 300 mil millones de dólares al año para la industria estadounidense (Federación Mundial para la Salud mental, 2000). Se han acumulado evidencias sobre la relación entre la experiencia de estrés en el trabajo y diversos aspectos de la salud física y mental. La Tabla N° 2 presenta una breve síntesis (NIOSH, 1999).

Los datos empíricos producidos sobre la base del modelo de control / demanda (ver más abajo detalles de este modelo) han sido particularmente interesantes en demostrar asociaciones entre situaciones de alta tensión en el trabajo y enfermedades físicas; el modelo propone un cruce de dos dimensiones -control sobre el trabajo y demandas del trabajo- que arroja cuatro categorías posibles, dos de las cuales predicen efectos negativos: trabajos de alta tensión (alta demanda y bajo control) y trabajos pasivos (baja demanda y bajo control). Se ha demostrado una fuerte asociación entre trabajos de alta tensión y enfermedad cardiovascular, en forma independiente y también mediada por la coexistencia de factores de riesgo como tabaquismo, sedentarismo y presión arterial (Karasek, 1998).

TABLA N° 2. EFECTOS DEL ESTRÉS EN EL TRABAJO SOBRE LA SALUD

Sistema	Efectos
Cardiovascular	Trabajos psicológicamente demandantes que permiten poco control de parte de los empleados aumentan riesgo de enfermedad cardiovascular.
Musculoesquelético	Se estima que el estrés aumenta el riesgo de desarrollar trastornos musculoesqueléticos de extremidades superiores y espalda.
Trastornos psicológicos	Diferencias en las tasas de problemas de salud mental entre ocupaciones se deberían en parte a distintos niveles de estrés en el trabajo, aunque diferencias económicas y de estilos de vida entre las ocupaciones pueden contribuir.
Accidentes del trabajo	Crecientemente se sospecha que el trabajo estresante interfiere con las prácticas seguras de trabajo, favoreciendo la incidencia de accidentes.
Suicidio, cáncer, úlceras y alteraciones inmunológicas	Aunque se han sugerido relaciones en estas áreas, se requiere más investigación.

Fuente: NIOSH (1999)

Otros efectos que interesan desde el punto de vista de la salud mental son las conductas que se desencadenan asociadas al estrés y el impacto sobre el bienestar en general. Se ha hecho mención anteriormente al ausentismo, pero además se plantea que el estrés influye en conductas como el tabaquismo y la drogadicción; los datos en este ámbito se basan en cuestionarios autoaplicados y en estudios de corte transversal, y a veces no se controlan bien otros factores; por ejemplo, se ha atribuido la mayor incidencia de tabaquismo en el trabajo de enfermería al estrés y a la falta de apoyo social; en relación al consumo de alcohol, se acepta que el estrés es uno más de los componentes de una asociación multifactorial con esta conducta, que incluye aspectos socioculturales, económicos, familiares, etc. (Shirom, 1998).

En los últimos años se ha enfatizado con insistencia en las investigaciones, tanto en países industrializados como en otras regiones del mundo, incluyendo América Latina, que los cambios en el trabajo han tenido consecuencias negativas sobre la salud mental; las empresas han disminuido de tamaño al mismo tiempo que los Estados han reducido las protecciones otorgadas hasta las década de los 1970s; la apertura de mercados y

las iniciativas de integración económica se han traducido en aumento de la competencia que repercuten en aumento de la intensidad del trabajo. Las encuestas advierten que los dos problemas más importantes que afectan la salud de los trabajadores son problemas musculoesqueléticos y problemas de salud mental y algunos estudios indican factores comunes en su génesis. Sin embargo, paradójicamente se sugiere que se desarrollen más investigaciones cuyos resultados sean válidos, confiables y útiles (Briner y Fingret, 2000).

Modelos explicativos del estrés en el trabajo y riesgos psicosociales

Los textos que se refieren a la salud mental en el trabajo suelen coincidir en basarse en la teoría del estrés desarrollada por Selye para explicar los procesos que desencadenaría el trabajo sobre las personas. Inicialmente se investigaron aspectos materiales del trabajo que podían gatillar respuestas de estrés, pero después se agregan los aspectos organizacionales y se pone atención a la interacción con los procesos psicológicos del trabajador (percepciones y experiencias), surgiendo el concepto de “factores psicosociales”: “...consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones

de su organización, por una parte y, por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo...” (Comité Mixto OIT-OMS, 1984). La Tabla N° 3 enumera los factores psicosociales de acuerdo a lo que proponían entonces OIT-OMS.

Los estudios desarrollados bajo el paradigma resumido en la Tabla N° 3 han informado asociaciones entre aspectos psicosociales y diversos indicadores de resultado, por ejemplo:

- Secreción de corticosteroides y catecolaminas: trabajo a destajo, trabajo en turnos, responsabilidad por terceros.
- Reacciones cardiovasculares: responsabilidad por terceros, sobrecarga de trabajo, irregularidad de ciclo trabajo - descanso.
- Consecuencias psicológicas y trastornos psicossomáticos: tareas repetitivas, sobrecarga de trabajo, duración del trabajo, falta de participación, inseguridad del empleo, monotonía
- Rendimiento en el trabajo: sobrecarga.
- Ausentismo y rotación: insatisfacción (de origen multifactorial).
- Consumo excesivo de tabaco y alcohol.

TABLA N° 3. FACTORES PSICOSOCIALES DEL TRABAJO
(COMITÉ MIXTO OIT - OMS, 1986)

Categoría	Ejemplos	
Medio ambiente físico de trabajo	Ruido Condiciones térmicas	Vibraciones Agentes químicos
Factores propios de la tarea	Sobrecarga cuantitativa Sobrecarga cualitativa	Trabajo monótono Falta de incentivos
Organización del tiempo de trabajo	Duración diaria de la jornada Duración semanal de la jornada	Trabajo en turnos
Modalidades de la gestión y del funcionamiento de la empresa	Carácter ambiguo o contradictorio de la función Responsabilidad por seguridad de terceros	Relaciones en el lugar de trabajo Introducción de cambios en el lugar de trabajo Participación
Cambios tecnológicos	Industrialización	Introducción de nuevas tecnologías
Otros factores	Desempleo Inestabilidad del empleo	Subempleo

Fuente: Comité Mixto OIT-OMS (1986)

La lista de asociaciones entre factores psicosociales y bienestar es extensa. Pero las investigaciones tienen algunas debilidades, noción en la cual coinciden Cox et al (2000) y Rick y Briner (2000): los factores psicosociales admiten un gran margen de diferencias individuales en sus efectos, margen que es menor con los factores materiales del trabajo (la evaluación cognitiva es importante); el efecto de los factores psicosociales es inespecífico -aunque el listado anterior parezca indicar lo contrario, en cambio los factores materiales suelen tener efectos predecibles; los factores psicosociales pueden tener efectos positivos y el resultado se mueve en un continuum de negativo a positivo; algunos de los indicadores de resultados listados más arriba no necesariamente traducen un estado de enfermedad y ni siquiera de malestar inespecífico.

El modelo de control - demanda

Dos investigadores, Robert Karasek y Töres Theorell, desarrollaron este modelo para explicar las relaciones entre los aspectos psicosociales del trabajo y la salud física y mental, la satisfacción en el trabajo y la productividad. En este modelo se plantea que se produce una interacción entre las demandas físicas y psicológicas del trabajo y la capacidad de los individuos de controlar el uso de sus capacidades y habilidades. De esta interacción surge entonces un modelo de cuatro casillas que representan 4 categorías psicosociales de trabajo, que se grafican en la Figura N° 1; la interacción de dos dimensiones (posteriormente ampliada con la dimensión "apoyo social" que le da una imagen tridimensional), se opone a la idea de una relación lineal entre características del trabajo y salud.

FIGURA N° 1. MODELO DE CONTROL / DEMANDAS

(KARASEK Y THEORELL, 1990)

		Demandas	
		Baja	Alta
Control	Bajo	Trabajo pasivo	Trabajo de alta presión
	Alto	Trabajo de baja presión	Trabajo activo

El modelo plantea entonces que un factor decisivo es la capacidad de ejercer el control sobre las decisiones para enfrentar las demandas del trabajo, según se ha anticipado en los ejemplos anteriores. Un trabajo activo predice resultados favorables, en tanto que un trabajo de alta presión predice consecuencias negativas.

Las investigaciones realizadas en diversos grupos laborales han tenido éxito en confirmar la validez predictiva del modelo de control - demanda. Por ejemplo, se ha visto en algunas investigaciones sobre depresión que esta enfermedad es 4 veces más frecuente en trabajadores expuestos a trabajos de alta presión, comparados con los expuestos a baja presión y que es 2 veces más frecuente entre personas expuestas a trabajos pasivos, comparados con los expuestos a trabajos activos. O sea, es más fácil enfermar de depresión cuando la demanda del trabajo es muy alta y la capacidad de control por parte del individuo es muy baja (Karasek, 1998).

La legislación del ambiente laboral en Suecia acude a los conceptos derivados de este modelo para fijar las obligaciones en los centros de trabajo, de modo que se garantice la posibilidad de control por parte de los trabajadores (Swedish National Board of Occupational Safety and Health, 1995); son obligaciones:

- adaptar las condiciones de trabajo a las aptitudes físicas y mentales de las diferentes personas.
- diseñar la tecnología, la organización del trabajo y el contenido de las tareas de modo que el trabajador no esté expuesto a presiones físicas o mentales.
- Evitar o limitar el trabajo estrechamente controlado o restringido.
- Asegurar que el trabajo entregue oportunidades de variedad, contacto social y cooperación, así como coherencia entre las diferentes operaciones.
- Asegurar que las condiciones de trabajo entreguen oportunidades para el desarrollo personal y vocacional, así como auto-determinación y responsabilidad profesional.

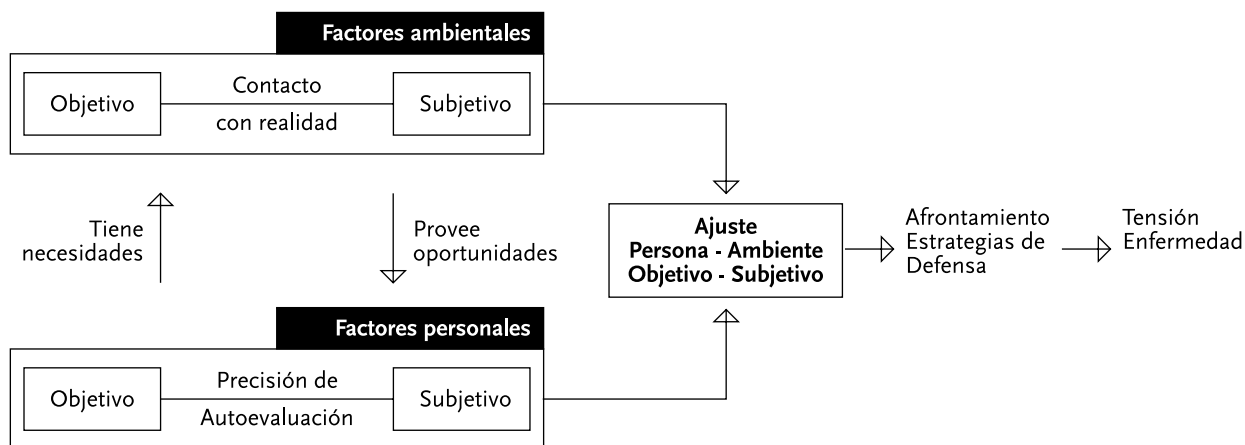
A pesar de su interés, el modelo de Karasek es criticado porque no considera las diferencias en susceptibilidad individual y capacidades de coping; además, se ha hecho la advertencia de que las evidencias iniciales de apoyo a la validez del modelo fueron entregadas por estudios de grandes conglomerados heterogéneos, por lo cual puede haber una influencia no medida de diferencias en estatus socioeconómico, por otra parte, muchas investigaciones han construido sus propias categorías de “demanda” y “control”, lo cual explicaría inconsistencias en los resultados (Cox et al, 2000).

El modelo de ajuste persona - entorno

La noción de ajuste tiene dos componentes básicos: el grado en que las actitudes y capacidades de un trabajador satisfacen las demandas de su trabajo y el grado en que el ambiente de trabajo satisface las necesidades del trabajador, en particular, cuánto de sus conocimientos y capacidades puede ejercer la persona en su trabajo (Cox et al, 2000). El estrés surgiría cuando se produce un desajuste en uno o ambos de esos aspectos. Diseño, contenido y naturaleza de la organización y del trabajo que se realiza contribuyen a los factores ambientales a los cuales se espera que se ajuste la persona. La Figura N° 2 sintetiza los componentes del modelo de ajuste persona - entorno.

La respuesta de estrés depende del individuo; se experimenta estrés cuando los individuos son incapaces de afrontar las demandas de la situación de trabajo; la noción de ajuste de la persona a su entorno es útil para entender, evaluar y manejar el estrés ocupacional: tanto el grado de ajuste como un pobre ajuste pueden estar mediados por procedimientos organizacionales, incluyendo diseño del trabajo y cambio en la gestión. Trabajo estresante sería más que un trabajo demandante; surge de una compleja interacción de muchos factores del ambiente de trabajo, la cantidad de control que los individuos tienen sobre las demandas y su capacidad para responder a ellas (Caplan, 1998).

FIGURA N° 2. MODELO DE AJUSTE PERSONA - ENTORNO



En este modelo se hace una clara distinción entre la realidad objetiva y las percepciones subjetivas, por un lado y entre las variables ambientales y las variables personales, de donde surge un sistema de combinaciones de 2×2 , pudiendo producirse una falta de ajuste en cualquiera de los 4 diferentes modos resultantes; la falta de ajuste se puede verificar en un plano objetivo o en un plano subjetivo, distinción que permitiría determinar las estrategias más adecuadas de intervención (Cox et al, 2000; Caplan, 1998).

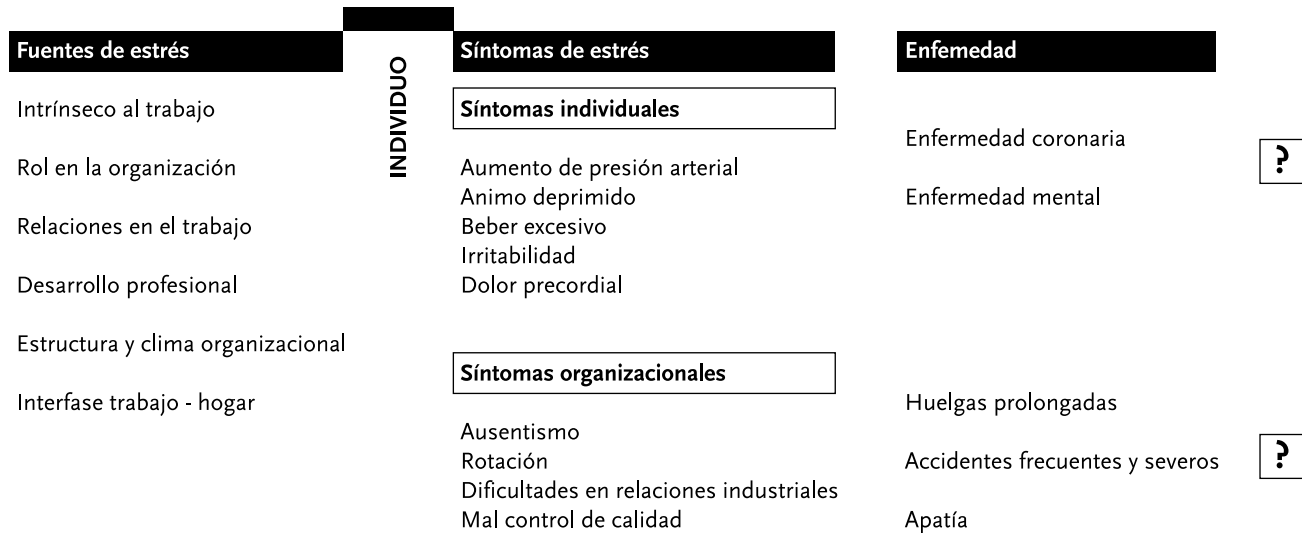
Modelos transaccionales y resumen de Cooper de la dinámica del estrés en el trabajo

Cox et al (2000) ofrecen una síntesis de modelos transaccionales del estrés, que en parte están implícitos en los modelos anteriores, pero que

han sido explícitamente desarrollados por Lazarus y Folkman y por Cox y Mackay. De acuerdo a estas aproximaciones al tema, el estrés sería un estado psicológico negativo que involucra aspectos cognitivos y emocionales; el estado de estrés involucraría la representación interna de transacciones particulares y problemáticas entre la persona y su ambiente; la valoración (appraisal) otorgaría significado a las transacciones, en un proceso que se resume en dos preguntas: ¿tengo un problema?; ¿qué pienso hacer con él?.

El estrés aparece cuando la persona percibe que no puede afrontar (coping) adecuadamente el problema, cuando el afrontamiento es importante o cuando las dificultades del afrontamiento causan preocupación o ansiedad.

FIGURA N° 3. MODELO DINÁMICO DE COOPER DEL ESTRÉS EN EL TRABAJO
(COX ET AL, 2000)



Según Cox, cuando la persona no tiene la capacidad necesaria o la competencia para terminar una tarea, su rendimiento será pobre; pero si no se da cuenta de ello (“no tiene un problema”) o si lo hace, pero no le importa o no lo genera una preocupación, no se puede hablar de un escenario de estrés (Cox et al, 2000). Por lo tanto, en la respuesta de estrés, se requiere, de acuerdo a este punto de vista, una valoración consciente del problema.

Finalmente, el esquema propuesto por Cooper (Cox et al, 2000) sintetiza las ideas de consenso en relación al estrés en el trabajo, como por ejemplo, que resulta de una interacción entre el sujeto y el entorno y no la simple acción mecánica y recepción pasiva de unos determinados factores y que en dicha interacción se reconocen grados de evaluación consciente (Figura N° 3).

Salud mental de las trabajadoras

Entre los cambios que experimenta el trabajo a nivel mundial está la creciente incorporación femenina al mercado de trabajo; esta mayor participación se verifica, sin embargo, en condiciones de desigualdad y discriminación, que se expresan en diferencias salariales, no reconocimiento de calificaciones (habilidades demandadas a las mujeres para ser contratadas, son entendidas como “naturales” por los empleadores y, por tanto, mal pagadas), acceso a puestos de baja calificación y pocas posibilidades de ascenso profesional, desigual reparto de responsabilidades domésticas, trabajos inestables en el tiempo, entre otras condiciones desventajosas. Una proporción considerable de trabajadoras latinoamericanas, incluyendo Chile, trabaja en Servicio Doméstico o en trabajos informales, fuera del alcance de medidas protectoras de su salud en general y de su salud mental en particular (Parra, 2001).

TABLA N° 4. SALUD MENTAL DE LAS TRABAJADORAS

Factores	Evidencias
Condiciones psicosociales Desbalance de demandas	Factor de riesgo para enfermedad psiquiátrica y menor bienestar psicológico.
Estatus del trabajo	Mayor nivel de estrés
Presión de tiempo	Riesgo de enfermedad y de menor bienestar psicológico
Otras condiciones psicosociales	Baja satisfacción en el trabajo, pobre apoyo social, dificultades relacionadas con el trabajo previas, dificultades con clientes/pacientes, atmósfera emocional pobre en el trabajo, miedo de hacer amistades, conflictos entre evaluación individual y la realizada por la compañía, acoso sexual y discriminación por sexo
Condiciones organizacionales	
Ritmo de trabajo	Cuando existen pocas posibilidades de influir en la situación o en el ritmo de trabajo, existe riesgo para la salud mental.
Trabajo en turnos	Problemático para las mujeres, pues deben enfrentar cargas de trabajo doméstico y familiares.
Otras condiciones organizacionales	Falta de concordancia entre las demandas y las capacidades; horarios rígidos; tener una alta responsabilidad (factor más estresante en mujeres que en hombres).
Factores individuales	
Afrontamiento	Las mujeres usan más el ejercicio y la búsqueda de apoyo en relación confidente como estrategia de afrontamiento, en tanto que los hombres recurren más al alcohol.
Vida familiar	
Relación de pareja	Vivir sin pareja es factor en estudios transversales, pero no en prospectivos.
Hijos	Hay estudios que no logran probar una mala relación entre bienestar psicológico y presencia de hijos pequeños en casa

Fuente: Bildt y Lindelow (1998).

El patrón de salud mental de las trabajadoras mujeres es distinto al de los hombres trabajadores (Bildt y Lindelow, 1998). En la Tabla N° 4 se resumen algunas evidencias.

Existen dudas de que los instrumentos que se usan sirvan por igual para hombres y mujeres, porque existen evidencias de que se le otorga significancia distinta a aspectos del trabajo; por ejemplo, sobre satisfacción en el trabajo, las mujeres destacan que les permita usar sus capacidades y calificaciones, en cambio los hombres destacan el control que ellos puedan ejercer sobre lo que hacen; el concepto de apoyo social, por otra parte, suele explorarse mediante el número de contactos y no sobre la calidad de esos contactos.

Uno de los aspectos más importantes en la salud mental de las trabajadoras es el vínculo entre trabajo y familia; sin embargo el paradigma monocausal de la salud ocupacional, que persigue la causa directa presente en el trabajo, casi por definición excluye la consideración de este aspecto y, si lo considera, es para derivar la responsabilidad por la compensación al ámbito extralaboral. Se ha detectado que el trabajo monótono es peor cuando existen problemas familiares; se informa en diversas investigaciones que hay 3 factores concluyentes de fuentes de tensión familiar: que los hijos sean afectados negativamente por el trabajo de la madre fuera de casa; que el trabajo invada la vida familiar; que la vida familiar invada el trabajo. Los dos

últimos, afectan particularmente a trabajadoras a domicilio en el sector de la confección en Chile (Díaz et al, 1996).

La situación de género determina una situación aparentemente paradójica: la salud mental de las mujeres trabajadoras es mejor que la de mujeres que no trabajan; algunos estudios de seguimiento de mujeres trabajadoras y no trabajadoras evidencian que el trabajo asalariado es un factor de mejor salud mental, especialmente si existe una actitud positiva hacia el trabajo; un elemento importante sería que las trabajadoras pueden acceder al ejercicio de diversos roles, aunque también se debe considerar que permite acceder a un mejor estándar de vida.

Un factor negativo que normalmente no aparece en los estudios es la exposición a situaciones de acoso sexual en el trabajo, cuyo impacto como factor psicosocial del trabajo no ha sido incorporado en los modelos explicativos. Estudios realizados en Estados Unidos muestran que cuando las empresas no disponen medidas para sancionar el acoso sexual, hay mayor tendencia de las mujeres expuestas a abandonar su trabajo; se sabe por otro lado que un factor de alto riesgo para la aparición de depresión entre mujeres es la carencia de empleo remunerado (Parra, 2001).

Modelos de intervención para la gestión y la promoción de la salud mental en el trabajo

En los párrafos anteriores se ha resumido el desarrollo de los conceptos implicados en el vínculo salud mental y trabajo, los cuales han sufrido variaciones a lo largo del tiempo, moldeados en parte por cambios en las explicaciones biológicas del proceso salud - enfermedad, en parte por cambios en las formas de articulación de los actores sociales, en parte por los cambios en las instituciones y en la propia actividad laboral y también en parte por la integración de diversas disciplinas que se aplican al estudio del trabajo. Algunas líneas teóricas se han orientado al estudio de relaciones causa - efecto, restringidas dentro del modelo de la compensación del daño causado por el trabajo y otras líneas se han orientado al estudio

del trabajo como fenómeno social que impacta en la salud mental, independizándose de la búsqueda de enfermedad. Un tema que recurre con frecuencia en las distintas orientaciones es el estrés, dando cuenta de una preocupación surgida mucho antes de la elaboración del modelo de Selye, acerca de las consecuencias en cierto modo inespecíficas -aunque visibles- que tiene el trabajo moderno en las personas. Se esbozaron además los lineamientos generales de algunos modelos desarrollados para el estudio del estrés y de los factores psicosociales.

En este capítulo se intentará responder a dos interrogantes:

1. ¿Es posible la intervención planificada para mejorar y promover la salud mental en trabajo, por una parte, y prevenir o al menos evitar el deterioro de la salud mental a causa del trabajo?
2. ¿Qué experiencias posibles de replicar se extraen de las investigaciones publicadas?

La primera pregunta parte de un supuesto implícito: que la salud mental puede sufrir un deterioro a causa de factores del trabajo. Esto ha sido abordado en una producción cada vez más abundante de investigaciones que entregan evidencias al respecto:

- deterioro en el funcionamiento cotidiano, laboral y extralaboral
- interferencias con la actividad productiva, en la forma de accidentes, baja en la calidad de los servicios y ausentismo
- alcoholismo y otras dependencias
- morbilidad somática agravada o desencadenada por factores psicológicos
- morbilidad psiquiátrica franca

Levi et al (1999) plantean una opinión decidida: el acúmulo de evidencias sobre las consecuencias negativas del estrés causado por el trabajo, en la

salud, permite a todas las partes tomar medidas para cambiar la situación; sin embargo, Reynolds (2000) y Briner y Fingret (2000), se pronuncian con mayor cautela al respecto: los datos disponibles no satisfacen cabalmente los estándares de la medicina basada en evidencias y la acción decidida debe orientarse hacia la entrega de bases sólidas, válidas y confiables para la acción; el informe del Health and Safety Executive acerca de la calidad de los instrumentos de medición utilizados se manifiesta con la misma cautela (IES, 2001).

Según Levi et al (1999), "...se sabe lo que se podría hacer, cuándo, cómo, por quiénes, para quiénes y por qué; pero se actúa como si las tendencias del trabajo fuesen inevitables, restringiéndose a la oferta de terapias individuales".

Intervención desde los niveles institucionales

Sin duda, un nivel de intervención posible, de alcances generales y amplios, son las instituciones que elaboran, coordinan y controlan las políticas nacionales. Los gobiernos de Estados Unidos, Inglaterra, España, Suecia, Francia, Canadá, entre otros, han entregado orientaciones para la política nacional y guías para el diseño de programas en las empresas; estos documentos son accesibles fácilmente a través de páginas webs informativas y gratuitas.

El proceso que se instruye a los empleadores es básicamente el mismo: analizar la situación de trabajo, detectar posibles estresores, evaluar el riesgo y tomar medidas para prevenir, de acuerdo a la evaluación.

Un área que no admite dilaciones en cuanto a la intervención institucional y respecto de la cual no son aplicables las aprehensiones planteadas entre otros por Reynolds, es la disposición de medidas claras y precisas de prohibición del acoso sexual en el trabajo y de la prevención de la violencia en los lugares de trabajo, dos aspectos que han estado impactando la salud mental de trabajadoras y trabajadores en la última década (Pitrkowski, 1998; Barling, 1998).

Otro campo extenso de intervención institucional es la introducción del análisis de las probables ventajas y desventajas, desde el punto de vista de la salud mental, que pueden tener los cambios a las normas generales del trabajo, como son las iniciativas que amplían o reducen las posibilidades de pausa, de duración de jornada, los beneficios sociales como guarderías y otros, la participación, entre otras; en una concepción de la salud mental desde los actores, prácticamente cualquier iniciativa que cambie el marco en que se desarrolla el trabajo puede tener repercusiones más o menos favorables.

Tipos de intervención preventiva en la empresa

En los modelos de intervención para el manejo del estrés, un aspecto crucial es la identificación, por un lado, del agente (¿quién es el causante del estrés?) y, por otro lado, del foco o target (¿sobre quién se realiza la intervención?); se pueden distinguir 3 situaciones y cada una se puede caracterizar con una pregunta típica que identifica el problema.

FIGURA N° 4. AGENTE - FOCO EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Agente	Foco	Pregunta
Organización	+ Organización	= ¿Qué puede hacer la organización para poner la casa en orden?
Organización	+ Trabajadores	= ¿Qué puede hacer la organización para aumentar el apoyo que ofrece a sus trabajadores?
Trabajadores	+ Trabajadores	= ¿Qué pueden hacer los trabajadores en forma individual para manejar mejor su trabajo y cualquier experiencia asociada de estrés?

Cooper y Cartwright (1998) clasifican las intervenciones preventivas en tres tipos:

- **Primaria:** dirigida a eliminar o reducir los factores de estrés y promover un ambiente de trabajo saludable y solidario.
- **Secundaria:** detección y tratamiento precoz de la depresión y ansiedad
- **Terciaria:** rehabilitación y recuperación de personas que han sufrido problemas graves de salud por el estrés.

TABLA N° 5. NIVELES DE PREVENCIÓN DEL ESTRÉS EN EL TRABAJO

Nivel	Pasos	Herramientas
Primario	Diagnóstico o auditoría de estrés	Cuestionarios autoaplicados Reuniones Cuestionarios semiestructurados Diario del estrés
	Crear entornos saludables y redes de apoyo	Informar a trabajadores sobre mecanismos de apoyo y asesoramiento Incorporar aspectos de desarrollo personal a los sistemas de valoración Entrenar a los directivos
Secundario	Educación en gestión del estrés	Técnicas simples de relajación Asesoría y planificación sobre formas de vida Técnicas de administración del tiempo Destrezas para la resolución de problemas
	Vigilancia y promoción de la salud	Chequeos periódicos Menús "saludables" Instalaciones deportivas, educación física Programas de protección cardiovascular
Terciario	Asesoramiento	Servicios confidenciales
	Reincorporación al trabajo	Entrevista de reincorporación Planes de incorporación parcial

Los cuestionarios autoaplicados estandarizados se recomiendan para grandes grupos, pero en contingentes laborales pequeños, pueden bastar entrevistas en reuniones y cuestionarios semiestructurados. Las alternativas de prevención secundaria y terciaria se ha sugerido que funcionan mejor frente a problemas que existen en la organización, pero que no tienen solución (como la inestabilidad del empleo, los bajos salarios) y frente a problemas que surgen de una fuente extralaboral, pero que repercuten en la organización.

Una lectura atenta de la Tabla N° 5 permite anticipar que este tipo de intervenciones son válidas fundamentalmente en contexto de empresas con planta estable de trabajadores y de poca utilidad para una proporción importante de trabajadores que se desempeñan transitoriamente en los extramuros de las empresas (domicilios, prestadoras de servicios externos, etc.).

Intervenciones para el gerenciamiento del estrés

El gerenciamiento del estrés se plantea con 3 objetivos:

- **Prevención:** reducir la probabilidad de experimentar estrés.
- **Reacción a tiempo (timely reaction):** mejorar la capacidad de la organización (o de los managers) para reaccionar y tratar los problemas cuando surgen.
- **Rehabilitación:** actividades de apoyo, por ejemplo consejería, para ayudar a los trabajadores a afrontar (coping) y recuperarse de los problemas que existen.

Reynolds (2000) revisa los ensayos controlados randomizados con tres tipos de intervención: consejería, entrenamiento a individuo bajo estrés y organizacional. La Tabla N° 6 resume las evidencias obtenidas.

TABLA N° 6. EFECTIVIDAD DE 3 TIPOS DE INTERVENCIÓN PARA EL GERENCIAMIENTO DEL ESTRÉS EN EL TRABAJO: EVIDENCIA DE ENSAYOS CONTROLADOS RANDOMIZADOS

Intervención	Características	Diseños estudios	Resultados	
			Organizacionales	Individuales
Consejería	Servicios externos o consejeros internos especializados Actividad informal y de apoyo Terapeutas sin perfil profesional definido Ayuda en problemas de vida normales y no en problemas mentales específicos	Natural (local de trabajo)	No evaluado	Mejoría
		Experimental (atención primaria)	No evaluado	Mejoría mínima
Training manejo de estrés	Técnicas de relajación Técnicas psicológicas (reframing, cuestionamiento a pensamientos y actitudes negativas Capacidades de trabajo (manejo del tiempo) Son paquetes para voluntarios en grupos pequeños	Experimental	No hay evidencia	Mejoría modesta
Organizacional mejoría	Usualmente se hacen cuando se realizan o no mejoría de puestos, estructura organizacional) La randomización es difícil de hacer; suele faltar la línea base	Cuasi-experimental	Pequeña mejoría cambios por otras razones (rediseño)	Pequeña mejoría o no

Fuente: Reynolds (2000)

Entre las intervenciones individuales se ha informado también los resultados de psicoterapia individual ante problemas de salud mental declarados, con los mejores resultados de todos los tipos de intervención. En relación a las técnicas de training, se informa que sus resultados no son mejores que los de programas educativos generales no centrados en el estrés.

Por otra parte, Briner y Fingret (2000), plantean que la falta de especificidad del estrés como categoría de análisis e intervención conspira contra la calidad de éstas; un desafío para el futuro sería apartarse de “nociones vagas” y explorar emociones más específicas (estados de ánimos y conductas más claramente definidos que se quiera modificar); los problemas de método de las investigaciones publicadas también orientan a la necesidad de estudios longitudinales que, sin embargo, son difíciles de sostener en una realidad tan móvil como es el trabajo moderno.

La mayoría de las intervenciones tienden a centrarse en individuos y sólo unas pocas en el nivel organizacional; el management suele privilegiar el enfoque individual (personalidad, problemas familiares, estilos de vida) y los sindicatos enfatizan factores organizacionales y sociales (diseño del trabajo, estilo gerencial) (Lindström, 1994).

El ciclo de control como modelo para el estudio y la intervención en estrés en el trabajo

Cox ha propuesto usar los principios de evaluación de riesgos diseñados para el control de sustancias peligrosas, en la evaluación de los riesgos psicosociales. “El objetivo de la evaluación de riesgos es establecer una asociación entre los peligros potenciales (hazards) y su efecto en la salud y evaluar el riesgo (risk) para la salud por exposición a un peligro”

El ciclo de control, una estrategia para la evaluación de riesgos, comprende los siguientes pasos:

1. Identificación de los peligros potenciales
2. Evaluación de los riesgos asociados
3. Implementación de estrategias de control adecuadas

4. Monitorización de la efectividad de las estrategias de control
5. Reevaluación de los riesgos
6. Revisión de las necesidades de información y de entrenamiento de los empleados expuestos a peligros

La evaluación de riesgos se entiende como: “... un cuidadoso examen de lo que, en el trabajo, podría causar daño a las personas, de modo que se pueda sopesar si se han tomado las suficientes precauciones o si se debería hacer más para prevenir el daño. El objetivo es asegurar que nadie sufra algún daño o enferme” (Cox et al, 2000).

La mayor parte de las mediciones se basan en cuestionarios de autorreporte, cuyo fundamento es que la percepción de los empleados sobre los riesgos psicosociales juega un rol clave en la producción de tensión. El impacto de un riesgo psicosocial dependería del modo en que los empleados perciben ese riesgo; este modelo no plantea si las percepciones están causalmente relacionadas con ciertos efectos negativos; lo que interesa es que exista consenso respecto de la existencia de un determinado problema (exige que más del 60% de los trabajadores involucrados compartan la percepción).

La extensión de este modelo al control de riesgos psicosociales no es ni simple ni fácil: se sabe que algunos factores materiales son indudablemente un riesgo para cualquiera en tanto que otros son seguros para todos; otros factores materiales son negativos per se, sin un aspecto potencialmente positivo. En cambio, respecto de los factores psicosociales no se puede afirmar con certeza cuáles son un riesgo para todos, cuáles nunca serían riesgosos y en muchos casos es posible ver un continuum entre un polo negativo y otro salutogénico.

Otro principio de la evaluación de riesgos materiales que colisiona con la evaluación de riesgos psicosociales es la evaluación del daño; se admite que un peligro potencialmente capaz de causar muertes múltiples, ocupa un lugar más alto en la jerarquía de evaluación que un peligro que sólo puede causar

accidentes sin lesión; esta jerarquización es útil al momento de decidir medidas. Es difícil, en el terreno de los factores psicosociales, decidir una tal jerarquía.

Cox propone un modelo que supone 3 pasos, sujetos cada uno a una evaluación continua:

1. Evaluación del riesgo
2. Proceso de traducción
3. Reducción del riesgo

Se le agrega un cuarto componente, resultante de los 3 pasos anteriores, el aprendizaje y entrenamiento organizacional, que retroalimenta a cada fase.

La evaluación del riesgo supone una estrategia de pasos ordenados que permite ir recolectando información útil para el paso siguiente; primero se propone una familiarización y entrevistas de análisis del trabajo, que permiten obtener datos para el diseño de los instrumentos de evaluación y su posterior uso. El paso N° 3 es el estudio de evaluación: se trata de cuantificar la exposición a estresores y se evalúa el nivel de salud. En paralelo, se puede implementar el paso N° 4 (Auditoría de los sistemas existentes de control de gestión y de apoyo a los empleados). El paso N° 5 consiste en la interpretación y análisis de los datos surgidos de la evaluación, de donde derivan las recomendaciones. En ese sentido, el modelo de Cox et al permite, por un lado, hacer un diagnóstico del estrés dentro de la organización (útil para fines de la investigación) y, por el otro lado, permite realizar una intervención de carácter continuo que no se limita a algunos de los 3 niveles de Cooper o a una forma particular de las descritas en la Tabla N° 6.

Salud mental y trabajo en Chile

Uno de los desarrollos más importantes en este ámbito se ha verificado en la Asociación Chilena de Seguridad; este organismo administra los fondos del seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la mayor parte de los trabajadores chilenos y tiene, por ley,

el mandato de realizar actividades preventivas, curativas, de rehabilitación, además de pagar las compensaciones cuando corresponda.

Según Naveillán (1974), el Departamento de Salud Mental de esa institución habría sido el primero en preocuparse de la Salud Mental Ocupacional en Chile y América Latina, orientándose a acciones en los niveles primario, secundario y terciario y cubriendo temas como alcoholismo y adicciones, epilepsia, neurosis profesionales, organización laboral, estrés laboral, ausentismo y accidentabilidad. Al inicio este Departamento prestaba servicios a los Departamentos de Medicina del trabajo y de Rehabilitación (por ejemplo, en el tratamiento de síntomas psicológicos asociados al TEC), para después intervenir en la prevención de accidentes del trabajo y detectar enfermedades mentales ocupacionales.

En 1978 se publican los resultados de un estudio retrospectivo de 25 casos de neurosis profesional (Trucco et al, 1978), diagnosticados entre octubre de 1973 y junio de 1977; el diagnóstico se ajusta al marco de la ley en Chile: enfermedad que produce incapacidad causada de manera directa por el ejercicio de una profesión o trabajo que expone al riesgo de tensión psíquica y en la que se comprueba la relación de causa a efecto; además del perfil de los casos, el estudio informa dos hechos interesantes para efectos de esta monografía:

- El método usado para el diagnóstico: examen, historia personal, familiar y laboral, información de terceros (familia, compañeros de trabajo, supervisores), estudios técnicos del ambiente laboral; además el equipo se apoya en criterios OMS para tomar decisiones finales en cada caso (diagnóstico, incapacidad).
- Causas de neurosis: entre las causas presuntas detectadas, el ruido es el factor de riesgo en 13 de los 25 casos, predominantemente en obreros industriales; en cambio, en Servicios y trabajos administrativos en Industria, la causa se atribuye a factores organizacionales y del sistema de trabajo; en 2 casos, al sistema de turnos.

El hábito de beber ha sido objeto de diversos estudios en Chile, en particular en su relación con el accidente de trabajo. En una muestra aleatoria de 500 casos de accidente laboral atendidos en el Hospital del Trabajador de Santiago, en 1974, se investigó el hábito de beber mediante entrevista y se encontró que el 51% de los accidentados eran bebedores moderados y el 23% excesivos o alcohólicos; entre estos últimos, todos hombres, el 19% presentaba complicaciones psíquicas; no se analizó la influencia del alcohol en el accidente y no se comparan con datos generales de la población (Naveillán, 1980). En un estudio realizado en una empresa minera, el 29% de los trabajadores puntuaba como bebedor problema y en un 14% se plantea como probable este mismo rótulo; se observó una asociación significativa con el diagnóstico de neurosis (que se registraba en 30% de los trabajadores); aunque surgieron evidencias durante el trabajo de campo de una asociación con factores del trabajo (tensión, tedio, monotonía) y con factores culturales (creencias), el estudio no exploró dichas asociaciones en forma sistemática, no obstante lo cual los autores concluyen que “el tipo de ocupación no sería un elemento de causalidad directa” (Vega y Medina, 1983).

Los estudios sobre hábito de beber se expanden en la década de 1990 al abuso de drogas ilícitas, con la intención de promover la prevención y rehabilitación en los lugares de trabajo. Los datos en otros países vinculan alcohol y drogas con accidentes, ausentismo, mayor costo por pensiones de invalidez, conflictos interpersonales, pérdida de materiales y equipos. Un estudio realizado en 81 empresas de Santiago mostró que a pesar del interés público en el tema, sólo el 19% de empresas tenía alguna política de prevención; además se pudo verificar la resistencia de las empresas a reconocer el problema como responsabilidad corporativa, asignándola a los individuos; de hecho, sólo el 30% de la muestra inicial devolvió el cuestionario; los autores estiman que los empleadores no están conscientes de los costos involucrados, por falta de herramientas para hacerlos visibles y porque parte de los costos son asumidos por el Estado sin repercusión directa inmediata en las empresas (Horwitz et al, 1997).

La asociación más directa del abuso de alcohol y drogas con los accidentes del trabajo se exploró en una muestra de accidentados hospitalizados dentro de las primeras 6 horas de ocurrido el accidente (248 individuos) a quienes se le midió alcohol y metabolitos de cocaína, marihuana, benzodiazepinas y anfetaminas en sangre; posteriormente, a ciegas del resultado de los análisis, se entrevistó a los sujetos para evaluar consumo; se detectó un 29% de exámenes positivos, siendo más altos los consumos recientes de alcohol (15%) y de benzodiazepinas (13%), con consumos mixtos en 10 casos; un dato relevante, que pone en duda la utilidad de instrumentos de entrevista, es que sólo 2 de 60 casos positivos reconocieron consumo reciente en las últimas 24 horas (Trucco et al, 1998).

Otros aspectos del accidente de trabajo que se han explorado son las repercusiones en la esfera de la salud mental. Entre 1991 y 1994 se atendieron 168 pacientes derivados post-TEC al Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador, lo que representa el 4% de los ingresos anuales a ese servicio; se informa que en su evolución presentan: 93% cefalea; 76% mareos; 57% ansiedad; 49% insomnio; 44% irritabilidad; 42% vértigos; 24% falla de memoria y 22% ánimo depresivo; después de farmacoterapia y psicoterapia clarificatoria y de contención emocional, el 76% se reincorpora al trabajo; 7% ha recibido compensación por incapacidad (Rebolledo, 1997). En una muestra de 154 pacientes que sufrieron TEC con diversos grados de incapacidad, se realiza una entrevista de seguimiento a un promedio de 5.8 años post-TEC; el 55% (85) se había reintegrado al trabajo después del alta y de ellos, 69 pacientes conservaban un trabajo; las mayores dificultades de reintegro se presentan en pacientes con discapacidad severa o total; asimismo, en estos grupos aparecen con mayor frecuencia problemas de integración social (irritabilidad y agresividad en la relación familiar, aislamiento social) (Rebolledo et al, 2000).

Un área de desarrollo reciente en la década de 1990 ha sido la exploración de efectos neuropsiquiátricos de sustancias químicas (aunque en estudios sobre manganismo, saturnismo e hidrargirismo en las

décadas de 1940 y 1950 ya se habían descrito efectos neurotóxicos). Trucco (1989) describe el perfil psiquiátrico de 16 trabajadores expuestos a sustancias químicas, derivados a Salud Mental: en 7 casos hay evidencias de daño orgánico, en 4 aparecen síntomas depresivos y en 12 hay diversas formas de reacciones de ansiedad. Mediante el uso de baterías neuropsicológicas, Acuña et al (1997) detectan que trabajadores expuestos a Bromuro de Metilo presentan más insomnio, fatiga matinal, parestesias, cefalea, cambios de humor, fallas de concentración y fallas de memoria; los 3 últimos presentan las diferencias más significativas.

En otra línea de investigaciones en Chile se han explorado los perfiles de síntomas psiquiátricos, estrés, trastornos emocionales en diversos grupos laborales, buscando asociaciones con características

del trabajo; predominan estudios en personal del sector salud, que se resumen en la Tabla N° 7.

Una intervención interesante, precisamente en un consultorio del Servicio de Salud, es la realizada por Hidalgo et al (1997). En el marco de cambios organizacionales orientados a mejorar la atención a familias en riesgo, se realizó una intervención en el clima organizacional cuyos elementos principales fueron los siguientes: asambleas informativas, análisis participativo, evaluación por parte de estructura superior, intercambio de información, desarrollo de redes informales, relajación grupal, sistemas de reconocimiento por jefatura y por pares. Las variables de clima organizacional mejoraron significativamente en los ítems estructura y recompensa; también mejoraron de manera importante en desarrollo, calidez, dirección, supervisión y motivación.

TABLA N° 7. TRABAJO Y SALUD MENTAL EN EL SECTOR SALUD ALGUNAS INVESTIGACIONES EN CHILE

Referencia

Ibáñez et al (1988)

Resultados

De 36 funcionarios hombres y mujeres del Servicio de Psiquiatría, 15 han sufrido neurosis y 7 enfermedades psicósomáticas (hipertensión, úlcera, colon irritable); 6 personas consumen alcohol en forma excesiva; 26 personas han sufrido agresiones en algún momento de su carrera; 9 personas informan interferencias de su trabajo con la vida familiar; nadie ha recibido capacitación específica para manejo de pacientes psiquiátricos.

Sánchez et al (1991)

Los funcionarios del servicio de Psiquiatría presentan más licencias por estrés que funcionarios de obstetricia y administrativos; los puntajes en la Escala de Sucesos Vitales son similares en los 3 grupos.

Avendaño y Grau (1997)

Las enfermeras del sector público informan que se exponen a: jornadas extensas, falta de pausas, elevado ritmo de trabajo, presión de tiempo, turnos, Riesgo de infecciones, falta de control, interrupciones frecuentes, sobrecarga de tareas simultáneas, esfuerzo físico, falta de poder en decisiones, abuso de poder, contacto con sufrimiento de usuarios. Lo anterior se traduce en Estrés, Trastornos del sueño y Alteraciones con la vida familiar y social.

Trucco et al (1999)

En una muestra de 205 funcionarios (143 profesionales y 62 no profesionales), 82 personas califican como casos en escalas de estrés (GHQ de Goldberg, CSPS de Cooper y cuestionarios de Universidad de Michigan). Las causas de mayor tensión son tener que responder a muchas personas, trabajar apremiado por plazos, condiciones físicas inadecuadas, demasiado trabajo y posibilidad de errores graves.

Conclusiones

¿Cómo intervenir en una situación concreta?

En respuesta a las dos preguntas planteadas en el capítulo sobre intervenciones, las evidencias de que se pueden realizar intervenciones exitosas, aunque escasas, existen; probablemente hay otras que no han sido evaluadas y poca atención se le ha prestado a la influencia de cambios institucionales (una forma de intervención en la que todas las partes involucradas con la salud y el trabajo pueden potencialmente influir).

A partir de lo descrito en los párrafos anteriores se puede recomendar:

- Seguir un método sistemático.
- Usar el método de autorreporte y escuchar las sugerencias de los involucrados
- Establecer líneas de base que permitan evaluar los cambios.
- Precisar los problemas a través de una identificación clara de los agentes y focos de intervención.
- Formular los problemas como preguntas posibles de contestar en el proceso de intervención.
- Buscar la simplicidad de relaciones y resultados.
- Usar una aproximación flexible que se pueda retroalimentar.

Si se sigue la sugerencia de Levi et al (1999), ratificada por muchos informes, ya se ha investigado mucho sobre estrés en el trabajo; por lo tanto, una de las líneas futuras en esta materia tendría que ser el desarrollo de formas de investigación orientada a los cambios que admitan reformulaciones durante el propio proceso de investigación antes que enredarse en la demostración o refutación de hipótesis que ya han sido investigadas previamente.

Las investigaciones realizadas en Chile, particularmente el trabajo que se desarrolla en el Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador, muestran cuál puede ser el perfil de desarrollo de un servicio de salud mental vinculado al hospital general, en lo que a salud mental ocupacional se refiere; por una parte, demanda de servicios de consulta - enlace para evaluar peso de factores psicológicos en la patología profesional y en la evolución del accidente, pero, por otra parte, desarrollos más específicos sobre trastornos emocionales ligados al trabajo, detección de síntomas neuropsiquiátricos de intoxicaciones, atención psiquiátrica y psicológica a personas con secuelas de traumatismo encefalocraneano, con especial énfasis en la rehabilitación para reintegrar al trabajo. Para los servicios de salud mental en el sector público, este desarrollo se supone que es una necesidad, pero ello no se ha dimensionado porque, entre otras razones, es escaso el desarrollo de los servicios clínicos especializados en salud ocupacional; por ello el problema es invisible.

Un área que no se informa en Chile es el vínculo salud mental y trabajo desde la perspectiva de la inserción laboral de personas con discapacidad psíquica, hecho que contrasta con la dimensión que alcanzan las preocupaciones por el consumo de alcohol y drogas en el trabajo.

Los equipos de salud tampoco han producido mucha información sobre los perfiles de salud mental en otras actividades que no sea el propio sector Salud, lo cual es índice de una actitud autorreferente; probablemente aquí se requiera mayor diálogo con otras disciplinas. Desde las ciencias sociales se han realizado estudios en diversos sectores laborales (que han sido revisados en otras publicaciones y escapan al objetivo de esta monografía), arrojando perfiles que indican una alta frecuencia de malestares en la esfera de la salud mental. Un mayor diálogo enriquecería las metodologías y perspectivas en la investigación biomédica, incorporando nuevos temas que hoy son centrales en el mundo del trabajo: mayor participación femenina, precarización del empleo, flexibilidad, baja tasa de participación organizada, entre otros.

Bibliografía

- Abramovici, Nello-Bernard (1989) Le stress: atout majeur du dirigeant Psychologie du travail: nouveaux enjeux, développement de l'homme au travail et développement des organisations Actes du cinquième Congrès de Psychologie du Travail de Langue Française, pp 972 - 976. Editions EAP, París, Francia.
- Acuña, María C; Díaz, Violeta; Tapia, Roberto; Cumsille, Miguel A (1997) Estudio de los efectos neurotóxicos del bromuro de metilo sobre trabajadores expuestos Revista Médica de Chile, 125 : 36 - 42.
- Avendaño, Cecilia; Grau, Patricia (1997) Salud en enfermeras chilenas. Visibilizando riesgos Cuadernos Mujer Salud, 2 : 92 - 97.
- Barling, Julian (1998) La violencia en el lugar de trabajo Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo pp 34.33 - 34.34, Organización Internacional del Trabajo, Madrid.
- Bensaid, Annie; Dejours, Christophe (1994) Psychopathologie et psychodynamique du travail Encyclopédie Medico - Chirurgicale. Toxicologie - Pathologie Professionnelle 16 - 535 P-10 Paris - Francia.
- Bildt, C.; Lindelow, M. (1998) Psychiatric ill health and conditions at work en Women's health at work, Kilbom, Messing, Bildt (eds.), National Institute for Working Life, Solna, Suecia.
- Brinert, RB; Fingret, A (2000) Work and psychological well-being: future directions in research and practice Occupational Medicine 50(5): 320 - 321.
- Caplan, Robert (1998) El ajuste persona - entorno Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo pp 34.18 - 34.19, Organización Internacional del Trabajo, Madrid.
- Cifuentes, Manuel; Ibieta, Juan Luis (1997) Neurosis Profesionales Revista Chilena de Neuropsiquiatría 35 : 329 - 335.
- Comité Mixto OIT - OMS (1986) Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo N° 56, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza.
- Cooper, Cary; Cartwright, Sue (1998) Resumen de las estrategias generales de prevención y control Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo pp 34.75 - 34.77, Organización Internacional del Trabajo, Madrid.
- Cox, Tom; Griffiths, Amanda; Rial-González, Eugenio (2000) *Research on work - related stress* European Agency for Safety and Health at Work. Luxemburgo.
- Díaz, Ximena; Medel, Julia; Schlaen, Norah (1996) Mujer, trabajo y familia: el trabajo a domicilio en Chile Proyecto Fondecyt N° 1950139/95.
- Federación Mundial para la Salud Mental (2000) *Día Mundial de la Salud Mental. La salud mental y el trabajo*
- Firth-Cozens (2000). New stressors, new remedies. Occupational Medicine 50 (3): 199 - 201.
- Frankenhaeuser, Marianne (1989) A biopsychosocial approach to work life issues International Journal of Health Services, 19(4) : 747 - 758.
- Friedmann, George (1963) Introducción y Metodología, en Tratado de Sociología del Trabajo, (Friedmann, G y Naville, P), Tomo I pp 13 - 65. Fondo de Cultura Económica, México.
- Gabriel, Phyllis; Liimatainen, Marjo-Riita (2000) *Mental Health in the Workplace. Introduction, executive summaries* Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
- Gillon, Jean-Jacques (1963) Psicopatología del trabajo en Tratado de Sociología del Trabajo, (Friedmann, G y Naville, P), Tomo II pp 160 - 171. Fondo de Cultura Económica, México.

- Hidalgo, Carmen; Cabeza, Ana M; Collados, M (1997) Clima organizacional en un centro de salud de atención primaria: evaluación e intervención para mejorar la satisfacción laboral del equipo de salud Cuadernos Médico - Sociales XXXVIII (3): 3 - 12.
- Hogue, Jean-Pierre (1989) Le stress: l'énergie du dépassement Psychologie du travail: nouveaux enjeux, développement de l'homme au travail et développement des organisations Actes du cinquième Congrès de Psychologie du Travail de Langue Française, pp 1038 - 1042. Editions EAP, París, Francia.
- Horwitz, Nina; Trucco, Marcelo; Marchandón, Ana; Phillips, Darwin (1997) Alcohol y drogas en el trabajo. La pertinencia de un enfoque organizacional Cuadernos Médico-Sociales XXXVIII (4): 5 -13.
- Ibáñez, Juan C; Miguel, Helia; Martínez, Olga; Gacitúa, Sergio (1988) Riesgo laboral y patología psiquiátrica del personal de un servicio de psiquiatría Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 26: 123 - 132.
- Karasek R, Theorell T (1990) *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books.
- Karasek, Robert (1998) El modelo de demandas / control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo pp 34.6 - 34.16, Organización Internacional del Trabajo, Madrid.
- Ladou J. *Medicina Laboral*.(1993) Ed. El Manual Moderno, México.
- Legge, Thomas (1934) *Industrial Maladies* Oxford University Press, Gran Bretaña.
- Levi, Lennart (1998) Factores psicosociales, estrés y salud Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo pp 34.3 - 34.6, Organización Internacional del Trabajo, Madrid.
- Levi, Lennart; Sauter, Steven; Shimomitsu, Teruichi (1999) Work-related stress. It's time to act Journal of Occupational Health Psychology 4(4): 394 - 396.
- Lindström, K (1994) Psychosocial criteria for good work organization Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, 20 (special issue): 123-133.
- Martínez, Susana (1997) *El estudio de la integridad mental en relación con el proceso de trabajo* Serie Académicos CBS N° 23, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- M^cDowall, R J S (1929) The physiology of industrial hygiene: the physiology of industrial fatigue The Journal of Industrial Hygiene XI, January (1): 12 - 16.
- Naveillán, Pedro (1974) Salud mental ocupacional Revista Médica de Chile, 102 : 246 - 247.
- Naveillán, Pedro (1980) Características del hábito de beber de una población laboral Revista Médica de Chile, 108 : 1153 - 1160.
- NIOSH (1999) Stress at work National Institute of Occupational Safety and Health, DHHS Publication No. 99-101, USA.
- Orth-Gomer, Kristina (1998) El apoyo social: un modelo interactivo del estrés, en Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Organización Internacional del Trabajo, Madrid.
- Paoli, Pascal; Merllié, Damien (2001) Tools for assessment, tools for action TUTB Newsletter, N° 15 - 16: 23 - 28.
- Parra, Manuel (2001) La salud de las trabajadoras en América Latina (en prensa).
- Pitrkowski, Chaya (1998) El acoso sexual Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo pp 34.32 - 34.33, Organización Internacional del Trabajo, Madrid.
- Ramazzini, Bernardino (1746) *Treatise on the diseases of tradesmen, to which they are subject by their particular callings, with the method for avoiding and treating them* (trad. Dr. James, sobre edición en latín de 1700) pp 400 - 402. Thomas Osborne, Londres.

- Rebolledo, Policarpo (1997) El síndrome postcontusional *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 35 : 481 - 487.
- Rebolledo, Policarpo; Horta, Elizabeth; Carbonell, Carmen G; Trucco, Marcelo (2000) El síndrome postcontusional *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 38(2): 104 - 111.
- Reynolds, S (2000) Interventions: what works, what doesn't? *Occupational Medicine* 50(5): 315 - 319.
- Rick, J; Briner, R.B. (2000) Psychosocial risk assessment: problems and prospects *Occupational Medicine* 50(5): 310 -314
- Sánchez, Gilda; Millán, Teresa; Gutiérrez, Francisco; Valenzuela, Verónica (1991) Evaluación de estrés en personal de la salud a través de Escala de Sucesos Vitales *Revista de Psiquiatría Clínica*, 28: 1 - 9.
- Sauter, Steven; Hurrell, Joseph; Murphy, Lawrence; Levi, Lennart (1998) Factores psicosociales y de organización *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo* pp 34.2 - 34.3, Organización Internacional del Trabajo, Madrid.
- Shirom, Arie (1998) Resultados de comportamiento *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo* pp 34.62 - 34.64, Organización Internacional del Trabajo, Madrid.
- Simpson, Nichole (2000) *The effects of new ways of working on employees' stress levels* Contract Research Report 259 / 2000. Health and Safety Executive, United Kingdom.
- Spaeth, Reynold (1919) The problem of fatigue *The Journal of Industrial Hygiene* 1, May (1): 22 - 53.
- Sundström-Frisk, Carin (1996) The human factor, en *Fifteen years of occupational-accident research in Sweden* (ed. Menckel y Kullinger). Swedish Council for Work Life Research, Stockholm, Suecia.
- Swedish National Board of Occupational Safety and Health (1995) *Swedish Work Environment Legislation, with brief comments* Falköping, Suecia.
- The Institute for Employment Studies, IES (2001) *A critical review of psychosocial measures* Contract Research Report 356 / Health and Safety Executive, United Kingdom.
- Trucco, Marcelo; Campusano, María E; Larrain, Soledad (1978) Estudio retrospectivo de 25 casos de neurosis profesional *Revista Médica de Chile*, 106 : 523 - 528.
- Trucco, Marcelo (1989) Exposición a sustancias químicas en el medio laboral. Efectos psicológicos y psiquiátricos *Revista Médica de Chile*, 117 : 212 - 218.
- Trucco, Marcelo; Rebolledo, Policarpo; González, Ximena; Correa, Alejandra; Bustamante, Margarita (1998) Consumo reciente de alcohol y drogas en accidentes del trabajo *Revista Médica de Chile*, 126 : 1262 - 1267.
- Trucco, Marcelo; Valenzuela, Paulina; Trucco, Daniela (1999) Estrés ocupacional en personal de salud *Revista Médica de Chile*, 127 (12).
- Turner Thackrah, Charles Merchants and Master Manufacturers, citado en *300 years of Psychiatry*, (Hunter y Macalpine), pp 826 - 828, Oxford University Press, UK.
- Vega, Sylvia; Medina, Eduardo (1983) Beber anormal en trabajadores de una empresa de Gran Minería del cobre *Revista Médica de Chile*, 111 : 193 - 200.