



Madrid, abril de 2012

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DEL ÁMBITO SANITARIO

Monografías



Asociación Madrileña
de Medicina del Trabajo
en el Ámbito Sanitario



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD



Instituto
de Salud
Carlos III

Escuela Nacional
de Medicina del Trabajo

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Economía y Competitividad
Ciudad Universitaria – Pabellón 8
28040 MADRID (ESPAÑA)

Catálogo general de publicaciones oficiales:
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Para obtener este informe de forma gratuita en Internet (formato pdf):
<http://publicaciones.isciii.es>
<http://infosaludlaboral.isciii.es>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/es/>

EDITA: ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO
Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad

N.I.P.O. en línea: 725-12-003-0

N.I.P.O. libro electrónico: 725-12-004-6

I.S.B.N.: No (Free online version)

Imprime: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
Avda. de Manoteras, 54. 28050 – MADRID

Grupo de autores (Por orden alfabético)

Macarena Gálvez Herrer

Psicóloga, Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE-PAIPSE). Comunidad de Madrid. España.

Carlos Mingote Adán

Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE-PAIPSE). Comunidad de Madrid. España.

Concepción Núñez López

Médico del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Presidenta de la Asociación Madrileña de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (AMMTAS). Coordinadora del Servicio de Prevención de la Dirección Asistencial Norte. Hospital Universitario La Paz, Madrid. España.

Carmen Otero Dorrego

Médico del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos laborales. Secretaria de la Asociación Madrileña de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (AMMTAS). Médico Adjunto del Servicio de Prevención del Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid), España.

Coordinación: Carmen Otero Dorrego

Grupo de revisores externos (Por orden alfabético)

Francisco Javier Amador Romero

Médico de Familia. Centro de Salud "Los Ángeles". Dirección Asistencial Centro, Madrid.

Covadonga Caso Pita

Médico del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Asociación Madrileña de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (AMMTAS). Jefe de Servicio del Servicio de Prevención del Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. España.

Carmen Huerta Camarero

Médico del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos laborales. Asociación Madrileña de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (AMMTAS). Coordinadora del Servicio de Prevención del Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid), España.

Pablo del Pino Cuadrado

Psiquiatra. Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE-PAIPSE). Comunidad de Madrid. España.

M^o Luisa Rodríguez de la Pinta

Médico del Trabajo. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Asociación Madrileña de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (AMMTAS). Jefe de Sección del Servicio de Prevención del Hospital Universitario Clínico Puerta de Hierro, Madrid. España.

Para citar esta monografía

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación.

GÁLVEZ HERRER, M.; MINGOTE ADÁN, C.; NÚÑEZ LÓPEZ, C.; OTERO DORREGO, C. Coordinación: OTERO DORREGO, C., "Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario".

Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III, abril de 2012.

Este texto puede ser reproducido siempre que se cite su procedencia.

Agradecimientos

La Asociación Madrileña de Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario (AMMTAS) y la Unidad de Valoración y Orientación del Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE) del Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario enfermo (PAIPSE), manifestamos nuestro agradecimiento a todos aquellos profesionales e instituciones que han hecho posible el desarrollo de este proyecto, su publicación y difusión.

Destacamos el apoyo y la colaboración prestadas por la Dirección Gerencia del Hospital Universitario de Móstoles por darnos la posibilidad de llevar a cabo la organización de las Jornadas de AMMTAS para la presentación de esta guía.

Igualmente agradecemos al Instituto de Salud Carlos III y a la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo su publicación y difusión; a todos los profesionales de la Red de Salud Mental de las Instituciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid por su interés y colaboración; al Ilustre Colegio de Médicos de Madrid a través de la anterior Comisión de Ayuda y Prevención del Médico Enfermo (CAYPAM), actualmente PAIME, y a los Médicos de Familia de la red asistencial de Atención Primaria por su interés en la coordinación de recursos que garanticen la salud integral de los profesionales sanitarios.

Hemos de manifestar especialmente nuestra felicitación y agradecimiento a todos los profesionales que han participado en la elaboración y revisión de este documento, sin cuyo esfuerzo esta edición no hubiese sido posible.

Prólogo

Ante el incremento de los problemas de salud mental y los factores psicosociales en el ámbito laboral, además de la idiosincrasia y complejidad manifiesta del sector sanitario, detectamos como necesidad prioritaria la elaboración de un documento guía de buenas prácticas en la valoración del riesgo de los problemas de salud mental en el trabajo.

La gran afectación de la salud que sufre el trabajador con problemas de salud mental, los factores de riesgo psicosocial y la posible repercusión de los mismos en el entorno laboral, familiar y social constituyen un motivo de peso para unificar criterios y llevar a cabo actuaciones coordinadas que nos permita una mayor eficacia en la gestión de la salud mental en el trabajo.

Este proyecto coordinado por Carmen Otero Dorrego, Médico del Trabajo del Hospital Universitario de Móstoles, se ha llevado a cabo con la colaboración y revisión de profesionales de Medicina del Trabajo y de Salud Mental, que han desarrollado un trabajo excelente, de gran profundidad y rigor científico, integrado en un amplio marco legislativo que lo respalda.

El contenido de esta Guía va dirigido a los profesionales Médicos del Trabajo de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), a los profesionales de salud mental de la UVOPSE, a los Técnicos de Prevención y a todos aquellos que constituyen la red de apoyo profesional al trabajador con problemas de salud mental en el medio laboral (Médicos de Familia de Atención Primaria, Médicos Especialistas de la red de Salud Mental, Médicos de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y Médicos Inspectores) y a los profesionales e instituciones que puedan contribuir a la atención del trabajador con problemas de salud mental en las Instituciones Sanitarias.

Confiamos que el presente documento nos sirva como elemento de consulta y nos permita a todos los profesionales y a las Instituciones Sanitarias gestionar con mayor eficacia los problemas de salud mental en el entorno de trabajo, consiguiendo revertir la repercusión negativa a nivel personal y laboral y la rehabilitación y reincorporación de los trabajadores con problemas de salud mental al medio laboral.

Concepción Núñez López

*Presidenta de la Asociación Madrileña
de Médicos del Trabajo del Ámbito Sanitario*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN. RELACIÓN SALUD LABORAL-SALUD MENTAL	8
2. OBJETO	10
3. CRITERIOS DE APLICACIÓN	12
4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
4.1. Definiciones y conceptos	13
4.2. Efectos para la salud	15
5. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN	17
6. EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL	21
6.1. ¿Por qué se debe evaluar el Riesgo Psicosocial?	21
6.2. Métodos de evaluación de factores de riesgo psicosociales	24
7. PROTOCOLO MÉDICO ESPECÍFICO. ACTUACIONES EN VIGILANCIA DE LA SALUD FRENTE AL RIESGO PSICOSOCIAL	32
7.1. Historia clínico-laboral	32
7.2. Evaluación específica de la salud mental	32
7.3. Estudios complementarios	36
7.4. Criterios de valoración y derivación:	40
7.4.1. Derivación a UVOPSE/PAIPSE	40
7.4.2. Derivación a Atención Primaria /Especializada	42
7.4.3. Derivación al INSS	48
8. NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO	50
8.1. Tipos de Reconocimientos Médicos (RM)	50
8.1.1. RM Iniciales	50
8.1.2. RM Periódicos	52
8.1.3. RM tras ausencia prolongada por motivos de salud	53
8.1.4. RM en situaciones especiales	53
8.1.5. RM Obligatorios por riesgo a sí mismo o a terceros Procedimiento de actuación y Protocolo de Vigilancia de la Salud Obligatoria (VSO). Urgencias psiquiátricas	56
9. CONDUCTA A SEGUIR	59
9.1. Conducta a seguir para las alteraciones que se detecten. Niveles de Riesgo y Aptitud	59
9.1.1. Apto	63
9.1.2. Apto con restricciones. Adaptaciones de Puesto de trabajo	63
9.1.3. No apto temporal	64
9.1.4. No apto permanente	65
9.2. Acciones generales en materia de prevención	65
9.2.1. Prevención Primaria	65
9.2.1.1. Actuación sobre los factores de riesgo psicosocial extrín- secos a los trabajadores	65
9.2.1.2. Actuación sobre los factores de riesgo psicosocial intrín- secos a los trabajadores, Trabajadores Especialmente Sensibles (TES) al riesgo psicosocial	69

9.2.2. Prevención Secundaria	72
9.2.2.1. Detección precoz de problemas	72
9.2.2.2. Otras líneas de prevención	73
9.2.3. Prevención Terciaria	74
9.2.3.1. Integración laboral y recuperación personal y laboral ...	74
9.2.3.2. Programas específicos de reincorporación y seguimiento laboral	75
9.2.3.3. Identificación precoz de situación de IP	75
9.3. Planes de prevención específicos	75
9.3.1. Plan de prevención de Drogodependencias	75
9.3.2. Plan de prevención de situaciones conflictivas	83
9.3.3. Plan de prevención de Acoso laboral, Psicológico o moral (mobbing)	85
9.3.4. Plan de prevención de Burnout	90
10. NORMATIVA DE APLICACIÓN	95
11. BIBLIOGRAFÍA	98
12. ANEXOS	102
13. GLOSARIO DE ABREVIATURAS	120

1. INTRODUCCIÓN. RELACIÓN SALUD LABORAL-SALUD MENTAL

Son numerosos e importantes los motivos por los que debemos prestar atención a los problemas de salud mental en el trabajo. El incremento de su frecuencia, los efectos para la salud de los trabajadores, la interacción con la organización laboral así como la repercusión en la calidad y productividad en el trabajo que inciden en el absentismo con un importante coste tanto humano como económico.

La consulta de vigilancia de la salud de los SPRL puede ser el espacio más adecuado para la detección y gestión de los problemas de salud mental en el medio laboral cualquiera que sea su etiología. Los servicios de Atención Primaria, Salud Mental y Salud Laboral pueden constituir una red de apoyo profesional eficaz que facilite la atención integral y de calidad con un modelo orientado a la prevención y promoción de la salud mental en el trabajo. Para ello, se requiere de mecanismos eficaces de coordinación interdisciplinar en una red única de apoyo sociosanitario profesional centrada en la comunicación con el trabajador enfermo a través de programas integradores de salud constituidos por objetivos específicos.

La gestión de los trastornos de salud mental en los SPRL se centra en la identificación y abordaje de aquellos trastornos mentales derivados de factores psicosociales, y de los trastornos mentales y adictivos presentes en la población activa. El abordaje de los problemas de salud mental se plantea partiendo de un diseño preventivo con estrategias de intervención en cada fase del Plan de prevención de riesgos laborales. La promoción de la salud mental de los trabajadores y su integración al medio laboral por una parte, y por otra, la mejora de la calidad y productividad en el trabajo son los objetivos fundamentales que se persiguen. (Comisión Europea, Mejorar la calidad y productividad en el trabajo: Estrategia comunitaria de seguridad y salud en el trabajo 2007-2012).

El objeto de esta guía es el desarrollo de pautas generales contempladas en procedimientos y protocolos de actuación para la atención integrada al trabajador con trastornos de salud mental y/o trastornos de sustancias adictivas, así como los derivados de factores psicosociales, potenciando la prevención, rehabilitación e integración en el ámbito laboral.

La guía define los problemas de salud mental y los factores psicosociales que prevalecen en las Instituciones Sanitarias. Las pautas generales de actuación se describen en un procedimiento que integra el protocolo de vigilancia de la salud y la valoración de la salud mental específica. Además, se incluyen los criterios de derivación a la red de apoyo asistencial (UVOPSE, Atención Primaria, Atención Especializada y EVI del INSS); los criterios de valoración de la aptitud de los trabajadores y en particular la valoración de aquellos sensibles a determinados riesgos (art. 25 de la Ley de Prevención de Riesgos laborales o LPRL)¹; el procedimiento de actuación y protocolo de VSO por riesgo a sí mismo o a terceros (art. 22 LPRL) y las actuaciones en caso de urgencia psiquiátrica. Por otra parte, se aborda la evaluación de los riesgos psicosociales y los métodos de evaluación más eficaces en función de la identificación del riesgo (Art. 5 del Reglamento de los Servicios de Prevención, RSPRL²).

Finalmente, se describe la conducta a seguir ante las alteraciones detectadas con la intervención coordinada de los SPRL, la red de apoyo asistencial y las Instituciones Sanitarias para conseguir la detección precoz, rehabilitación y reincorporación del trabajador al medio laboral. En el último capítulo se incorporan los planes de prevención específicos: el plan de prevención de drogodependencias, el plan de prevención de violencia interna y externa en el ámbito sanitario, y el plan de prevención de Burnout.

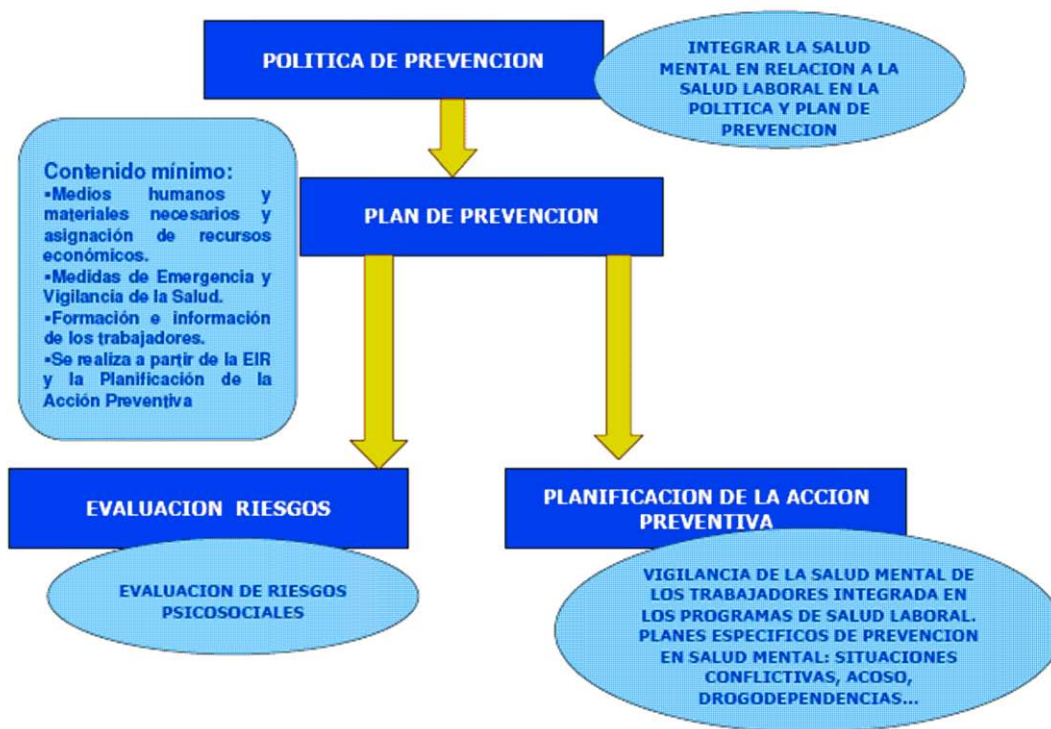
En resumen, el contenido de la guía desarrolla las actuaciones y procedimientos establecidos para la gestión integral de los trastornos de salud mental en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid (C.M.). El objetivo fundamental es implantar y gestionar las medidas de prevención y protección con la intervención integral de los miembros de la Organización, los SPRL, la UVOPSE-PAIPSE³, los profesionales de la Red de Salud Mental de la C.M, así como, el Colegio de Enfermería y el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid a través del PAIME y los demás profesionales e instituciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida laboral y la seguridad de los trabajadores.

2. OBJETO

Esta Guía tiene por objeto **integrar la salud mental** de los trabajadores del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) **en los programas de vigilancia de la salud** de los SPRL, y, en definitiva, **en el marco general del ámbito de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (Fig.1).**

Para ello, resulta imprescindible unificar pautas y criterios de actuación en materia de vigilancia de la salud mental entre los médicos del trabajo de los Servicios de Prevención del SERMAS y la UVOPSE dentro del marco de aplicación del PAIPSE, así como favorecer la coordinación entre todos los agentes responsables de la salud mental del trabajador: UVOPSE, médicos de trabajo de los SPRL y otros profesionales de la red pública asistencial (Servicios de Salud Mental de la C.M., médicos de familia de Atención Primaria, Inspección Médica, médicos evaluadores del INSS), para **garantizar con eficiencia la protección de la salud mental de los trabajadores.**

Fig. 1. Integrar la Salud mental en el marco de la Seguridad y Salud en el trabajo



En esta tarea de coordinación de recursos resulta imprescindible establecer **criterios de buenas prácticas para:**

- Identificar los riesgos psicosociales presentes en nuestros centros de trabajo (Evaluación de Riesgos Psicosociales).
- Detectar precozmente a los TES para el riesgo psicosocial.

- Prevenir la aparición de trastornos mentales en trabajadores expuestos a aquellos factores de riesgo psicosocial que no se hayan podido evitar, poniendo en marcha las medidas preventivas adecuadas.
- Identificar situaciones de riesgo individual y/o realizar diagnósticos, tratamientos y/o intervenciones precoces en materia de salud mental.
- Establecer criterios de derivación y comunicación inter-profesionales (UVOPSE, otras especialidades, médico de familia), siempre atendiendo al principio de confidencialidad y los otros principios éticos establecidos en la LPRL para la vigilancia de la salud de los trabajadores¹.
- Establecer, si es preciso, periodos de incapacidad, teniendo en cuenta tanto el proceso de salud como las características específicas del puesto de trabajo, abriendo vías de comunicación con los médicos de familia y con la Inspección sanitaria, para que dispongan de la información para el correcto seguimiento de los procesos de Incapacidad Temporal (IT).
- Establecer criterios de reincorporación laboral y seguimientos periódicos, establecer vías de comunicación con el INSS para la correcta gestión de las incapacidades relacionadas con estas patologías, evitar estigmatizaciones, incorporaciones laborales inadecuadas, y garantizar un entorno de trabajo seguro (para el propio trabajador y para terceros).
- Establecer criterios de actuación conjunta con la Inspección de Trabajo, para los casos en los que sea precisa su intervención.

Por último, con esta guía, además, proponemos **integrar la exploración de la salud mental del trabajador en la propia actividad de la vigilancia de la salud que establece la LPRL**, ya que, lo que el médico del trabajo debe valorar, es la APTITUD PSICOFISICA del trabajador para su puesto de trabajo, con los medios que tiene a su alcance. Por lo tanto, en cualquier tipo de examen de vigilancia de la salud (inicial, periódico, etc.), además de aplicar los protocolos específicos a los riesgos del puesto de trabajo, se valorará, en la medida de lo posible, y con la ayuda de las herramientas que proponemos, el estado de salud mental del trabajador, así como la interrelación con su entorno laboral.

3. CRITERIOS DE APLICACIÓN

Usuarios de la guía: Médicos del trabajo de los SPRL del ámbito sanitario. También cualquier otro profesional al que su contenido pueda resultar de interés profesional en su práctica diaria (médicos de familia, médicos evaluadores del INSS, personal facultativo de los centros de salud mental, técnicos de prevención de riesgos laborales, etc.).

Población Diana: Dirigido a **todos los trabajadores del ámbito sanitario del SERMAS, atendidos en los SPRL** para la Vigilancia de la Salud, siguiendo el principio de universalidad de la asistencia sanitaria y de la acción preventiva, y que cumplan **criterios de aplicación de programas de salud laboral específicos y/o criterios de derivación a LA UVOPSE, desde los Servicios de Prevención.**

Aplicación: Se realiza a través de los programas de vigilancia de la salud, en los SPRL del SERMAS, **en coordinación con la UVOPSE.**

Financiación pública de las prestaciones: Actividades de los Médicos del Trabajo de los SPRL del SERMAS, PAIPSE, como prestación de la UVOPSE, y recursos sociosanitarios de la red pública (Servicios de Salud Mental de la C.M., Médicos de Atención Primaria), coordinados todos ellos para conseguir una mejor eficiencia en la protección de la salud mental de todos los trabajadores (población diana).

Estos **principios de universalidad** (la población diana no depende de la categoría profesional) **y de financiación pública**, marcan la diferencia con otros programas de colectivos profesionales, más específicos, pero, por ese mismo motivo, más restringidos.

4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

4.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

BUENAS PRÁCTICAS: Compendio de criterios en la organización sanitaria dirigidos a conseguir pautas de actuaciones preventivas e intervenciones saludables, al cumplimiento de la legislación vigente, y a llegar a aquellos puntos en los que la ley dice que es necesario actuar, pero no es explícita en el cómo. Concretamente en esta Guía, dichas pautas de actuación se centran en la intervención sobre trabajadores con problemas de salud mental en organizaciones sanitarias.

VALORACIÓN DEL RIESGO LABORAL: Incluye el proceso general de análisis y evaluación de los riesgos laborales, de los aspectos del trabajo que ostentan la potencialidad de causar daño al trabajador. En esta guía, abarca aspectos de la tarea, del puesto de trabajo, de la interacción de terceras personas, etc., con especial énfasis en los riesgos psicosociales. Es decir, incluye todos aquellos factores laborales, que en interacción con el problema de salud mental del trabajador, pueden suponer un riesgo para sí mismo y/o para terceros.

TRABAJADOR ESPECIALMENTE SENSIBLE: Son aquellos trabajadores que por sus características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica y/o sensorial, son especialmente vulnerables al posible daño de los riesgos derivados del trabajo.

SALUD MENTAL: Según la OMS, la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

TRASTORNO O ENFERMEDAD MENTAL: Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en la que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc., lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural, social y laboral en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

La terminología sobre salud mental a utilizar desde la salud laboral deberá ser objetiva y cuidada, a fin de no proporcionar datos erróneos, erradicar estereotipos y no participar del estigma que en muchas ocasiones acompaña a la persona con un trastorno mental. Por ello, consideramos oportuno en este punto recoger en la [tabla I](#) algunas de las propuestas concretas de la “*Guía de Estilo*” de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos mentales para el tratamiento de la información y comunicación sobre salud mental:

Tabla I. Recomendaciones en el uso de terminología relativa a salud mental

Es adecuado	No es adecuado
Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental como: <i>Persona (o trabajador) con enfermedad mental o con problemas de salud mental.</i>	Términos ofensivos, inexactos y estigmatizantes como: <i>trastornado, perturbado, psicópata, loco.</i>
Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental específico como: <i>Persona (o trabajador) con/que tiene esquizofrenia, depresión, etc.</i>	Términos que etiquetan a los individuos sustantivando su condición: <i>esquizofrénico, depresivo, maniaco, anoréxica, psicótico.</i>
Referirse a los ingresos psiquiátricos como: <i>Ingreso hospitalario en...</i>	Términos anticuados y ofensivos: <i>manicomio, psiquiátrico, reclusión, encierro...</i>
Mencionar los problemas de salud mental en un incidente <i>solamente cuando sea necesario para entender correctamente el hecho</i> , especialmente cuando éstos puedan relacionarse con un hecho negativo.	Mencionar los problemas de salud mental si éstos <i>no son relevantes para la correcta comprensión del hecho.</i>

Codificaciones del trastorno mental:

En la actualidad, el sistema de clasificación psiquiátrica operativa más conocido se denomina **DSM-IV** (se actualiza regularmente), elaborado por la American Psychiatric Association⁴. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* de la misma asociación (DSM-IV-TR) dispone un sistema de clasificación de los trastornos psiquiátricos, que también recoge información de otras áreas fundamentales.

DSM-IV, se compone de cinco ejes:

- En el Eje I se codifica el diagnóstico de Trastorno Psiquiátrico.
- En el Eje II se codifican los Trastornos de la Personalidad y del Desarrollo.
- En el Eje III se describen las Enfermedades Médicas que padece el paciente.
- En el eje IV se describen los Acontecimientos Vitales que haya podido sufrir.
- En el eje V se codifica el Funcionamiento del Sujeto en su Medio, que se puntúa con una escala de adaptación y funcionamiento, con valores entre 100 (sin problemas y con una adaptación óptima) y 0 (peligro inminente de suicidio o completa incapacidad).

No obstante, la comprensión adecuada de un caso psiquiátrico requiere habitualmente más información que la aportada en estos cinco ejes (por ejemplo, información psicológica o sociocultural).

Además existen otras codificaciones de la enfermedad mental. La clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento desde una perspectiva diagnóstica se realiza habitualmente siguiendo los criterios propuestos por la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (versiones CIE-9 y CIE-10)⁴.

La sección F de la **CIE-10 de la OMS**, está dedicada a los “Trastornos mentales y del comportamiento”, y tiene unas categorías parecidas a las del DSM-IV (aunque no se codifican en 5 ejes). La CIE-10 define los diferentes tipos de trastornos mentales en función de la presencia de determinadas conductas anormales, lo que la persona hace o dice y/o de determinados síntomas y señales de malestar. De manera similar, el DSM-IV define el trastorno mental en función de componentes psicológicos (funciones mentales alteradas) y conductuales de un cuadro clínico y de las repercusiones biológicas y de malestar que produce. Así pues, un mismo paciente se puede codificar según el sistema del DSM-IV, o el de la CIE-10.

CIE-9-MC (Novena Revisión, Modificación Clínica) es la traducción oficial de *ICD-9-CM (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification)*. Se trata de una clasificación de enfermedades y procedimientos utilizada en la **codificación de información clínica derivada de la asistencia sanitaria**, principalmente en el entorno de hospitales y centros de atención médica especializada. Se actualiza periódicamente. También contempla la codificación de los trastornos mentales.

4.2. EFECTOS PARA LA SALUD

La Enciclopedia de Seguridad y Salud en el Trabajo de la OIT establece la necesidad de prestar atención a los problemas de salud mental en el trabajo, debido al problema de absentismo que ocasionan (junto con los problemas músculo-esqueléticos, son responsables de las dos terceras partes de todas las bajas anuales de causa médica), sobre todo cuando se estima que un alto porcentaje de los mismos guarda relación con el trabajo⁵. Los riesgos psicosociales serían responsables de un tercio de los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo. El estrés laboral afecta al 30% de los trabajadores europeos, y es una consecuencia de la presencia mantenida de **factores de riesgo psicosociales**, que abarca un amplio espectro de efectos nocivos para la salud: somatizaciones, trastornos mentales (depresiones, estrés postraumático), burnout, conflictividad laboral interna (desde situaciones de conflicto interpersonal hasta verdaderas situaciones de acoso o mobbing) y externa (sobre todo, agresiones de usuarios en empresas de servicios). **Estrés, burnout y mobbing son consecuencias individuales o personales de la presencia de diversos factores de riesgo psicosocial en la organización.**

Las características de las personas también interactúan con los factores psicosociales que puedan estar presentes en su puesto de trabajo, y pueden exacerbar o amortiguar sus efectos. La existencia de un trastorno mental previo, determinados rasgos de carácter o tipos de personalidad, problemas de adicciones, etc. sensibilizarán más a unos trabajadores a la exposición al riesgo psicosocial que a otros (TES).

La mala salud mental resulta costosa, tanto en términos humanos, como económicos. Las consecuencias negativas de la inadecuada gestión del riesgo psicosocial representan un grave problema social: no solo afecta a la salud del trabajador expuesto (accidentes, enfermedades, despidos, incapacidades) y a la “salud de la organización” (altos índices de absentismo, menor rentabilidad, menor calidad del producto, conflictividad interna), sino que suponen un problema social importante (“salud social”). La situación se agrava cuando estas empresas prestan servicios básicos a la sociedad: servicios públicos, policía, bomberos, y personal sanitario. En el caso del personal sanitario, los riesgos psicosociales del trabajo codeterminan no

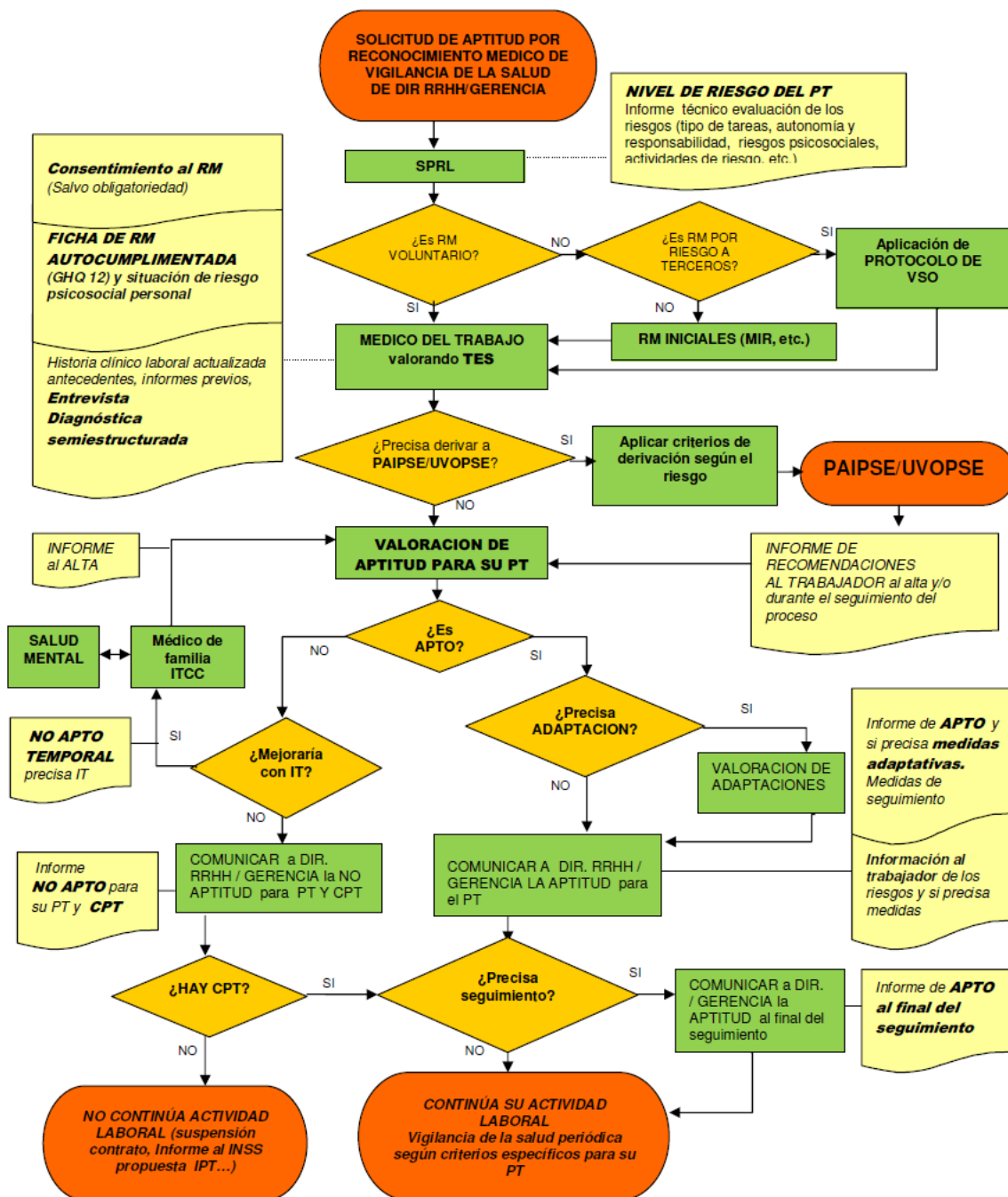
sólo el daño a la salud de los sanitarios, sino la calidad en la atención y la seguridad de los pacientes.

Por todos estos motivos, la OMS ha creado, dentro del marco de plan de la OMS “Lugares de Trabajo Saludables” un programa europeo para la gestión de riesgos psicosociales (European Psychosocial Risk Management Framework (PRIMA-EF) (<http://prima-ef.org/default.aspx>). PRIMA-EF pretende promover las buenas prácticas en la gestión de riesgos psicosociales, a través de recomendaciones basadas en la evidencia, para mejorar la calidad de vida laboral.

5. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Fig. 2. Algoritmo para desarrollar un procedimiento de integración de la salud mental en la vigilancia de la salud laboral

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA SALUD MENTAL EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD (SPRL)



Inicio del procedimiento:

Se inicia este procedimiento con la asistencia del trabajador a la consulta del médico del trabajo del Servicio de Prevención, a instancias de la Dirección de RRHH o Dirección Gerencia, que solicita la aptitud del trabajador para el puesto de trabajo, en cumplimiento de la obligación de ofrecer al trabajador la vigilancia de la salud laboral.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. La Dirección solicita la aptitud para el puesto de trabajo del trabajador al que ofrece el Reconocimiento Médico (RM) y envía al Servicio de Prevención.

2. El médico de trabajo, antes de evaluar al trabajador, debe:

- Consultar el informe técnico de la Evaluación de Riesgos Laborales (ERL) para el puesto de trabajo específico (en ocasiones se necesita información adicional).
- Posicionarse en el tipo de RM solicitado (Art 37 RSPRL)²:
 - a. RM inicial.
 - b. RM tras ausencia prolongada del trabajo por motivos de salud.
 - c. RM periódico específico a los riesgos de su puesto de trabajo.
 - d. RM en situaciones especiales: ej. Permanencia en activo a la edad de la jubilación.

Excepto en los supuestos recogidos en el artículo 22 de la LPRL¹, el **reconocimiento médico siempre será voluntario**. Por ello se ofertará al trabajador la vigilancia de la salud, y este aceptará (prestará su **consentimiento**), o no.

3. El médico del trabajo evaluará la situación individual del trabajador teniendo en cuenta:

- La susceptibilidad personal: si el trabajador presenta algún rasgo, característica personal o patología previa, que le convierta en TES (Art. 25 LPRL)⁽¹⁾ al riesgo psicosocial, con riesgo para su salud (ver punto 9.2.1.2., detección precoz de TES).
- Además tendrá en cuenta el **NIVEL DE RIESGO** del puesto de trabajo (que vendrá dado por la presencia de factores de riesgo psicosocial, el riesgo de la tarea para el propio trabajador (situaciones potencialmente peligrosas) y el riesgo de responsabilidad a terceros (ver puntos 9.1. y 9.2.1.1.)).

Ante la existencia de TES en trabajadores del SERMAS, que reúnan Criterios de Derivación a la **UVOPSE** (ver punto 7.4), se ofrece dicha derivación. Será importante **evitar la “sobreactuación”** en pacientes que ya se encuentran en tratamiento, solicitando a su **especialista del centro de salud mental**, mediante informe escrito, los datos precisos para evaluar la aptitud/recomendaciones laborales.

Se hace preciso mencionar que, en algunos Hospitales, existen **programas de enlace específicos con el Servicio de Psiquiatría del Hospital para valoración de trabajadores**, con unos criterios de inclusión y exclusión determinados, con los que siempre hay que contar, para rentabilizar recursos. En este caso, podrían derivarse trabajadores a este recurso asistencial.

4. Sin perjuicio de la derivación del trabajador a la UVOPSE, se determina si es o no APTO, en el momento actual, para los requerimientos del puesto de trabajo.

5. En el caso de que sea **APTO**, valorar si precisa o no, adaptación de las condiciones de su puesto de trabajo (**Apto con limitaciones y medidas adaptativas**). En caso afirmativo, emitir informe para la Dirección en el que conste el tipo de adaptación propuesto, así como de la periodicidad del seguimiento por el Servicio de Prevención. Informar, así mismo, al trabajador. Emitir informe de aptitud para el puesto de trabajo y continuar con la actividad laboral, en caso de no precisar adaptación ni seguimiento, o tras el periodo de seguimiento previsto. A partir de este momento, la vigilancia de la salud del trabajador seguirá las premisas generales de la prevención, y los criterios previstos en la planificación de la actuación preventiva para ese determinado puesto de trabajo (protocolos de aplicación respecto a los riesgos específicos del puesto, periodicidad de los exámenes de salud, etc.).

6. En el caso de que sea **NO APTO**, valorar:

- **NO APTO TEMPORAL:** el trabajador podría beneficiarse de un periodo de Incapacidad Temporal (IT) durante el cual mejoraría su proceso de salud mental con un adecuado tratamiento. Se derivaría, con un informe de la causa que da lugar a “no apto temporal” a su **médico de familia** de Atención Primaria (AP), o, en el caso de la gestión de la enfermedad común por una mutua de accidentes de trabajo y enfermedad profesional de la Seguridad Social (MATEPSS), al médico de su mutua. El trabajador, al causar alta laboral, aportará un informe actualizado de su proceso al médico del trabajo, para retomar su valoración y la aptitud respecto a la incorporación a la actividad laboral.
- **NO APTO DEFINITIVO:** Si el médico del trabajo considera, en el momento de la evaluación, que es NO APTO y que, además, no es susceptible de mejoría con un período de IT (porque ya lo haya agotado, o porque presenta un proceso determinado que no es compatible con su actividad laboral), emitirá un informe para la Dirección de **NO APTO** para el puesto de trabajo (PT), con PROPUESTA DE CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO (CPT). Informar, así mismo, al trabajador. Si hay otro puesto de trabajo adecuado disponible, se incorporará al mismo, y se valorará si precisa seguimiento por parte del SPRL. Si la Dirección informa de que no hay disponibilidad de un puesto de trabajo adecuado, no podrá continuar con su actividad laboral (suspensión de contrato e informe propuesta de Incapacidad Permanente Total (IPT) al INSS).

Documentación:

A. Documentos requeridos por el médico del trabajo del SPRL:

1. *Solicitud de Aptitud* para el trabajador, por parte de la Dirección (constarán: datos de identificación del trabajador, inicio del contrato de trabajo actual, Puesto de trabajo y turno, motivo de la solicitud y Tipo de RM) (**Anexo I**).

2. Documentos cumplimentados por el trabajador: *Ficha de RM AUTOCUMPLIMENTADA por el propio trabajador* (**Anexo II**), con declaración de veracidad de los datos aportados. Para la vigilancia de la salud bastará el consentimiento verbal, así como el reconocimiento tácito de consentimiento del trabajador, al acudir voluntariamente a la consulta del médico del trabajo. Otros tipos de “Consentimientos Informa-

dos” para determinadas actuaciones, se detallaran en esta Guía, en su apartado correspondiente.

3. Informe técnico de la ERL (consultar los riesgos del puesto de trabajo asignado al trabajador al que se va a realizar el examen de salud).

4. Eventuales informe/s de otros especialistas que hayan valorado el estado de salud mental del trabajador.

B. Documentos emitidos por el médico del trabajo del SPRL:

1. *Ficha de RM con Aptitud*, cumplimentada por el Médico del Trabajo (con aptitud y recomendaciones) ([Anexo III](#)).

2. Historia Clínico-laboral.

3. Solicitud de valoración por UVOPSE ([Anexo IV](#)). El objetivo de la ficha de derivación es recoger los datos clínico-laborales básicos del trabajador que puedan ser necesarios para su valoración y orientación en dicha unidad.

4. Informe de No apto temporal y necesidad de IT para médico de familia ([Anexo V](#)).

5. *Informes a la Dirección Gerencia, en términos de aptitud para el puesto* ([Anexo VI](#)):

a. APTO.

b. APTO CON LIMITACIONES y medidas adaptativas.

c. NO APTO y propuesta de CPT.

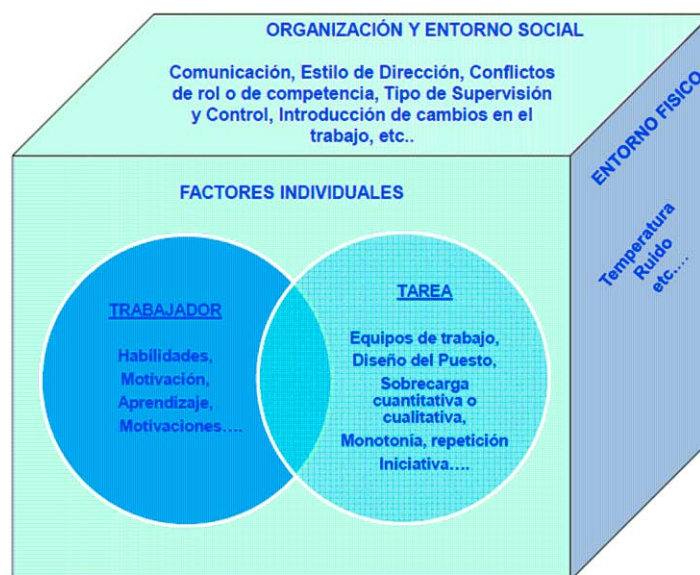
6. *Informe Médico del SPRL al INSS* ([Anexo VII](#)), conforme modelo consensuado por AMMTAS e INSS en el año 2011.

6. EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

6.1. ¿POR QUÉ SE DEBE EVALUAR EL RIESGO PSICOSOCIAL?

Los **factores psicosociales** en el trabajo son un conjunto de interacciones o relaciones entre, por una parte, el trabajo, el medio ambiente de trabajo, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización; y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo e incluso en la seguridad en el trabajo⁶. Son complejos (Fig. 3), y además, interactúan con las percepciones y experiencias del trabajador. Están presentes en todas las organizaciones y, en sí mismos, pueden tener efectos positivos o negativos. Se convierten en **factores de riesgo psicosocial** cuando son disfuncionales y provocan respuestas de inadaptación⁷.

Fig. 3. Interrelaciones entre los diferentes factores psicosociales



Los **factores de riesgo psicosocial** son *aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también llamamos **estrés** (INSHT). Los factores psicosociales representan la exposición (o los factores de riesgo), la organización del trabajo el origen de ésta, y el estrés el precursor del efecto (enfermedad o trastorno de salud que pueda producirse y que debemos prevenir)*⁸. El estrés puede definirse como un estímulo (desencadenante), como una respuesta (consecuencia para la salud) o como un proceso. Entre los factores de riesgo psicosociales y sus efectos sobre la salud, no se da una relación tan evidente y directa como la que existe por exposición a otros factores de riesgo (p. ej. Hipoacusia profesional por exposición al ruido), entre otros motivos, porque los primeros son de

diversa naturaleza, actúan de forma mantenida o intermitente, e influyen las variables personales del propio trabajador en cuanto a la manera de percibir el riesgo.

*Los efectos sobre la salud son inespecíficos, y se manifiestan a través de mecanismos emocionales (sentimientos de ansiedad, apatía, etc.), cognitivos (dificultad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.), conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, etc.), y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas)*⁷.

Según datos de La IV Encuesta Europea⁹, en el año 2005, la prevalencia de trabajadores que padeció estrés laboral fue de un 22%, un 18% manifestó insatisfacción en su trabajo y un 5% refirió haber padecido acoso. En el informe de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA)¹⁰, se pone de manifiesto que **el estrés es el segundo problema de salud más común en el trabajo, y afecta al 22% de los trabajadores de la UE-27**. Es probable que aumente el número de personas que sufren dolencias relacionadas con el estrés, provocadas o agravadas por el trabajo, y hasta un 50 a 60% de las bajas laborales estarían relacionadas con el estrés¹⁰. El coste que representa, tanto en sufrimiento humano como en perjuicios económicos, es enorme. De la Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER)¹¹, realizada por la EU-OSHA (2009-2010) se obtuvieron las siguientes conclusiones:

La gestión de los riesgos psicosociales es más frecuente en el sector sanitario y social, y en las grandes empresas.

- El uso de procedimientos formalizados para la gestión de los riesgos psicosociales solo está generalizado en algunos países (Irlanda, Reino Unido, Países Bajos y países escandinavos). Los países del sur de Europa —salvo España— parecen menos sensibilizados sobre el riesgo psicosocial.
- La formación y los cambios en la organización del trabajo son las opciones más frecuentes para abordar los riesgos psicosociales.
- Los principales factores impulsores en la gestión del riesgo psicosocial son: el cumplimiento de las obligaciones jurídicas y las solicitudes de los trabajadores.

Para los próximos años se prevé un aumento de la exposición de los trabajadores de países desarrollados a riesgos psicosociales debido, sobre todo, a cambios socioeconómicos, demográficos y políticos, incluido el fenómeno actual de la “globalización”¹². Las principales áreas de riesgos psicosociales emergentes que se han identificado son:

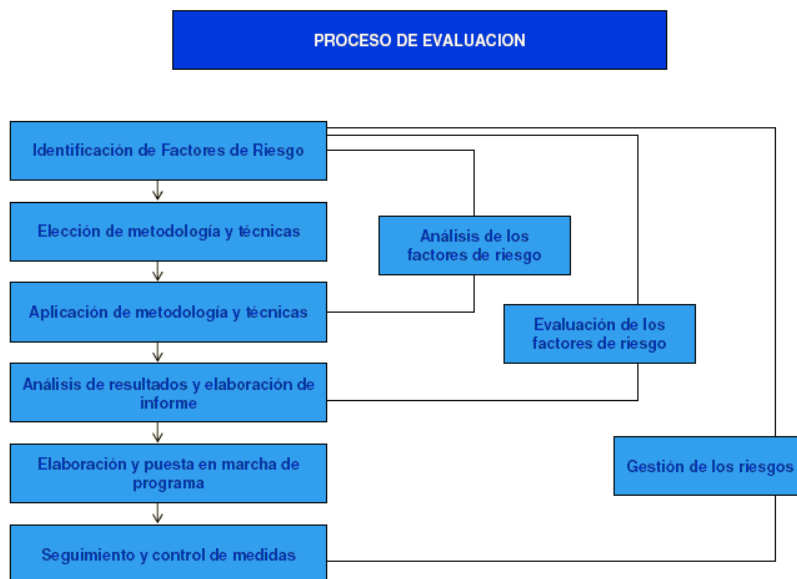
1. ***Nuevas formas de contratación laboral e inseguridad en el puesto de trabajo.*** La aparición de contratos de trabajo más precarios, la tendencia a la producción ajustada y a la subcontratación, pueden afectar a la salud y la seguridad de los trabajadores.
2. ***El envejecimiento de la población activa.*** Los trabajadores de mayor edad son más vulnerables a los riesgos que se derivan de unas condiciones de trabajo deficientes.
3. ***Intensificación del trabajo.*** Muchos trabajadores manejan volúmenes de información cada vez mayores y han de hacer frente a cargas de trabajo superiores y a una mayor presión en el ámbito laboral, sin las adecuadas compensaciones.

4. **Fuertes exigencias emocionales en el trabajo.** Esta cuestión genera gran preocupación, sobre todo en los sectores de la asistencia sanitaria y de los servicios en general.
5. **Desequilibrio entre la vida laboral y personal.** Un desequilibrio entre la vida laboral y personal tiene un efecto perjudicial para el bienestar del trabajador.

Según datos de la VI Encuesta Española de Condiciones de Trabajo (INSHT, 2009)¹³ un 12% de los trabajadores españoles se encuentran expuestos a factores de riesgo psicosocial, un 3% refieren situaciones de acoso psicológico, un 7% manifiestan importante percepción de estrés y más del 10 % manifiestan somatizaciones, como efectos de la exposición a factores de riesgo psicosocial.

La **Guía de Actuación Inspectoral en factores Psicosociales (Inspección de Trabajo y Seguridad Social, 2006)**¹⁴ establece que la evaluación psicosocial, debe exigirse, en principio, a todas las empresas cualquiera que sea su actividad. No obstante, dado que la primera obligación de las empresas conforme al art 15 1 a) de la LPRL es la de evitar los riesgos, y sólo se evalúan los riesgos no evitados, la obligación primera de las empresas en esta materia será la de identificar y analizar las condiciones de trabajo que favorecen la aparición de riesgos psicosociales (valorar indicadores laborales y médicos de posible riesgo psicosocial), y sólo en el caso de que existan, se procedería a su evaluación. De esta manera, la Inspección de Trabajo establece dos niveles de exigencia diferenciados: un nivel básico o de **identificación y análisis**, y un nivel avanzado o de **evaluación propiamente dicha** (utilizando un método general de Evaluación de Riesgos Psicosociales). Idénticas recomendaciones establece el INSHT¹⁵, según se recoge en la Fig. 4.

Fig. 4. Proceso de Evaluación de Riesgos Laborales (INSHT)



Según NTP 702 (INSHT)

La **Evaluación de Riesgos Laborales (ERL)** es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos **riesgos que no hayan podido evitarse**, obteniendo la información necesaria para que el empresario pueda tomar una decisión adecuada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y el tipo de medidas a adoptar (Art. 3

del RSPRL). Para realizar la ERL se necesita un **método de Evaluación**, procedimiento o instrumento válido de medida y valoración, que permite obtener información y llevar a cabo el análisis de las condiciones de trabajo. Se precisa seleccionar el método más adecuado, **que proporcione confianza** en los resultados de la Evaluación. (Art. 5.1 RD 37/1999, RSPRL)².

La **Evaluación de Riesgos Psicosociales (ERP)** es el proceso dirigido a estimar la magnitud de aquellos Riesgos Psicosociales que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para que el empresario pueda tomar una decisión adecuada sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas el tipo de medidas a adoptar. La ERP supone la identificación, valoración y control de los factores de riesgo de origen psicosocial y es parte integral del proceso de evaluación de riesgos que exige la LPRL (Fig. 5).

Fig. 5. Evaluación de Riesgos Psicosocial



La ERP valorará factores de riesgo, y no, consecuencias de dichos factores. Estrés, burnout y los problemas de salud mental asociados al mobbing son consecuencias individuales o personales de la exposición a determinados factores de riesgo psicosocial y por tanto, su detección precoz entra dentro de la vigilancia de la salud.

La evaluación del riesgo psicosocial no sólo debe ser un impositivo legal^{1,2}, ni un fin en sí misma, sino una herramienta de gestión que forma parte del proceso de mejora de las condiciones de trabajo.

6.2. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

La actuación sobre los factores de riesgo psicosocial debe estar integrada en el proceso global de gestión de la prevención de riesgos de la empresa¹⁵. Se distinguen tres etapas (ver Fig.4), en las que deben participar todos los agentes implicados:

1. **Etapa de análisis:** en una primera fase, se deben identificar los factores de riesgo (y buscar los indicadores correctos); en una segunda fase, se debe elegir la metodología de evaluación y las técnicas aplicables; y en una tercera fase, se debe planificar y realizar el trabajo de campo.

2. **Etapa de Evaluación:** contempla la primera etapa, y una fase final de análisis de resultados y elaboración de un informe.
3. **Gestión integrada de los riesgos:** completa la etapa de evaluación, con una fase de elaboración y puesta en marcha de un **programa de intervención**, y, una fase final de **seguimiento y control** de las medidas adoptadas.

Cuando se buscan indicadores de factores de riesgo de estrés, Roozeboom y col (2008) distinguen dos tipos⁷:

- **Indicadores de exposición:** aquellos que corresponden a los elementos que activan las respuestas en los trabajadores (p.ej.: intenso ritmo de trabajo, sobrecarga de tarea, poca autonomía sobre la tarea, etc.).
- **Indicadores de consecuencias:** aquellos que indican los problemas de salud y las consecuencias presentes en los trabajadores (p.ej.: presencia de trastornos musculoesqueléticos en los trabajadores, el absentismo, la disminución de la productividad, etc.).

Una vez que se estudian los indicadores de factores de riesgo psicosocial en una determinada empresa, y se hace patente que deben evaluarse se debe elegir un método de evaluación adecuado a las características de la empresa (tipo de empresa, características de organización, turnos, diversidad de la población trabajadora, etc.). Es necesario elegir un método que mida lo que se desea medir: magnitud de los factores de riesgo psicosocial de la evaluación inicial de riesgos, estudio de un determinado factor de riesgo en profundidad, etc.

Según la información que se desee obtener de la aplicación de un método de investigación (tabla II), se pueden elegir¹⁵:

- **Métodos cuantitativos:** analizan datos cuantitativos sobre las diferentes variables, tratan de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a la población de la cual procede la muestra, miden prevalencias e intensidad de exposición, y sirven para una estimación de la magnitud del riesgo. Son objetivos pero ofrecen resultados impersonales. Utilizan cuestionarios o encuestas.
- **Métodos cualitativos:** evitan la cuantificación, estudian contextos estructurales y situacionales, son subjetivos (recogen registros narrativos de los fenómenos estudiados). Son fuertes en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa, lo obtenido no es generalizable a la población. Utilizan técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas, o los grupos de discusión.

Puede ser muy útil **combinar diseños de estudio cuantitativo y cualitativo** para un proceso de ERP¹⁵.

Tabla II. Clases de Métodos ERP según el tipo de información que se desea obtener de su aplicación

M. Cuantitativos	Se usan cuando se trata de analizar todos aquellos aspectos en que la cantidad, su incremento o decremento constituyen el objeto del problema que ha de ser explicado. <i>P. ej.: determinar el % de trabajadores que han recibido formación en un área. Se obtienen prevalencias.</i>	Técnica más utilizada: Encuesta Cuestionario
M. Cualitativos	Se usan cuando se trata de obtener información acerca de por qué las personas piensan o sienten de la manera que lo hacen. <i>P. ej.: determinar qué opinión merece un programa de formación impartido.</i>	Técnicas más utilizadas: -Grupo de discusión -Entrevista
M. Mixtos	Se usan cuando se trata de obtener datos cuantitativos y cualitativos, son más globales pero de difícil aplicación.	Combinar técnicas

Según el alcance de la medición que se desee obtener en el ámbito de la psicología¹⁵, se pueden elegir diversos métodos que se sintetizan en la **Tabla III**. Abarcan, desde metodologías globales de evaluación de riesgos genéricos, que contemplan factores psicosociales, hasta escalas y subescalas de medición de efectos para la salud (ansiedad, Burnout, etc.). No todas estas herramientas están diseñadas para la evaluación inicial de riesgos psicosociales (evaluación de la magnitud de los riesgos que no se hayan podido evitar).

Tabla III. Clases de Métodos ERP según el alcance de medición

M. Globales de ERL	Su objetivo es la evaluación global de las condiciones de trabajo e incluyen algún módulo referente a F. Psicosociales. Ej.: PVCHECK, etc. Muy incompleto para ERP
M. Generales de evaluación de condiciones ergonómicas (incluye R. Psicosocial)	Su objetivo es la evaluación específica de riesgos ergonómicos en la que se incluyan los R. Psicosociales. Ej.: LEST, Perfil de Puestos, ANACT, etc. Muy incompleto para ERP
M. Generales de evaluación de Riesgos Psicosociales	Su objetivo es la ERP. Se dirigen a toda la población (si es muy extensa, muestra representativa) que se desea estudiar, para detectar R. Psicosociales que pueden incidir en la salud, pero no pretenden evaluar consecuencias concretas (p. ej. mobbing). Ej.: FPSICO del INSHT, ISTAS21.
M. Específicos para evaluar un factor o área Psicosocial o sus consecuencias (efectos)	Pretenden evaluar las consecuencias sobre la salud derivadas de la exposición a riesgos. Ej.: m. de evaluación de estrés (VBBA, IRE-32, NIOSH Generis Job Stress Questionnaire, JCQ, WOCCQ, etc.), de Burnout (MBI, Staff Burnout Escala, etc.), de Mobbing (Leymann Inventory of Psychological Terrorization), etc. Miden efectos de la exposición, no riesgos para la salud. Muy concretos, pero no sirven para la Evaluación de Riesgos.
M. Específicos por área de actividad para evaluar los riesgos Psicosociales de dicha actividad	Su objetivo es realizar una Evaluación de Riesgos Psicosociales a un determinado sector laboral. Ej.: INERMAP (método del Instituto Mapfre Ergonomía), SANIMAP en sector sanitario.

Modificado de la NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación.

A la hora de elegir una metodología de evaluación, el primer paso es delimitar el objeto de la misma, especialmente en lo referente a dos aspectos:

1. **Especificidad:** Según se trate de una evaluación inicial o de la evaluación de un problema concreto (por ejemplo, Burnout) se seleccionarán *técnicas globales o específicas*.
2. **Población Diana:** en función de que se evalúe a un colectivo amplio de trabajadores a grupos, equipos de trabajo o a individuos concretos se podrán utilizar técnicas de muestreo, listas de chequeo, métodos cualitativos, cuestionarios, etc.

Una vez delimitado el objeto de evaluación podremos elegir entre los diversos métodos (Tabla III):

1. **Métodos Globales de Evaluación de Condiciones de Trabajo:** LEST, ANACT, etc. Se trata de metodología general de evaluación de las condiciones laborales que incluyen apartados de evaluación de factores de riesgo psicosocial.
2. **Métodos Globales de Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial:** F-Psico (INSHT), ISTAS (Adaptación española del original del Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca), el Cuestionario de Factores Psicosociales de Navarra, etc. Abarcan la evaluación más o menos completa de diversos factores de riesgo psicosocial.
3. **Métodos sobre Factores Específicos de Riesgo Psicosocial:** la Escala de Clima Social en el Trabajo (WES), la Escala de Conflicto y Ambigüedad de Rol, Working Conditions, etc. Cada uno de ellos evalúa en profundidad un factor de riesgo.
4. **Métodos de Evaluación de Riesgos Psicosociales Específicos:** Maslach Burnout Inventory (MBI), Inventario de Acoso Laboral de Leymann (LIPT-60) o los múltiples cuestionarios que existen para la evaluación del estrés laboral. Analizan las consecuencias individuales de la exposición a determinados factores de riesgo, salvo algunos que evalúan todo el proceso (el Cuestionario de Desgaste Profesional en Médicos (CDPM) evalúa antecedentes o factores de riesgo, síndrome y consecuencias para la salud).
5. **Cuestionarios de Salud Percibida:** Más que medir los factores de riesgo psicosocial, evalúan posibles consecuencias para la salud de los mismos. Se incluyen aquí instrumentos como el SF-36, el Test de Salud Total o las distintas versiones del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ).

En la selección de un instrumento u otro influirán, además, otros factores:

- Tamaño de la muestra de estudio y ámbito de aplicación (algunos métodos exigen un determinado tamaño muestral).
- Preparación requerida por el técnico/a que realice la evaluación.
- Factores de riesgo psicosocial e indicadores de cada metodología (no todos los métodos evalúan los mismos factores).
- Coste que suponga su uso (en recursos humanos, logísticos...).
- Tiempo para la realización del proceso completo de evaluación.
- Posibles daños a la salud y bienestar asociados a cada tipo de evaluación.

Para la ERP inicial se utilizará un método general de evaluación de factores de riesgo psicosociales¹⁵, que mida factores de riesgo psicosocial (y no consecuencias de la exposición), que sea válido, y que proporcione confianza en los resultados de la evaluación.

Métodos generales de evaluación de factores de riesgo psicosocial

Los métodos más utilizados en el sector sanitario son:

- **Método FPSICO del INSHT:** Es un instrumento de aplicación individualizada que permite realizar un diagnóstico de la situación psicosocial de una empresa o de áreas parciales de la misma.

La nueva versión (FPSICO 3.0) está disponible en la página web del INSHT desde abril de 2011. Consta de una aplicación informática. Su objetivo es aportar información para poder identificar cuáles son los factores de riesgo en una situación determinada, a partir de los cuestionarios de aplicación individual. Pueden destacarse algunos cambios en esta versión 3.0, como la ampliación de indicadores referidos a las exigencias emocionales del trabajo, y la inclusión del tiempo de trabajo, en el que se incluyen aspectos de conciliación. Asimismo se ha incluido algún ítem referido a la posible exposición a conflictos o conductas violentas (Tabla IV). Por otra parte contiene unas fichas de ayuda referidas tanto a la recopilación previa de información como a la planificación de las actuaciones preventivas. La aplicación informática incluye información de utilidad práctica para orientar las medidas de intervención que deberían llevarse a cabo en la empresa en el ámbito psicosocial¹⁶.

Tabla IV. Método FPSICO. Versión 3.0

Método	N.º Ítems	Variables a evaluar
FPSICO 3.0 del INSHT (disponible desde abril 2011)	89 ítems (en 44 preguntas)	-Tiempo de trabajo. -Autonomía. -Carga de trabajo. -Demandas psicológicas. -Desempeño de rol. -Supervisión/Participación -Interés por el Trabajador/ compensación. -Relaciones y apoyo social.

Método de ER Psicosociales elaborado por el INSHT que permite obtener una evaluación para cada uno de los 9 factores mencionados. Se obtiene evaluaciones grupales de trabajadores en situaciones relativamente homogéneas.

La presentación de resultados se ofrece en 2 formatos diferentes: Perfil Valorativo (valora si el nivel de media de las puntuaciones del colectivo analizado en cada uno de los factores se encuentra a no en nivel de riesgo adecuado) y Perfil Descriptivo (porcentaje de elección de cada opción de respuesta, para cada factor, con todos sus Items).

El tiempo estimado para su realización es de 35-40 minutos aprox. Se trata de una APLICACIÓN INFORMÁTICA. La propia aplicación contempla propuestas de intervención.

Tabla modificada de: Procedimiento general de evaluación de Riesgos Psicosociales. Gobierno de Navarra.

- **Método ISTAS 21:** Es una metodología para la evaluación de riesgos laborales de naturaleza psicosocial que utiliza como herramienta principal la adaptación para el Estado español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ). Aunque presenta tres versiones, la que más aplicaciones prácticas tiene es la versión media (la corta sólo es de aplicación en empresas de menos de 30 trabajadores, y la larga está destinada a la investigación) (Tabla V).

Tabla V. Método ISTAS 21

Método	N.º Ítems	Variables a evaluar
ISTAS 21 Versión media	124 (6)	-Exigencias psicológicas. -Trabajo activo y posibilidades de desarrollo. -Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo. -Compensaciones.

Traducción y adaptación al Estado Español del CUESTIONARIO PSICOSOCIAL DE COPENHAGUE. Versión para empresas de mas de JO trabajadores.

Permite obtener una evaluación para 20 factores de riesgo psicosocial (dimensiones) englobados en las 4 variables, además de evaluar la “doble presencia” (2 1 dimensiones).

El análisis de los resultados es estandarizado. Al no disponerse de “valores límite” de exposición frente a los factores de riesgo psicosocial, los resultados se comparan con una población de referencia (la población ocupada de la Comunidad Foral de Navarra).

Es un Instrumento de Evaluación de Riesgos Psicosociales Internacional Tiempo de realización: 40 minutos aprox.

Existe aplicación informática.

Tabla modificada de: Procedimiento general de evaluación de Riesgos Psicosociales. Gobierno de Navarra, 2006.

Combina técnicas cuantitativas (análisis epidemiológico de información obtenida mediante cuestionarios estandarizados y anónimos —garantía de confidencialidad—) y cualitativas en varias fases (grupo de trabajo tripartito para la planificación de la evaluación y la interpretación de los datos; y círculos de prevención para la concreción de las propuestas preventivas).

El marco conceptual del método está basado en la Teoría General de Estrés, el uso de cuestionarios estandarizados y el método epidemiológico. Integra las dimensiones de los modelos “demanda-control-apoyo social” de Karasek, y el modelo “esfuerzo-recompensa (ERI)” de Siegrist, y asume también la “teoría de la doble presencia”. Se evalúan 21 dimensiones psicosociales agrupadas en cuatro variables a las que se suma la variable de la doble presencia (Tabla VI).

El análisis de los datos está estandarizado y se realiza en dos fases. La primera, descriptiva, a través de una aplicación informática. La segunda, interpretativa, a través de la presentación de los resultados descriptivos en forma gráfica y comprensible^{8,17}.

Tabla VI. 21 dimensiones del Método ISTAS 21

21 Dimensiones	Factores Psicosociales	Descripción de las dimensiones
Exig. Psic. Cuantitativas Exig. Psic. Sensoriales Exig. Psic. Cognitivas Exig. Psic. emocionales Esconder emociones	Exigencias Psicológicas	Cantidad de trabajo y tiempo para realizarlo. Precisión, concentración, atención constante. Toma de decisiones, manejar conocimientos, memorizar. Afectan a nuestros sentimientos. Opiniones negativas sobre jefes/compañeros/usuarios.
Influencia Control tiempos de trabajo Posibilidades desarrollo Sentido trabajo Integración empresa	Trabajo activo y desarrollo de actividades	Margen de decisión y autonomía respecto al contenido del trabajo. Margen de autonomía sobre tiempos de trabajo y descansos. Oportunidades de desarrollo de habilidades y conocimientos propios. Ver sentido al trabajo: estar ocupado y obtener a cambio ingresos. Implicación de los trabajadores con la empresa.
Claridad rol Conflicto rol Previsibilidad Apoyo social Refuerzo Posibilidad relación social Sentimiento grupo Calidad de liderazgo	Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo	Definición del puesto de trabajo. Conflicto personal entre valores personales y exigencias tarea. Información adecuada y suficiente para adaptarnos a los cambios. Recibir ayuda de compañeros/superiores cuando se necesita. Feedback: información para modificar fallos y mejorar el aprendizaje. Necesidad de relacionarse socialmente. Estado de ánimo y clima en el ambiente de trabajo. Calidad de los mandos para asegurar motivación de trabajadores.
Estima Inseguridad	Compensaciones	Reconocimiento de los superiores. Temporalidad, precariedad laboral.
Doble presencia		Exigencia laboral y doméstica simultánea.

Además de los mencionados métodos generales de evaluación de riesgos psicosociales, a continuación, se mencionan otros métodos que pueden resultar útiles en el ámbito sanitario:

- **SANIMAP** (aplicación en el ámbito sanitario de INERMAP (método del Instituto MAPFRE Ergonomía): Utiliza como herramienta de aplicación un cuestionario de 57 ítems, y las variables analizadas son: distribución y diseño, comunicación, control y liderazgo, carga mental, turnicidad y satisfacción social. Presta especial atención a los trastornos del sueño derivados del trabajo nocturno¹⁷.
- **Metodología PREVENLAB psicosocial**: es un sistema de análisis, evaluación, gestión e intervención respecto de los factores de riesgo psicosociales, desarrollado por la Universidad de Valencia. Se basa en la concepción teórica del modelo AMIGO, desarrollado por el profesor José M. Peiró, y pretende proporcionar un sistema de actuación profesional que permita el análisis y evaluación de riesgos, como base para una posterior intervención profesional especializada, desde un modelo de estrés laboral. Se necesita una elevada cualificación técnica y conocimiento del método para su aplicación¹⁷.
- **ERGODEP**: Es un método de Prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales dirigido específicamente a los centros de atención a personas en situación de dependencia (residencias de mayores, etc.), desarrollado por el Instituto Biomecánico de Valencia (IBV), y de amplio uso en la comunidad valenciana. Es muy específico del sector al que va dirigido. Tiene en cuenta los dos principales factores de riesgo de los profesionales del sector: el ergonómico y el psicosocial¹⁸.

La bondad de un método vendrá dado fundamentalmente por su adecuación a la idiosincrasia y características de un entorno laboral¹⁹.

Por ejemplo, el método SANIMAP, se centra de forma muy específica en el factor de riesgo de los turnos, sobre todo el turno nocturno, y podría ser un buen método de evaluación en centros hospitalarios dónde la turnicidad genere situaciones de estrés en la plantilla, pero no sería de aplicación en la evaluación de centros de atención primaria (con turnos fijos y sin turno nocturno), donde los problemas detectados²⁰ son de otro tipo: sobrecarga emocional, propio de la necesidad de trabajo en equipo y por la tarea continuada de atención al público (indicadores: reclamaciones de usuarios, registros de situaciones conflictivas con usuarios, comunicaciones de situaciones conflictivas entre compañeros, etc.), así como las altas exigencias sensoriales (la elevada carga mental, con necesidad de mantener la atención y la precisión de la tarea) y las exigencias psicológicas cognitivas (exigencias de memorización, necesidad de tomar decisiones rápidas y difíciles, etc.). Indicadores: número de bajas de la plantilla, estratificadas por categorías profesionales y centros de trabajo.

7. PROTOCOLO MÉDICO ESPECÍFICO. ACTUACIONES EN VIGILANCIA DE LA SALUD FRENTE AL RIESGO PSICOSOCIAL

7.1. HISTORIA CLÍNICO-LABORAL

La vigilancia de la salud laboral está sometida a **protocolos específicos** con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador. El RSPRL² determina que el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas establecerán la periodicidad y contenidos específicos de cada caso.

Con carácter general, no se incluirán entre las actividades sanitarias desarrolladas por las unidades de vigilancia y control de la salud de los SPRL la realización de exploraciones y pruebas no relacionadas con los riesgos laborales específicos de las tareas asignadas a los trabajadores o con riesgos inespecíficos que puedan dar lugar a agravar patologías previas. En todo caso, toda prueba o exploración deberá acompañarse de la mención explícita del riesgo o problema de salud asociado a la actividad laboral que se pretende examinar, sin que esto suponga detrimento de la autonomía técnica y científica de los profesionales sanitarios ni de su facultad para la realización de pruebas o exploraciones que consideren relevantes según criterio médico (Art 3.3 del RD 843/2011, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención)²¹.

Los datos mínimos de la historia clínico-laboral quedan recogidos en el artículo (Art 37.3.c) del RSPRL². En el **Anexo II** se recogen estos aspectos básicos de identificación, y antecedentes personales y laborales del trabajador, que deben recogerse y que puede cumplimentar el propio trabajador.

Además, el Médico del Trabajo ampliará la información (descripción de anteriores puestos de trabajo, riesgos presentes y tiempo de permanencia para cada uno de ellos), realizará una **entrevista personal** que recogerá los datos de la anamnesis por sistemas, órganos y aparatos y realizará una exploración física sistematizada. Cada uno de estos apartados es susceptible de enfoques específicos según el protocolo de riesgo aplicado.

La exploración de la salud mental del trabajador debe estar integrada en la propia actividad de la vigilancia de la salud, **ya que es el médico del trabajo quien debe valorar la aptitud psicofísica del trabajador, para su puesto de trabajo, con los medios que tenga a su alcance**. En consecuencia, en cualquier examen de vigilancia de la salud (inicial, periódico, etc.) además de aplicar los protocolos específicos a los riesgos del puesto de trabajo, se valorará, en la medida de lo posible, y con la ayuda de las herramientas que proponemos, el estado de salud mental del trabajador, así como la interrelación que pueda mantener con su entorno laboral.

7.2. EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE SALUD MENTAL

Para dicha evaluación será clave la Entrevista clínica (**modelo de entrevista breve semiestructurada, Anexo VIII**), ajustada al caso y orientada al conocimiento del problema y sintomatología asociada, estado mental del trabajador y repercusiones de la situación (personales, sociales y laborales). La entrevista psiquiátrica (semiestructurada) comienza

en el momento en que se tiene contacto con el trabajador. Se le debe dejar que hable libremente, evitando preguntas directas, así como el enfrentamiento y las interpretaciones personales, realizando una transcripción literal de los síntomas relevantes.

Para la valoración del **riesgo personal de un trabajador** de padecer una alteración del estado de salud mental con repercusión en el trabajo, o a consecuencia del mismo, es fundamental que el médico del trabajo realice una **exhaustiva historia clínico laboral**, incorporando las pautas de la entrevista psiquiátrica en los requerimientos de la historia clínico-laboral (Art.37 RSPRL)²:

1. Antecedentes:

- a. Laborales: “trabajos de riesgo” para consumo de alcohol o drogas (p.ej. camareros, relaciones sociales de discotecas y otros centros de ocio, etc.), descripción de trabajos anteriores y tiempo de permanencia. Causas de abandono.
- b. Familiares: Antecedentes psiquiátricos en la familia, riesgo genético por conductas de adicción en padres. Cargas o problemas familiares importantes.
- c. Personales: Ansiedad y mala respuesta adaptativa al estrés, somatizaciones, trastornos psicológicos y/o psicopatológicos (cuadros depresivos previos, trastornos desadaptativos, trastornos de personalidad, patrones de baja autoestima) o de conductas adictivas previas.

2. Historia actual:

- a. Características del Puesto de trabajo: descripción (horario, turnos), especificar la complejidad de la tarea (toma de decisiones rápidas, importantes exigencias cognitivas, elevada responsabilidad hacia terceras personas, manejo de equipos de trabajo o entornos peligrosos, etc.) y la referencia a los protocolos que sean de aplicación, según los datos de la ERL. Especificar la descripción del riesgo psicosocial del puesto de trabajo (ERP).

En situaciones dónde la descripción del trabajador no se corresponde con lo objetivado en el informe de evaluación para el puesto, es recomendable realizar entrevistas semiestructuradas de escucha activa a compañeros, subordinados y/o superiores, con las adecuadas garantías de confidencialidad, para clarificar la presencia o no de un determinado riesgo psicosocial, en el puesto de trabajo.

- b. Anamnesis general (por órganos y aparatos) y de la esfera psicológica (**entrevista semiestructurada de escucha activa**). Síntomas actuales: tristeza, ansiedad, angustia, fobias, etc. Preguntar de qué manera percibe que los síntomas actuales limitan su actividad laboral y otras actividades diarias (conducir vehículo, realizar actividades domésticas, etc.).
- c. Hábitos tóxicos (especificar el consumo de tabaco, alcohol, sustancias de abuso, bebidas excitantes), consumo de fármacos (en especial psicofármacos) y actividades de ocio (discotecas, deportes...).

3. Exploración general:

Los elementos básicos⁴ a evaluar son:

- a. Descripción general: Aspecto (impresión física, vestimenta, aseo...), conducta explícita y psicomotriz (lenguaje fluido o no, signos físicos de ansiedad, alteraciones de la marcha...) actitud (colaboradora, hostil, defensiva, impulsiva...).

- b. Humor y afectividad: Emoción persistente, respuestas emocionales expresadas y grado de adecuación de las mismas al contexto.
- c. Percepción: Eventuales alteraciones sensorio-perceptivas, identificando el sentido afectado, contenido de la experiencia alucinatoria o ilusoria y circunstancias que concurren.
- d. Sensorio y Cognición: Identificando procesos mentales con alteraciones de contenido (con delirios, obsesiones, fobias, ideas recurrentes, etc.), de conciencia (sobre sí mismo y el entorno), orientación (temporal y espacial), memoria (remota, y reciente), concentración y atención.

Valorar de forma específica:

- a. **Presencia de signos de alarma** en cuanto a su aspecto general (estado nutricional, palidez), aspecto (vestimenta y aseo descuidado o no, higiene personal), actitud (colaboradora, defensiva o claramente hostil), postura (tensa o relajada), mímica facial, signos de ansiedad (inquietud, irritabilidad, sudoración profusa, temblores), signos de tristeza (emotividad, anhedonia, cambios de humor, arreactividad), atención y concentración (normal, hipervigilante o distraído), memoria (si manifiesta defectos de memoria reciente, inmediata o remota), sensorio-percepción (alucinaciones, ilusiones, despersonalización, desrealización), deterioro cognitivo (se pueden utilizar test, como minimental), agresividad (hacia los otros o hacia sí mismo), alteraciones del lenguaje y de la manera de expresarse, contenido del pensamiento (ideas obsesivas, fobias, delirios) y, por último, tener conciencia o no de la propia enfermedad (introspección o insight)⁴.
- b. **Signos de sospecha de simulación:** presentar periodos frecuentes de IT previos, utilizar contestaciones “desde el punto de vista del que lo cuenta”, y no “del que lo vive” (relato aprendido, no vivido), emociones incongruentes con el relato, actitud anómala (de franco enfrentamiento o de excesiva complacencia), presencia de síntomas contradictorios, contestaciones erróneas a preguntas evidentes, contestaciones evasivas, falta de datos de incompreensión o extrañeza y ausencia de rectificaciones espontáneas⁴.
- c. Exploración física general (según otros protocolos de aplicación) y, más específicamente, **exploración neurológica** (reflejos, equilibrio, coordinación, temblores...).

4. Pruebas complementarias: su indicación depende de los protocolos de Vigilancia Sanitaria Específicos que sean de aplicación por su puesto de trabajo. Según los datos recogidos en la anamnesis, se podrían realizar estudios más específicos (ver punto 7.3 de esta Guía).

Además, se tendrán en consideración los siguientes elementos²²:

- 1. Historia psiquiátrica, psicosocial y laboral previa.
- 2. Tipo de diagnóstico/s.
- 3. Gravedad clínica. Identificando la presencia de:
 - Pensamientos de auto/heterolesión.
 - Ideación autolítica.
 - Delirios o alucinaciones francas.
 - Cuadro de agitación o pérdida del autocontrol.

- Patología orgánica asociada.
 - Situación de consumo y/o abstinencia de drogas que comporte un peligro para la praxis.
4. Especialidad de riesgo (médicos y enfermeros de urgencias, de cuidados intensivos, cirujanos, anestelistas, y/o otros puestos de elevada responsabilidad respecto a terceros).
 5. Condición de TES a determinados riesgos (Art. 25 de la LPRL).
 6. Condiciones de trabajo de elevado riesgo psicosocial.

Valoración de trabajadores con alteración del estado de salud mental

Para la **valoración en el SPRL del trabajador con un estado de salud mental alterado**, se debe prestar especial atención, ante **señales** tales como²³:

- Comportamiento alterado con patrones desadaptativos de conducta e incumplimiento manifiesto de las demandas propias del rol profesional como: excesiva e inadecuada irritabilidad, apatía, inhibición y falta de responsabilidad en el cumplimiento de las tareas propias del rol profesional, aislamiento, problemas de comunicación y/o frecuentes conflictos interpersonales, convenientemente objetivados por varios observadores externos.
- Hiper-reactividad al estrés cotidiano con baja tolerancia a situaciones estresantes comunes: como cambios en rutinas laborales, situaciones de incertidumbre y conflictos inherentes a la actividad laboral.
- Incumplimiento de los hábitos básicos de auto-cuidado: hábitos de salud y aspecto externo.
- Padecimiento de enfermedades crónicas (como las neurológicas) que impliquen deterioro de la capacidad funcional, necesidad de asumir el rol de enfermo y ausencia de conciencia de enfermedad.
- Situaciones estresantes específicas graves con repercusión en la salud mental (vivencia de un acontecimiento traumático, muerte de un familiar próximo, separación de la pareja, situaciones económicas desfavorables, etc.)

Otros aspectos a considerar serán²⁴:

- La existencia o no de conciencia de enfermedad en el trabajador enfermo, de su gravedad y de la importancia de sus repercusiones probables.
- Existencia de tratamiento psiquiátrico previo y grado de adherencia al mismo.
- Disponibilidad de apoyo socio-familiar.
- Posibilidad de establecer un compromiso terapéutico y de controlar su eficacia y continuidad y para la prevención de recaídas y la realización aleatoria de la determinación de los niveles de fármacos y/o de presencia de tóxicos.
- Valoración de los riesgos que pudieran resultar para la salud propia y de terceros.

Los **parámetros de gravedad** a considerar serán²⁵:

- a. La gravedad diagnóstica (psicosis, depresión mayor, trastorno neurótico severo, crisis adaptativa severa, alcoholismo y adicciones severas, trastornos alimentarios graves) combinada o no con situaciones o grupos de riesgo.
- b. Comorbilidad de distintas patologías psíquicas o físicas.

- c. Grado de discapacidad producido (en relación con autocuidado y salud, afrontamiento personal y social, autonomía personal y social y tratamiento).
- d. Repercusión del trastorno sobre el medio familiar y social (valorando el riesgo de heteropeligrosidad).
- e. Autopeligrosidad (riesgo autolítico).
- f. Precariedad o agravantes de la red social (soporte social y factores que dificulten la contención y/o obstaculicen el tratamiento).
- g. Características de la demanda (voluntaria o involuntaria, nivel de sufrimiento y motivación).
- h. Tiempo de evolución del trastorno (agudo o crónico).
- i. Complejidad del manejo terapéutico (prestaciones necesarias, trabajo en red y necesidad de coordinación entre diferentes servicios).
- j. Aparición de los síntomas en etapas de especial relevancia evolutiva (por ejemplo al inicio de la actividad laboral).

En el caso de los trastornos mentales graves se considerará la **posibilidad de riesgo para la seguridad del propio paciente o para terceros**:

- La confirmación del mismo por el propio paciente a lo largo de la entrevista de apertura de historia y/o la entrevista clínica.
- Quejas y/o reclamaciones de pacientes sobre ese profesional recogidas por escrito, que hagan presuponer el riesgo.
- Manifestaciones en este sentido, reiteradas y concretas, de compañeros y/o supervisores.
- Manifestaciones en este sentido por parte de familiares o acompañantes.
- Conocimiento del terapeuta responsable del caso al realizar la evaluación y abordaje del mismo.

Si en la valoración del trabajador por el médico del Trabajo del SPRL se estima la pertinencia de **derivación a la UVOPSE**, según los criterios que se detallan en el punto 7.4 de esta Guía, serán estos profesionales los que continúen la valoración y seguimiento del estado de salud mental del trabajador.

7.3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Es necesario descartar posibles causas orgánicas enmascaradas por los síntomas psiquiátricos o concomitantes, y para ello, en ocasiones, se requerirán pruebas complementarias:

1. Aplicación en la consulta de diversos **Test psicométricos**: *Cuestionario de Salud General de Goldberg* (GHQ-12), Cuestionarios para diagnóstico de demencias y deterioros cognitivos (mini mental, en [Anexo IX](#)), cuestionarios de CAGE o AUDIT para diagnóstico de dependencia alcohólica ([Anexo X](#)), etc. MBI y LIPT no son instrumentos diagnósticos como tales, sino auto-registros (con derechos de autor).
2. **Analítica de sangre**, en función de la sospecha diagnóstica establecida **puede ser necesario algún perfil específico** para descarte de otras patologías. (P. ej.: hormonas tiroideas, función hepática completa, etc.).

3. **Interconsulta a diferentes especialistas:** al Neurólogo (diagnóstico diferencial con demencias, tumores en SNC, cuadros de epilepsias con crisis complejas, miastenia, etc.); a Medicina Interna (sospecha de infecciones /abscesos en SNC), al Reumatólogo (sospecha de fibromialgia, etc.).
4. Pruebas de **radiodiagnóstico** complementarias (RMN o TAC para descartar patología tumoral o vascular, atrofia cortical, etc.).

Controles de drogas en el lugar de Trabajo (CDLT)

Los CDLT han demostrado una gran utilidad para el control de las drogodependencias en las empresas²⁶, siempre que sólo sean una herramienta más de un programa integral de prevención de drogodependencias encuadrado **en el marco de una Política de Prevención de Drogas en la empresa**, garantizándose la confidencialidad y el derecho de intimidad, así como el “deber de asistencia” de la organización. Es una estrategia polémica, considerando también las dificultades en la interpretación de los resultados. En el punto 9.3.1 se aborda la gestión de un plan de prevención específico frente a drogodependencias y sustancias de abuso en el ámbito sanitario.

Aunque se sospeche la posibilidad del consumo de drogas entre los trabajadores, **el problema del trabajador adicto a drogas sólo entrará en el ámbito de los riesgos laborales en el momento en que se considere (y se documente) que dicho trabajador puede representar un problema de seguridad, por ser un riesgo para sí mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa** (Art. 22 LPRL)²⁷. Sólo en este supuesto, no sería preciso recabar su consentimiento, porque entraría en el ámbito de la VSO. Según una sentencia del Tribunal Constitucional en un caso de despido improcedente, por un positivo a drogas en orina en una auxiliar administrativo, “la obligatoriedad no puede imponerse, en cambio, si únicamente está en juego la salud del propio trabajador, sin el añadido de un riesgo o peligro cierto objetivable, pues aquél es libre para disponer de la vigilancia de su salud sometiéndose o no a los reconocimientos en atención a las circunstancias y valoraciones que estime pertinentes para la decisión”²⁸.

La realización de **pruebas de detección de drogas en los reconocimientos médicos, también puede estar contemplada en los protocolos de vigilancia de la salud específicos a determinados riesgos evaluados** (ERL). Sólo se realizarán a aquellos trabajadores en los que esté protocolizado en su puesto, por riesgo a terceros, además de a sí mismos (P. ej.: pilotos de aviones, conductores de metro, etc.). En estos casos nos encontramos ante un supuesto excepcionado por la LPRL de obtener el consentimiento del trabajador.

En resumen: **no se pueden realizar pruebas fuera del contexto que marca la norma** (protocolos específicos según los riesgos detectados). Caso de contemplarse como prueba complementaria del examen de salud, debe ceñirse estrictamente a procedimientos de calidad que garanticen la **fiabilidad del proceso**.

Requisitos^{27, 29} de los CDLT:

1. **Las pruebas deben ser fiables.** En screening se utilizan técnicas de inmunoanálisis. La cromatografía de gases con espectrofotometría de masas (GC-MS) es una prueba confirmatoria y se considera la prueba más fiable en la actualidad. Por las implicaciones legales, se deben realizar pruebas confirmatorias^{30, 31}.

2. **El laboratorio debe tener experiencia acreditada** en el análisis de drogas y garantizar la posibilidad de un contraanálisis (descartar “falsos positivos”), si se precisa.
3. **La elección de la muestra debe ser la adecuada** a la indicación del CDLT.
 - **La orina es el fluido biológico preferido, siempre que se garantice la autenticidad de la muestra** para evitar los “falsos negativos” por su adulteración^{29, 30}.
 - **Las muestras de sangre no estarían indicadas para los CDLT**, sólo en urgencias clínicas, para consumos recientes, ya que las sustancias psicoactivas tienen una vida media muy corta en sangre (1 hora para la cocaína)²⁹.
 - **Las muestras de pelo se pueden indicar para demostrar un consumo a largo plazo**, aunque con cautela: es posible “el falso negativo” por tintes capilares (con peróxido) o color claro del cabello (la concentración de drogas fijadas es mucho menor que en presencia de melanina), se precisa adiestramiento para realizar la toma de muestra (Tabla VII), algunas sustancias (las drogas ácidas) son muy difíciles de detectar y es posible el riesgo de “falsos positivos exógenos” (contaminación de la cara externa del pelo por las concentraciones de drogas ambientales)^{30, 32}. **Las pruebas de drogas en pelo pueden ser un complemento a otros procedimientos diagnósticos o para establecer una historia de consumo de droga a lo largo del tiempo.**
4. Protocolizar en un documento la actuación en cuanto a la recogida, custodia y envío de muestra²⁹.

Tabla VII. Pautas para la recogida de muestra de pelo para análisis toxicológico

Zona de recogida de muestra

VERTEX (región posterior de la cabeza). Un 85% de esta área presenta pelo en fase de crecimiento activo, y por tanto, se podría fijar en ella mayor cantidad de droga.

Lugar de recogida de muestra

En las dependencias del Servicio Médico. Siempre deben obtenerse las muestras en un ambiente no contaminado por la droga.

Procedimiento

Cortar (no arrancar) el cabello al rás (lo más próximo posible al cuero cabelludo, pero sin raíz).

Cantidad de muestra

100a 200 mg. de pelo (mechón de diámetro similar al de un lápiz o grosor de un dedo delgado). Es la cantidad de muestra suficiente para permitir estudios de screening y de confirmación (GC-MS). Se debe custodiar muestra durante un periodo de tiempo.

Longitud mínima

Mechón de al menos de 1 cm de largo.

Preparación de la muestra para envío

Pegar con cinta adhesiva el mechón de pelo en un folio de papel por sus dos extremos, indicando con una anotación cuál es la parte proximal (cercana a la raíz) y cuál es la distal (punta). La muestra no debe estar húmeda, secarla primero.

Introducir en un sobre de papel, junto con el volante peticionario adecuadamente cumplimentado (identificación, tipo de muestra, análisis solicitado, etc.).

Las muestras de pelo pueden ser conservadas a temperatura ambiente, no necesitan nevera.

Tomado de Perkins de Piacentino (2005)

Controles de abuso de alcohol en los trabajadores

De manera similar a lo descrito para el CDLT, no se pueden realizar pruebas (control biológico para abuso de alcohol) fuera del contexto que marca la norma (**protocolos específicos según los riesgos** detectados, VSO). Se deben valorar los criterios de aptitud ante cada caso individual (punto 9 de esta Guía).

Se pueden solicitar al laboratorio³³:

- **Marcadores inespecíficos:** Aumento de los niveles sanguíneos de gamma glutamil transpeptidasa (GGT), transaminasa glutámico oxalacética (GOT) o aspartato aminotransferasa (AST), y la transaminasa glutámico pirúvica (GPT) o Alanina aminotransferasa (ALT), además del Volumen Corpuscular Medio (VCM) de los hematíes. **La elevación de GGT, GOT, GPT (indicadores de daño hepático) y VCM se utilizan en la clínica para ayuda en el diagnóstico y evolución de la dependencia alcohólica.**
- **Marcadores específicos:** La determinación sérica de la **transferrina deficiente en carbohidratos (CDT)**, servirá para detectar consumos de etanol superiores a 50 gr/día, durante al menos una semana. Al normalizarse, a los 15 días de la abstinencia, cualquier incremento posterior será indicativo de una recaída en el consumo. **No servirá para consumos esporádicos o inferiores a 50 gr.** No suele alterarse por otras enfermedades o por el consumo de fármacos u otras sustancias.
- La **concentración de etanol en sangre** sólo es útil en presencia de síntomas agudos por consumo reciente. Evitar el error metodológico en la toma de muestra: evitar utilizar alcohol, u otro antiséptico local con sustancias reductoras, antes de la venopunción (“falsos positivos”). La conservación de las muestras de sangre requiere:
 - Uso de recipientes de plástico con cierre hermético sin cámara de aire (el oxígeno podría oxidar al etanol y disminuir su concentración).
 - Conservantes: fluoruro de sodio (anticoagulante y preservador) o bien oxalato y citrato (anticoagulante).
 - Utilizar tapones que no sean de goma, ya que la goma podría contener vulcanizantes, sustancias reductoras (evitar falsos positivos).
 - Conservación en frío de la muestra (en nevera a 4 °C).

En puestos de trabajo que precisan la conducción de vehículo (conductores de ambulancias, personal sanitario que realiza avisos o asistencia domiciliaria, etc.) se contemplará que la legislación española no permite la conducción de vehículos si la **tasa de alcoholemia supera los 0,5 gramos por litro en sangre** (equivale a 0,25 mg/L en aire espirado). No debe superar los 0,3 g/L (equivale a 0,15 mg/L en aire) en caso de conductores noveles (menos de 2 años de carnet) o profesionales (camión y autobús). Por encima de estas cifras, se aplican sanciones con penas agravadas desde la última reforma del Código Penal en materia de Seguridad Vial (Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal)³⁴.

7.4. CRITERIOS DE VALORACIÓN Y DERIVACIÓN

En función de una primera valoración, el Médico del Trabajo procederá a la posible derivación del trabajador a un recurso específico de atención (Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, UVOPSE-PAIPSE) y/o a contemplar la necesidad de baja laboral con derivación a su médico de Atención Primaria (Ver punto 5 de esta guía, procedimiento de actuación. Fig. 2).

7.4.1. Derivación a UVOPSE/PAIPSE

Procedimiento de derivación

Dentro del Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE), la UVOPSE es la actual unidad asistencial para valoración y orientación hacia un proceso terapéutico, dedicada al personal sanitario de la Comunidad de Madrid³.

La limitación de los recursos de la Unidad hace necesaria la remisión de los pacientes a centros o unidades asistenciales específicas cuando:

- Sea preciso por la duración del proceso terapéutico indicado (por ejemplo, centros de salud mental).
- Existan necesidades de unidades de tratamiento específico (como centros de día, unidades de trastorno de personalidad, de trastornos de alimentación, de desintoxicación, etc.).
- Sea preciso la remisión a otros recursos con instrumentación y medios adecuados (como unidades de hospitalización breve, servicios de urgencias...) o casos en los que la alteración psíquica sea crónica (unidades específicas de psicoterapia, centros de salud mental,...).

En ocasiones, la valoración e intervención temprana que se realiza en la UVOPSE, posibilita el abordaje y resolución de la alteración psíquica presente. Otras veces con el inicio de diferentes intervenciones terapéuticas tempranas (psiquiatría, psicología, DUE y/o trabajo social), se puede conseguir una suficiente conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica y tratamiento de la sintomatología más desestabilizante, que permitirá establecer una orientación hacia un plan terapéutico en unas condiciones adecuadas y suficientes para aumentar su eficacia.

La solicitud de la asistencia en la UVOPSE puede producirse, bien *a petición propia del trabajador sanitario*, o bien *derivado* desde Atención primaria o especializada. Concretamente, desde los SPRL, objeto de esta Guía, el procedimiento de derivación será el siguiente:

1. **Solicitud de cita** a través del **teléfono 91 330 39 26** (en horario de mañana). Preferentemente mediante llamada del propio trabajador, para comenzar una adecuada implicación personal. Si esto no es posible, en su defecto, podrá ser realizada por el médico del trabajo, en presencia del trabajador.
2. Cumplimentación, por parte del SPRL, de la **Ficha de Derivación (Anexo IV)**, con el objetivo de que el trabajador sanitario la entregue en la UVOPSE en su primera cita.
3. Cuando se considere necesario, se aportarán además análisis y/o informes clínicos complementarios.

Criterios de inclusión al PAIPSE

Asistencia clínica al personal sanitario con problemas de salud mental y/o conductas adictivas con las siguientes características:

- **Criterio de *voluntariedad***: Las valoraciones no tienen finalidad de peritaje y la inclusión voluntaria en el Programa es imprescindible.
- **Criterio de *gravedad***: Psicosis, trastornos de la personalidad y trastornos depresivos graves, trastorno relacionados con sustancias adictivas.
- **Criterio de *repercusión laboral significativa***: Cuando los problemas de salud mental tengan una incidencia negativa en el medio laboral, sea con los compañeros o con los usuarios del servicio.
- **Criterio de *riesgo grave para la salud propia o de terceras personas***.
- **Criterio *preventivo***:
 - *Tras exposición a situación traumática*: Por ejemplo, haber sido víctima de una agresión física en el lugar de trabajo (como pauta de seguimiento y prevención ante el posible desarrollo de un trastorno de estrés postraumático).
 - *Tras reacción adaptativa con síntomas moderados/graves*: Secundarias a conflictos personales, laborales, sociales... que pueden ser detonante de trastornos crónicos persistentes.

Criterios de exclusión al PAIPSE

- Personal sanitario que ya esté realizando un proceso terapéutico en salud mental.
- Trastornos mentales y conductas adictivas que por su extrema gravedad requieran **asistencia psiquiátrica urgente**. Éstas deberán ser atendidas en el Servicio de Urgencias (ver punto 8.1.1 de esta Guía).
- Los riesgos psicosociales del trabajo (violencia interna o externa, acoso psicológico, conflictos interpersonales, desgaste profesional o *Burnout*, etc.), deberán ser valorados en el SPRL correspondiente, atendiendo la UVOPSE **sólo** las posibles consecuencias para la salud mental del trabajador (si los hubiere).

Es necesario evitar el uso indiscriminado e instrumental del abordaje psiquiátrico o psicológico por la búsqueda de un beneficio secundario. Sirva de ejemplo **la búsqueda de informes psiquiátricos con la finalidad de un cambio de puesto de trabajo pero sin la intención de buscar la atención psíquica del problema**²².

Criterios de Valoración en la UVOPSE

A diferencia de los Centros de Salud Mental, donde los pacientes crónicos quedan adscritos como “centro de referencia”, la UVOPSE es una unidad funcional en la que se lleva a cabo el PAIPSE con los **objetivos básicos** de:

- Prestar la atención sanitaria, ayuda y apoyo psicosocial necesarios al personal sanitario enfermo que lo precise, para favorecer su recuperación y rehabilitación en una primera etapa de intervención.
- Proponer y orientar hacia un proyecto terapéutico.
- Prevenir situaciones indeseables, que pudieran sobrevenir como consecuencia de estos trastornos.

- Preservar la calidad de los actos profesionales y del servicio que se presta a los ciudadanos.

La asistencia al personal sanitario dentro del PAIPSE incluye la **valoración y atención** en los siguientes ámbitos:

- Valoración psiquiátrica y psicosocial del sanitario enfermo que lo precise, estabilización clínica, y seguimiento hasta el alta y/o derivación del programa, mediante consultas externas programadas. Protocolo asistencial:
 1. Apertura de Historia Clínica.
 2. Entrevista de Acogida, con presentación de la Unidad y recogida de datos sociodemográficos.
 3. Evaluación clínica y psicométrica.
 4. Solicitud de pruebas complementarias e interconsultas en los casos en los que se considere conveniente.
 5. Intervención temprana, propuesta de tratamiento y elaboración de un plan terapéutico.
- Durante ese proceso se realiza una atención y orientación psiquiátrica, psicológica, social y de cuidados de enfermería, siempre en función de las necesidades detectadas, así como la colaboración con los profesionales de otros centros sanitarios que sean convenientes para conseguir realizar el mejor tratamiento posible en cada caso.

No será objeto de la UVOPSE evaluar (y por lo tanto informar al respecto) sobre la aptitud laboral ni adecuación al puesto de trabajo de los pacientes atendidos (tarea correspondiente al Médico del Trabajo). Se realizarán **informes clínicos, psicológicos y/o sociales de la situación de los pacientes y su posible menoscabo psíquico, planteando las posibles dificultades en el desarrollo de su profesión** y en la vivencia subjetiva del paciente para llevar a cabo o no las labores fundamentales de su puesto de trabajo. El profesional de la UVOPSE entregará el informe en mano al trabajador, salvo en los casos legalmente preceptivos (en TMG y caso certero de riesgo para terceros o para si mismo), que pudiesen requerir otras intervenciones (comunicación al SPRL, INSS, etc.)³.

La compatibilidad de la realidad externa (condiciones del medio laboral) y las dificultades intrapsíquicas, que pueden suponer **la necesidad o no de la adecuación del puesto de trabajo, dependerá del criterio que el Médico del Trabajo estime oportuno**, para lo cual podrá precisar del trabajador una copia de su informe, o solicitar información adicional a la UVOPSE con el acuerdo del trabajador, valorando, en la medida de lo posible, las recomendaciones laborales emitidas por el profesional de la UVOPSE³ (Anexo IV).

7.4.2. Derivación a Atención Primaria/Especializada

La valoración y prescripción de la Incapacidad temporal (IT) la realiza el médico de familia en Atención Primaria, pudiendo recabar los informes especializados que precise. En ocasiones, por considerar que sus síntomas están ocasionados por su situación laboral o porque sus superiores y/o compañeros temen por su seguridad y la del entorno, el trabajador con un problema de salud mental, acude a la consulta del SPRL. Si de la valoración del trabajador, el médico de trabajo estima que dicho trabajador presenta una limitación importante o total para seguir desarrollando su

trabajo debido a una alteración psicopatológica transitoria, procederá, a emitir un informe de “**No Apto temporal**”, y a considerar:

- Diagnóstico diferencial: descartar que sea un cuadro orgánico el desencadenante de los síntomas y signos psicopatológicos (anamnesis, exploraciones y pruebas complementarias, si lo estima conveniente) y, si es preciso, consulta a otros especialistas.
- Derivación a su médico de familia de Atención Primaria (AP), o, en caso de tener Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social (MATEPSS) con concierto de gestión de “Enfermedad Común (EC)”, al médico de su mutua. Será el médico de familia el que, a partir de ese momento, tendrá a su cargo al trabajador, como paciente, para iniciar/continuar proceso asistencial del trabajador y gestión de IT, hasta alta por curación o mejoría. Al alta, el trabajador se incorporaría de nuevo a su puesto de trabajo, y volvería a ser valorado por el médico del trabajo del SPRL (Ver punto 5 de esta guía, procedimiento de actuación, y punto 8.1, Reconocimiento Médico tras ausencia prolongada por motivos de salud).

El médico del trabajo, independientemente de estas consideraciones previas, también determinará si el trabajador presenta, o no, criterios de derivación al PAIPSE.

Derivación a Atención Primaria

Inicio del Procedimiento de Derivación al médico de familia para inicio de IT:

- Por medio de la emisión de un “**Informe de derivación del médico del trabajo al médico de familia por NO APTO TEMPORAL para su puesto de trabajo**” (Anexo V).
- El médico del trabajo debe aportar al médico de familia la información relativa a la complejidad de la tarea y a las dificultades del trabajador para poder realizarla adecuadamente (cumplimentando el campo “Otros datos de interés”).

Valoración de la necesidad de incapacidad laboral transitoria:

Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones⁴:

- **La mayoría de las alteraciones leves son compatibles con una actividad laboral adecuada**, aunque a expensas de un esfuerzo personal, que en ocasiones es necesario mantener como factor beneficioso de su estabilización.
- El tratamiento con ansiolíticos o antidepresivos, no es indicativo, “per se”, de severidad o de limitación funcional. En estos casos, el trabajador no precisaría dejar de trabajar, sino, en la medida de lo posible, una **Adaptación Transitoria del Puesto de Trabajo** (evitarle situaciones desencadenantes de estrés: turnos rotatorios, prolongaciones de jornada, turno nocturno, tareas con requerimientos elevados, etc.), intentando normalizar la situación previa de forma progresiva, mientras se da tiempo a que el tratamiento mejore su situación personal. En ese caso, es el médico del trabajo del SPRL el que, considerando las características del puesto de trabajo, y la situación clínica del trabajador (con los informes que aporte del tratamiento que esté realizando), emitirá un informe de *aptitud con medidas de adaptación y periodicidad del seguimiento*.
- La **psiquiatrización de la vida**⁴ (desmotivación, descontento, frustración, tristeza, apatía) no es sinónimo de enfermedad. La ausencia de felicidad no

da derecho a exigir obligaciones a la sociedad. La percepción del trabajador de que su situación personal no le permite trabajar, no es motivo de IT. Se debe valorar también la **yatrogenia de la IT** (la actividad laboral en muchas ocasiones es un factor positivo en la recuperación del paciente, sobre todo cuando no es previsible que las limitaciones mejoren con un periodo de IT).

— El **grado de discapacidad debe ser objetivable, contrastando:**

- **La situación clínica actual** (objetivización funcional): se llevará a cabo por medio de la interpretación de los datos obtenidos en la entrevista clínica, de las repercusiones somáticas de los procesos (estigmas físicos) y de otros indicadores sobre su gravedad o evolución (IT frecuentes previas, asistencias a urgencias, ingresos, procedimientos judiciales, situaciones de conflicto en el trabajo, etc.). En caso de existir **limitaciones, deben afectar todas las esferas (biológica, psicológica, laboral, social y familiar) de forma similar y congruente.**
- **La repercusión sobre su situación laboral:** analizando la complejidad de su tarea (exigencias sensoriales y/o cognitivas, presiones de tiempos o ritmos elevados de trabajo, alto nivel de responsabilidad, necesidad de toma rápida de decisiones, consecuencias de un posible error en su trabajo y responsabilidades a terceros). Durante las situaciones agudas (depresión, estrés post-traumático...), y en algunos procesos residuales, subyace una **dificultad para solventar problemas**, bien por una mayor utilización de **reacciones emocionales** en los enfrentamientos, o bien por una dificultad importante o **incapacidad para la toma de decisiones.**

— El **grado de discapacidad no está correlacionado con el diagnóstico, sino con la repercusión que tenga un determinado proceso sobre el nivel de funcionamiento de cada individuo**⁴ (según sus condiciones laborales concretas).

— Valorar el tipo de contingencia: en general, la IT por trastorno mental, **es una contingencia derivada de Enfermedad Común (ITCC).**

— **Excepciones:** Trastornos adaptativos, trastornos de estrés post-traumático o depresión reactiva **secundaria a un Accidente de Trabajo o sus secuelas** (siempre que haya una relación causal proporcional y exista declaración del accidente de trabajo).

En los casos de posible acoso laboral (mobbing), la determinación de la contingencia como laboral no es competencia de un médico (ya sea el Médico de Familia, el Médico del Trabajo, o la Inspección Médica), sino judicial (el acoso laboral es una conducta delictiva, no un diagnóstico). Es difícil que la empresa reconozca la causa laboral, ya que el acoso está tipificado como delito. El médico sólo debe valorar el estado psicopatológico que presente un trabajador tras una situación percibida como víctima de acoso laboral, y, en caso de precisar IT, considerar ITCC (si judicialmente se resuelve la situación como Mobbing, se tramitará el cambio de la contingencia).

A continuación (Tablas VIII a XIII), se han resumido los trastornos psicopatológicos más prevalentes, tomados de la **Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria**⁴, y, se les ha asignado la estimación de duración de IT en días, que establece el INSS, como datos orientativos (**Tiempos estándar de Incapacidad Laboral**³⁴). (Ver punto 4.1 de esta *Guía, Definiciones y Conceptos*).

Tabla VIII. Trastornos afectivos (del humor)

Trastornos afectivos	Código CIE-10	Código CIE-9-MC (DSM IV)	Tiempo IT estándar en días
1. Episodio maníaco	F 30	296.0	60
2. Hipomanía	F 30	296.4	60
3. Hipomanía	F 31	296.xx	
– Hipomaníaco	F 31.0	296.40	60
– Maníaco	F 31.1/2	296.4	60
– Depresivo	F 31.3/4/5	296.5	90
– Mixto	F 31.6	296.6	120
4. T. Depresivo mayor, episodio único	F 32	296.2	60
5. T. Depresivo mayor, recidivante	F 33	296.3	90
6. Distimia	F 34.1	300.4	45
7. Ciclotimia	F 34.0	301.13	30
8. Otros trastornos del humor	F 38	296.90	60
9. T. del ánimo debido a enfermedad médica	F 06.xx	296.83	60

Tabla modificada de: Guía de valoración de Incapacidad laboral para médicos de atención primaria y Tiempos estándar de Incapacidad Temporal (2.º Ed.) INSS.

Tabla IX. Trastornos de ansiedad

Trastornos de ansiedad	Código CIE-10	Código CIE-9-MC (DSM IV)	Tiempo IT estándar en días
T. de Ansiedad Generalizada	F 41.1	300.02	30
T. de pánico	F 41.0	300.01	30
Agorafobia	F 40.0	300.22	20
Fobias sociales	F 40.1	300.23	14
T. Mixto Ansioso-Depresivo	F 41.2	No incluido	
T. de Ansiedad sin especificación	F 41.9	300.00	20
T. de Estrés Post-traumático	F 43.1	309.81	90
T. de Adaptación	F 43.2	309.xx	No incluido
T. de Ansiedad debido a enfermedad médica	F 06.4	293.84	15

Tabla modificada de: Guía de valoración de Incapacidad laboral para médicos de atención primaria y Tiempos estándar de Incapacidad Temporal (2.º Ed.) INSS.

Tabla X. Trastornos psicóticos

Trastornos psicóticos	Código CIE-10	Código CIE-9-MC (DSM IV)	Tiempo IT estándar en días
Esquizofrenia:	F 20	295	90
– E. Paranoide	F 20.0	295.3	90
– E. Hebefrénica/Desorganizada	F 20.1	295.1	No incluido
– Catatónica	F 20.2	295.2	No incluido
– Indiferenciada	F 20.3	295.9	90
– Depresión postesquizofrenia	F 20.4	No incluido	No incluido
– E. Residual	F 20.5	295.6	No incluido
T. Esquizotípico	F 21	301.22	No incluido
T. Ideas Delirantes (paranoia)	F 22	297.1	60
T. Psicótico Agudo/Breve	F 23	298.8	60
T. Ideas Delirantes Inducidas	F 24	297.3	No incluido
T. Esquizoafectivo	F 25	295.7	90
T. Psicótico no especificado	F 29	298.9	60
T. Esquizofreniforme	F 20.8	295.4	90
T. Psicótico debido a enfermedad médica	F 06.x	293	60

Tabla modificada de: Guía de valoración de Incapacidad laboral para médicos de atención primaria y Tiempos estándar de Incapacidad Temporal (2.º Ed.) INSS.

Tabla XI. Trastornos de personalidad

Trastornos de personalidad	Código CIE-10	Código CIE-9-MC (DSM IV)	Tiempo IT estándar en días
TP Paranoide	F 60.0	301.0	30
TP Esquizoide	F 60.1	301.2	No consta
TP Esquizotípico	F 21	301.22	No consta
TP Disocial/Antisocial	F 60.2	301.7	No consta
TP Inestabilidad emocional/Límite	F 60.3	301.83	No consta
TP Histriónico	F 60.4	301.50	No consta
TP Narcisista	F 60.8	301.81	No consta
TP Ansioso/Por evitación	F 60.6	301.82	No consta
TP Dependiente	F 60.7	301.6	No consta
TP Anancástico/Obs-comp	F 60.5	301.4	30
TP No especificado	F 60.9	301.9	30

Tabla modificada de: Guía de valoración de Incapacidad laboral para médicos de atención primaria y Tiempos estándar de Incapacidad Temporal (2.º Ed.) INSS.

Tabla XII. Trastornos somatomorfos

Trastornos somatomorfos	Código CIE-10	Código CIE-9-MC (DSM IV)	Tiempo IT estándar en días
T. de Somatización	F 45.0	300.81	60
T. Somatomorfo Indiferenciado	F 45.1	300.81	60
Disfunción Vegetativa Somatomorfa	F 45.3	No incluido	No incluido
T. de Dolor Persistente Somatomorfo	F 45.4	307.8x	No incluido
T. Hipocondríaco	F 45.2	300.7	4
T. Dismórfico Corporal	F 45.2	300.7	4
T. Somatomorfo no especificado	F 45.9	300.81	60
T. de Conversión	F 45.4	307.8x	No incluido

Tabla modificada de: Guía de valoración de Incapacidad laboral para médicos de atención primaria y Tiempos estándar de Incapacidad Temporal (2.º Ed.) INSS.

Tabla XIII. Trastornos disociativos

Trastornos disociativos	Código CIE-10	Código CIE-9-MC (DSM IV)	Tiempo IT estándar en días
Amnesia Disociativa	F 44.0	300.12	No incluido
Fuga Disociativa	F 44.1	300.13	No incluido
Estupor Disociativo	F 44.2	No incluido	No incluido
Trastornos de Trance y de Posesión	F 44.3	No incluido	No incluido
Trastornos Disociativos de la Motilidad	F 44.4	300.11	20
Convulsiones Disociativas	F 44.5	300.11	20
Anestesias y Pérdidas Sensoriales Disociativas	F 44.6	300.11	20

Tabla modificada de: Guía de valoración de Incapacidad laboral para médicos de atención primaria y Tiempos estándar de Incapacidad Temporal (2.º Ed.) INSS.

Se prescribirá IT cuando el trabajador presente una limitación funcional para desempeñar su actividad laboral, o cuando el desempeño de su actividad laboral tenga repercusiones negativas sobre su patología, y sea previsible que la emisión de dicha IT vaya a servir para la mejoría del enfermo.

Derivación a Salud Mental (Atención Especializada)

Habitualmente el trabajador enfermo con un trastorno mental accede a Atención Especializada derivado desde su médico de familia. Cuando es valorado en el SPRL suele tener un diagnóstico y un tratamiento pautado en su Centro de Salud Mental.

En los trabajadores del ámbito sanitario, sobre todo en Centros Hospitalarios con Psiquiatría y Salud Mental en su Cartera de Servicios, pueden observarse dos patrones diferentes en lo relativo a la demanda de valoración por un psiquiatra:

- Los que reconocen su propia sintomatología y desean sentirse bien, pero no saben a quién pedir ayuda: son pocos los que consultan directamente con el psiquiatra, y, la mayoría de las veces, suelen acudir al SPRL, con el argumento de que el proceso que sufren está motivado por una causa laboral.
- Los que, reconociendo su malestar, acuden directamente al Servicio de Salud Mental. Son pocos los que siguen esta vía, porque la salud mental todavía está

estigmatizada en nuestra sociedad, y pocos son los que reconocen un problema de salud mental, y cuanto más, en su propio lugar de trabajo.

El médico del trabajo tendrá que tener en cuenta estas opciones personales, antes de realizar una derivación. Además, deberá conocer los criterios de derivación que admite el Servicio de Psiquiatría de cada dispositivo, en base a sus propios recursos.

Objetivos de la derivación al Servicio de Salud Mental:

1. Valoración psiquiátrica y psicológica del trabajador enfermo que se considere necesario, según el **protocolo de interconsulta y enlace** desarrollado en cada Centro Sanitario.
2. Colaboración con los profesionales de otros centros sanitarios para conseguir realizar el mejor tratamiento posible en cada caso. Para ello se elaborarán los protocolos de coordinación con los servicios y programas que sean convenientes.
3. Elaboración de documentos normalizados, tales como contratos terapéuticos, consentimientos informados, etc.
4. Así mismo, se realizarán las funciones y cometidos que dentro del objetivo general del programa se consideren sean convenientes.

7.4.3. Derivación al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Cuando se trata de procesos o patologías graves, habitualmente crónicas, con reagudizaciones, y progresivas, o procesos que sólo remiten parcialmente, que presentan una alteración cognitiva asociada y una alteración de la percepción de la realidad, se deben evaluar para tramitar una posible Incapacidad Permanente (IP)³⁵. En estos supuestos, se englobarían procesos como: esquizofrenias, psicosis de curso crónico y progresivo o recurrente y con síntomas residuales, trastornos bipolares, trastornos depresivos crónicos severos o con síntomas psicóticos asociados, demencias, etc.

Sólo en situaciones bastante excepcionales, en las que se pueda constatar una evolución satisfactoria y/o estable se podría mantener la actividad laboral. Incluso, en algunos casos, estableciendo medidas adaptativas o de tutela del enfermo que se reincorpora a la actividad laboral (ver el punto 9.1.3 de esta Guía). En situaciones en las que las medidas de intervención contempladas no son efectivas o no hay posibilidad de implantación dentro de la organización y el trabajador tiene una incapacidad funcional evidente para su categoría profesional y la tarea habitual que desempeña, es susceptible de valoración de incapacidad por parte de los EVI²⁴.

Si el médico del trabajo detecta situaciones de incapacidad del trabajador para el trabajo habitual, aún a pesar de haberse contemplado adaptaciones del puesto de trabajo, no susceptibles de mejoría, y con riesgo hacia la propia seguridad del trabajador o hacia terceras personas, debe emitir un Informe de No Apto. Si no es posible el cambio de puesto de trabajo, se emitirá un **“Informe médico del médico del trabajo al INSS” (Anexo VII)**. En estas situaciones, el facultativo del SPRL elaborará un informe de valoración médico-laboral, que incluya la información de atención especializada, así como la relación de medidas de intervención implantadas, para poder adaptar o cambiar al trabajador dentro de la organización, sin que existan riesgos para su salud ni para trabajadores y/o usuarios del centro, así como repercusiones en la calidad y productividad del centro de trabajo. Este informe puede ser **solicitado por el trabajador o por el INSS**. El médico del trabajo del SPRL debe remitir este informe al INSS, para que la información que aporta sea tenida en cuenta cuando se determine el grado de incapacidad

del trabajador, con el objetivo de valorar la evolución médico-laboral del trabajador, así como la posibilidad, o no, de implantación de medidas de prevención y protección que puedan hacer posible la adaptación de las condiciones del puesto al trabajador.

El INSS es el encargado de la gestión de la prestación por incapacidad permanente; para ello, el EVI, a partir de un informe médico y otro de valoración de la capacidad laboral, emite un Informe Profesional que determina la existencia o no de incapacidad laboral permanente y la gravedad de la misma.

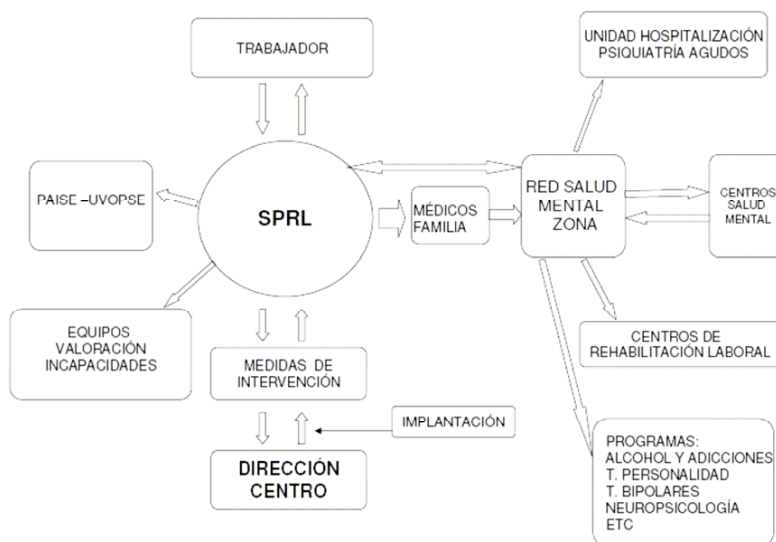
En el año 2008, se firmó un convenio entre la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP) que ha dado como fruto el **Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral (MERCAL-2008)**³⁶. Aunque es una buena herramienta para valorar requerimientos psicológicos en las categorías profesionales, creemos que el **informe médico del médico del trabajo al INSS (Anexo VII)**, es la herramienta más específica y concreta para cada caso y puesto de trabajo específico, que puede valorar el EVI.

Comunicación entre el SPRL y otros dispositivos asistenciales

En la Fig. 6 se resumen las vías de comunicación del SPRL con los otros dispositivos asistenciales.

También se establecerá un circuito de comunicación con la Organización (Jefes, Mandos Intermedios y Direcciones correspondientes) para la adecuada implantación de las medidas de prevención y adaptación del trabajador al puesto de trabajo, así como para la revisión periódica de su eficacia.

Fig. 6. Comunicación entre el SPRL y otros dispositivos asistenciales



Tomado de: Mingote Adán JC, Núñez López C, Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud laboral: una responsabilidad compartida.

La comunicación efectiva entre el médico del trabajo del SPRL, el médico de familia, el médico de salud mental y los profesionales de la UVOPSE resulta imprescindible para garantizar el mejor estado posible de salud mental del trabajador.

8. NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO

Según el Art 37.3.a) del RSPRL², *“En materia de vigilancia de la salud, la actividad sanitaria deberá abarcar, en las condiciones fijadas por el Art. 22 L 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales:*

1.º) Una evaluación de la salud de los trabajadores inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud.

2.º) Una evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.

3.º) Una vigilancia de la salud a intervalos periódicos”.

8.1. TIPOS DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS (RM)

8.1.1. RM Iniciales

En el examen de vigilancia de la salud inicial, tras la incorporación al trabajo, además de aplicar los protocolos específicos a los riesgos del puesto de trabajo, se valorará, en la medida de lo posible, y con la ayuda de las herramientas que proponemos, el **estado de salud mental del trabajador**, así como la interrelación con su entorno laboral (Anexos II y III).

El objetivo es, además de **pericial** (determinar la aptitud laboral), **preventivo** (detectar TES a riesgo psicosocial), y establecer las medidas de prevención adecuadas al caso.

Cuando el cambio sufrido por el trabajador se debe a que se le han asignado tareas específicas, que de alguna manera pueden precisar por su parte un esfuerzo importante de adaptación al cambio, también se debe considerar la valoración del estado de salud mental añadido al resto de protocolos de aplicación de vigilancia de la salud específicos para su puesto de trabajo.

Reconocimientos médicos iniciales a profesionales en formación posgrado

Un caso particular, es el reconocimiento médico inicial al personal que accede a las plazas de formación sanitaria especializada (Médicos Internos Residentes (MIR), Psicólogos (PIR), Biólogos (BIR), Farmacéuticos (FIR), residentes de matronas y residentes de otras especialidades de enfermería).

La prevalencia de malestar psicológico entre el colectivo MIR, medido con el cuestionario GHQ, es de un 30% (en diferentes estudios, oscila entre 26% y 37%). En un estudio realizado por la Fundación Galatea entre los MIR de Cataluña, también se demostró una prevalencia del 30%, cifra que triplica la de la población catalana entre 24 y 30 años, que es de 8,8%, según la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA 2006)³⁷.

Un grupo de trabajo multidisciplinar catalán (Fundación Galatea, PAIME y SPRL) publicó en el año 2009, *La salud del MIR*³⁷, guía de consulta para los SPRL, de extraordinario interés y de la que se destacan los siguientes puntos:

- El RM inicial al MIR está regulado. La ORDEN SCO/2920/2005, de 16 de septiembre (BOE de 22 de septiembre) así como la ORDEN SCO/2921/2005, de 16 de septiembre (BOE de 22 de septiembre), establecen en las bases XIII y XII respectivamente, la obligatoriedad de los adjudicatarios de plaza por el sistema de residencia de *someterse, en el SPRL que en cada caso corresponda, a examen médico para comprobar que no padecen enfermedad ni están afectados por limitación física o psíquica que sea incompatible con las actividades profesionales que el correspondiente programa formativo exija al residente*. Así mismo, establecen que, de no superar este examen, la adjudicación y en su caso, el contrato en formación que se hubiera suscrito, se entenderán sin efecto. Las mencionadas bases, establecen la obligatoriedad de resolución por parte de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios, cuando el informe médico sea negativo.

Procedimiento en el caso de examen médico negativo.

(ORDEN SCO/2920/2005 y convocatorias siguientes)

1. Remisión por parte de la Unidad Docente a la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-presupuestarios, cuando el informe médico sea negativo, y adjuntar copia del informe, que deberá ser motivado, y tendrá que especificar los objetivos y competencias profesionales que, según el correspondiente programa formativo, no puede adquirir el adjudicatario por causas imputables a sus limitaciones físicas o psíquicas o funcionales.
2. Audiencia al interesado, para que en el término de 15 días alegue y presente los documentos y justificaciones que crea pertinentes.
3. Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-presupuestarios en la cual se determinará:
 - a) que el examen negativo está justificado, en este caso la adjudicación y, en su caso, el contrato en formación que se hubiese suscrito se entenderá sin efecto,
 - b) que no existe justificación en el informe médico negativo y se puede determinar la formalización de un nuevo examen médico por los facultativos que se determinen,
 - c) que el examen negativo está justificado solamente parcialmente o, en su caso, que se declare al adjudicatario como apto con limitaciones, y que dependa la viabilidad de la realización del programa formativo de las condiciones específicas del centro o unidad, y en este caso el SPRL debe de realizar el preceptivo examen médico, determinar la adopción de medidas técnicas y de accesibilidad que, si son proporcionadas y factibles, permitan el normal desarrollo del programa formativo, y corresponde al representante legal del centro o unidad resolver sobre la viabilidad de la adopción de las medidas propuestas. Para la adopción de estas medidas se podrá solicitar el asesoramiento de CEAPAT u otras entidades públicas o privadas especializadas en la materia.

- APTITUD. El objetivo principal del RM inicial al MIR es, entre otros, la **detección de patología mental severa** (“Apto con limitaciones” o “No apto”). Pocos trastornos mentales incapacitan de forma global y permanente para ejercer la medicina. Solamente en trastornos mentales en fase de descompensación aguda habría problemas de aptitud³⁷.

- **DIAGNÓSTICO.** La citada guía recomienda el **cribado inicial** con el cuestionario de salud de Golberg GHQ-12 o 28. El **GHQ-12** es suficientemente válido y sensible para la detección inespecífica de malestar mental. Si es positivo para “riesgo psíquico”, debiera procederse a una **entrevista diagnóstica**, realizada por un profesional experimentado (se proponen modelos diversos de entrevistas estructuradas, como la SCID (Structural Clinical Interview for DSM-IV), o la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Si se detecta una posible patología discapacitante, se debe solicitar **valoración por un psiquiatra**³⁷.
- **PROPUESTA DE INTERVENCIONES PREVENTIVAS** orientando sobre los posibles itinerarios formativos y el desarrollo profesional. La coordinación entre tutores y SPRL resultará esencial. El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, mediante el cual *se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada*, resalta la importancia de las estructuras docentes. La guía pretende sensibilizar acerca de la necesidad de establecer, desde las unidades docentes, medidas de prevención y de promoción de la salud psico-afectiva de los residentes. Destaca la importancia del **Plan de Acogida de las Unidades Docentes**³⁷.

Propuesta de actividades docentes y formativas encaminadas a la capacitación psicológica necesaria para un ejercicio adecuado de la tarea asistencial³⁷, como por ejemplo:

1. Talleres de formación en relación con los riesgos **psicosociales** de la profesión.
 2. Formación en la **gestión del estrés**: para adquirir habilidades individuales para el manejo del estrés laboral.
 3. Formación en **habilidades de relación y de comunicación**: que debiera de incluir las de comunicación con el paciente, las de trabajo en equipo y las de gestión de emociones relacionadas con la tarea médica.
 4. Curso de **gestión de conflictos**: Conflictos interpersonales, comunicación, pacientes conflictivos, quejas y reclamaciones, maltratos psicológicos.
 5. **Prevención y gestión de la agresividad en la consulta.**
 6. Formación en **bioética y valores** de la medicina.
- **SEGUIMIENTO:** En *La salud del MIR*³⁷ se propone un seguimiento después del primer y tercer año de residencia, con el objetivo de detectar la aparición de problemas psíquicos y especialmente Burnout, o más frecuentemente si se ha detectado patología mental severa o rasgos de carácter de riesgo en el reconocimiento inicial. Además se contemplan las consultas que puedan realizar los propios residentes (a petición propia), o las consultas que planteen los tutores de los MIR, ya que pueden advertir, a lo largo del periodo formativo, si surge algún problema de salud mental del MIR.

8.1.2. RM Periódicos ordinarios específicos.

Los RM ordinarios específicos se ceñirán a los protocolos de vigilancia de la salud específicos a los riesgos del puesto de trabajo.

En el examen de vigilancia de la salud periódico, además de aplicar los protocolos específicos a los riesgos del puesto de trabajo, **se valorará, en la medida de lo posible, el estado de salud mental del trabajador, así como la interrelación con su entorno laboral (aptitud psicofísica del trabajador para su puesto de trabajo).**

Además el médico del trabajo debería realizar una entrevista personal que le permitiese detectar características de personalidad o posibles rasgos de carácter “facilitadores” de situaciones de malestar psíquico (distress) y agotamiento profesional (diversos estudios sobre *Burnout* en médicos apuntan que determinados rasgos de personalidad o “estilos de afrontamiento” conllevan que la persona sea más proclive al desgaste emocional)³⁷.

El interés de reconocer estas situaciones de riesgo personal, es la actuación preventiva sobre las mismas (informar al trabajador de los riesgos y recomendar ayuda profesional, en la medida de lo posible: psicoterapia cognitivo-conductual, etc.) y el **seguimiento de los trabajadores “en riesgo”**³⁷.

En el seguimiento, proponemos, de forma similar a la recomendación del grupo de trabajo de la Fundación Galatea, utilizar las mismas herramientas diagnósticas que en el reconocimiento inicial: la Ficha autocumplimentada con cuestionario **GHQ-12 (Anexo II)** y la **entrevista diagnóstica (Anexo VIII)**.

8.1.3. RM tras ausencia prolongada por motivos de salud

Para valorar la posible reincorporación laboral tras un proceso de baja, el Médico del Trabajo solicitará al trabajador los informes de el/los especialistas que hayan intervenido en su proceso (especial atención en el caso de bajas causadas por motivos de salud mental o concurrencia de cuadros somáticos y psíquicos) y el informe de alta de su médico de familia (si ya hubiese causado alta laboral).

En este caso, el procedimiento se inicia cuando la Dirección solicita la aptitud del trabajador en los términos que corresponda), y el médico del trabajo actualizará la historia clínico-laboral (utilizando la **ficha autocumplimentada (Anexo II)** y **entrevista diagnóstica**) y determinará la aptitud (con medidas adaptativas y de seguimiento, si fuesen precisas), o la no aptitud (imposibilidad de reincorporación laboral e informe de derivación a Médicos Evaluadores del INSS...) según algoritmo de actuación, **Figura 2**, de esta guía.

8.1.4. RM en situaciones especiales: Protocolo para Prolongación de Servicio activo en mayores de 64 años

Reconocido el derecho del personal estatutario³⁸ a prolongar voluntariamente su permanencia en el servicio activo, en los términos establecidos en el Estatuto Marco, y regulado en la “**RESOLUCIÓN**³⁹ de 22 de noviembre de 2004, de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad y Consumo de la CM sobre jubilación y prolongación de la permanencia en activo del personal estatutario de la Comunidad de Madrid”, es el médico del trabajo del SPRL el que debe valorar la **capacidad funcional** del trabajador para su puesto de trabajo.

Esta Resolución es de aplicación al **personal estatutario** que presta servicios en la Consejería de Sanidad de la C.M.

Para valorar la capacidad funcional del trabajador, el médico del trabajo deberá tener en cuenta:

1. Los **cambios fisiopatológicos** que conlleva el envejecimiento⁴⁰:

En cuanto a los cambios **Neurológicos**, se producen cambios degenerativos (arterioesclerosis, atrofia cortical, disminución de neurotransmisores) de distinto grado que afectan a todos los niveles. Suelen disminuir las funciones visuales espaciales y perceptivas, la memoria, la velocidad de procesamiento de la información, con dificultad para el aprendizaje. Hay enlentecimiento de los reflejos y tardan más en iniciar acción motora (tiempos de reacción altos).

En el anciano sano, se conserva el lenguaje, los olvidos no van en aumento, se acentúan los rasgos de la personalidad y se mantiene la capacidad de razonar. Se da cuenta de sus limitaciones, pero éstas no interfieren en sus actividades sociales o laborales.

La demencia no es parte del envejecimiento normal. La demencia (deterioro de la memoria y, al menos, dos o más funciones cognitivas (orientación, cálculos sencillos, capacidad de planificación, lenguaje hablado y escrito, etc.) tiene que dificultar la actividad cotidiana para que sea clínicamente relevante. Las personas con demencia ignoran los propios déficits.

2. La patología previa que pueda presentar el trabajador, al cumplir los 65 años:

En el caso de que el trabajador evidencie alguna **minusvalía** (TES a determinados riesgos, con o sin adaptación de su puesto de trabajo) **en el momento de cumplir los 65 años, podrá hacer uso de su derecho de solicitud de prolongación de servicio activo**, acreditando en ese momento su capacitación funcional, con un informe favorable actualizado del especialista que siga la patología que dio lugar a sus limitaciones.

3. La complejidad de la tarea que se viene realizando:

El médico del trabajo tendrá que valorar la complejidad de la tarea. Hay actividades de alto nivel de riesgo, por la presencia de factores de riesgo psicosocial, por la peligrosidad asociada a la tarea, o por la elevada responsabilidad a terceros que conllevan: médicos y enfermeros de servicios de urgencias o de cuidados intensivos, cirujanos, anestelistas, etc.

4. La **eficiencia profesional no es objeto de la valoración** del médico de trabajo:

El médico del Trabajo solo puede evaluar al trabajador con relación a los riesgos inherentes a su puesto de trabajo, **desconociendo si desarrolla su actividad profesional en términos de eficiencia**. Sólo el jefe de servicio o responsable a su cargo podrá realizar un informe en cuanto a la eficiencia del trabajador en su actividad laboral.

Procedimiento de Prolongación de Servicio Activo:

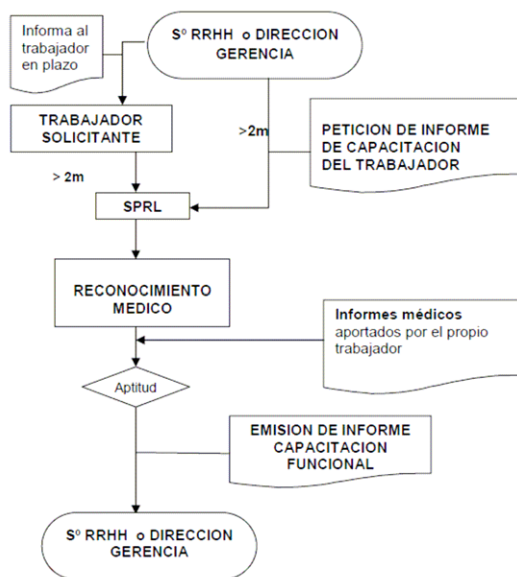
El procedimiento se inicia a solicitud del interesado, mediante escrito dirigido a la Gerencia del Centro, con una antelación mínima de **dos meses** a la fecha en la que el interesado cumpla la edad de jubilación forzosa.

El procedimiento de valoración por el SPRL (Fig. 7) se inicia con la **solicitud** por el Servicio de Recursos Humanos o Gerencia del *Informe de Capacitación Funcional*

para la Prolongación de Servicio Activo del trabajador que se acoja a este derecho y con la asistencia del mismo al SPRL.

El médico del trabajo actualizará la historia clínico-laboral (utilizando la **ficha autocumplimentada (Anexo II)** y **entrevista diagnóstica**), podrá ampliar la realización de pruebas complementarias según los datos de la anamnesis (Test mini mental o MEC de Lobo, en caso de sospecha de deterioro cognitivo, **Anexo IX**), solicitará cuantos informes médicos considere necesarios, y determinará la aptitud (reúne capacidad funcional suficiente) o la no aptitud (no reúne capacidad funcional suficiente), que remitirá a la Gerencia o al Servicio de Recursos Humanos, según algoritmo de actuación, **Figura 7**.

Fig. 7. Procedimiento de Prolongación de Servicio Activo



Revisiones de la capacidad funcional (seguimiento): No están contempladas las revisiones por el SPRL, en la Resolución³⁹.

La Jubilación forzosa puede producirse por diversos motivos:

- Por **no solicitud** del procedimiento de prolongación de servicio activo, en plazo.
- Cuando el trabajador haya solicitado el procedimiento de prolongación de servicio activo, en plazo, pero se encontrase de baja (IT) o en situación administrativa distinta a la de servicio activo en el momento del reconocimiento médico, podrá reservar ese derecho hasta que obtenga el reingreso, como así figura en la Disposición adicional única de la Resolución.
- Por **no reunir capacitación funcional**, según informe médico.
- De **oficio**, por circunstancias sobrevenidas.

Podrá iniciarse, igualmente, de oficio el procedimiento de jubilación forzosa cuando, no obstante figurar el interesado en situación de prolongación en el servicio activo, concurren circunstancias sobrevenidas relativas a su capacidad funcional para el desempeño de las funciones propias de su puesto de trabajo o sea aprobado un Plan de Ordenación de Recursos Humanos en que así se disponga.

8.1.5. RM Obligatorios por riesgo a sí mismo o a terceros (art. 22 LPRL). Procedimiento de actuación y protocolo de vigilancia de la salud obligatoria (VSO). Urgencias psiquiátricas

Una de las excepciones al carácter voluntario de la Vigilancia de la Salud que marca la norma es, previo informe de los representantes de los trabajadores, la **verificación de que el estado de salud del trabajador pueda constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa [...]** (Art. 22 LPRL¹).

Cuando se trata de un caso excepcional de reconocimiento obligatorio (**Vigilancia de la Salud Obligatoria, VSO**) no es preciso recabar el consentimiento del trabajador. Pero debe haber un **informe previo de los representantes de los trabajadores**. Solicitar un informe de cada caso particular puede ser poco operativo, no es de aplicación a situaciones de urgencia, e incluso se entraría en conflictos de intimidad, dignidad y confidencialidad amplificando el número de personas conocedoras del problema. La alternativa es presentar un **“Protocolo de VSO”** al Comité de Seguridad y Salud (CSS) para su aprobación, especificando estas actuaciones de forma escalonada. En esta guía se propone a tal efecto un **“Algoritmo de toma de decisiones en VSO. Art.22 LPRL” (Anexo XI)**, que puede ser de aplicación a los casos de alteraciones del comportamiento (documentados) que puedan representar un grave riesgo de seguridad para sí mismo o para terceros: trastornos de salud mental, trabajadores bajo los efectos del alcohol o drogas, etc.

En el Protocolo de VSO, aprobado en CSS, se especificarán las siguientes garantías:

1) Que el proceso se inicie con **una solicitud de la Dirección de la empresa de “Aptitud por sospecha de riesgo importante para sí mismo o para terceros”**, aportando un informe escrito de sus responsables documentando que existe sospecha real de riesgo para la seguridad del trabajador o de terceras personas. La obligatoriedad sólo puede imponerse si existe un **riesgo o un peligro cierto y objetivo sobre la salud**. Si el trabajador no acude el día de la citación (cita ordinaria) con el Médico del Trabajo del SPRL, se realizará una citación oficial (por burofax o carta certificada). Si continua sin asistir a la citación, se emitirá una notificación a la Dirección de su no asistencia, a los efectos oportunos (sanción disciplinaria al trabajador, etc.).

2) Garantía de respeto a la **intimidad y dignidad** del trabajador, Garantía de la **confidencialidad** de los datos (los resultados de salud serán comunicados a los trabajadores afectados, y las conclusiones para el empresario o personas con responsabilidades en materia de prevención solo será en términos de “aptitud” y recomendaciones para el puesto), y la aplicación de los principios éticos exigidos en la LPRL para la vigilancia de la salud.

3) Si con motivo de la aplicación del protocolo de VSO resultase:

- **“Apto con recomendaciones de adaptación del puesto”**, o **“Recomendación de Cambio de Puesto de Trabajo (CPT)”**, se planteará el seguimiento individualizado a realizar (revisión tras la adquisición de nuevas tareas o diferente puesto de trabajo).
- **“No apto temporal”**, se le facilitaría la asistencia sanitaria de su proceso y la situación de IT, mediante la coordinación del médico del trabajo con otros profesionales de la red pública asistencial, hasta la restauración de

su estado de salud física y mental, y facilitando posteriormente su reincorporación laboral.

- “**No apto**” para el puesto de trabajo, se intentaría, siempre que sea factible en la empresa, el Cambio de Puesto de Trabajo (CPT) a otro puesto en dónde no concurren las condiciones de riesgo.

Todo el proceso debe estar adecuadamente **documentado** (Informes de solicitud de aptitud, etc.) La documentación generada se archiva en la Historia Clínico-laboral del trabajador, garantizando los requisitos que establece la normativa para la documentación^{34, 41, 42}.

Urgencias psiquiátricas en trabajadores:

Debe contemplarse la posibilidad de que el hecho desencadenante de la solicitud de aptitud de un trabajador sea una urgencia psiquiátrica.

En líneas generales, se sigue el mismo esquema, pero se acelera el procedimiento: el Médico del trabajo del SPRL, en cuanto es conocedor del problema (comunicado por la Dirección, superior jerárquico del trabajador, etc.), valorará:

- Los antecedentes del trabajador (crisis previas, tratamiento actual, etc.).
- Si el afectado se encuentra en ese momento en su puesto de trabajo, en qué condiciones y posibilidades de derivación (eventual colaboración de familiares para traslado a su hospital/psiquiatra de referencia, ya que muchos no desean ser tratados en el mismo centro sanitario dónde trabajan, por motivos de confidencialidad). Si es posible, se tendrá en cuenta.
- Si no es posible lo anterior, se debe iniciar el **dispositivo intrahospitalario de urgencias psiquiátricas** (el mismo que para los pacientes), hablando con el jefe de servicio y/o el responsable de la guardia del servicio de psiquiatría.
- En trabajadores de Centros de Atención Primaria, se coordinará con el Director Asistencial y con el responsable del centro, la valoración del trabajador como una urgencia del centro, y traslado urgente al hospital, para valoración psiquiátrica.

Se valorará la indicación de ingreso psiquiátrico voluntario o involuntario por el tipo e intensidad de los síntomas, ausencia de conciencia de enfermedad, grado de desconexión con el medio y riesgo para sí mismo o para otras personas, lo que ocurre habitualmente en el caso de trastornos psicóticos, depresiones graves, y trastornos del comportamiento de tipo violento. Si el traslado es voluntario se debe solicitar un consentimiento informado por escrito.

En el caso de trabajadores con trastornos que provoquen **conductas violentas o agresiones** en el medio laboral, se precisa de la intervención de una persona de la empresa con autoridad, y con formación adecuada, para poder controlar dichas situaciones: aplicando técnicas de desactivación o desescalada. Intervendrá verbalmente intentando reducir la tensión, dirigiéndose al trabajador violento de forma tranquila y no provocadora, intentando establecer una conversación y planteándole ayuda médica^{24, 43}.

En situaciones extremas, puede ser necesaria una intervención contra la voluntad del trabajador, con empleo de contención física, sujeción mecánica e intervención farmacológica si existe riesgo para el trabajador o para otros. Conviene recordar, para estas situaciones, que el **ingreso psiquiátrico involuntario** se puede solicitar en

aplicación del Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, LEC (Ley 1/2000)^{23, 44}. Según el referido artículo, el internamiento involuntario de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, a causa de un trastorno psíquico, debe cumplir los siguientes requisitos:

1) Que se precisa autorización judicial previa, en las situaciones no urgentes, o bien

2) Qué en **situaciones de urgencia**, es suficiente la **indicación por un facultativo**, y la subsiguiente comunicación al Juzgado competente en el plazo máximo de 24 horas (Si es involuntario, es recomendable solicitarlo a la familia, y además hacer un parte al juzgado de guardia correspondiente por medio de un aviso telefónico, fax o escrito con acuse de recibo en las 24 horas siguientes al traslado). La LEC marca un plazo máximo de 72 horas para que el Juez competente examine al paciente ingresado por vía de urgencia y emita la correspondiente decisión de autorizar o no dicho internamiento.

El Art. 763 de la LEC reconoce explícitamente el derecho de los pacientes a estar representados legalmente durante todo el procedimiento que supone el internamiento involuntario, y recoge, también explícitamente, que la decisión del alta de estos pacientes corresponde a los facultativos encargados de su tratamiento, con la obligación de comunicarlo al Juzgado competente.

El objetivo del ingreso psiquiátrico involuntario es garantizar la seguridad del enfermo y de las personas que le rodean, sobre todo en el caso de trastornos clínicos graves, en presencia de riesgo suicida y de otras conductas de riesgo (como las adicciones), así como por resistencia y falta de adherencia al tratamiento. En estas situaciones de crisis, se deben evitar las actitudes amenazantes y polemizar con el paciente, aunque tampoco se le debe dar la razón y someterse a sus manipulaciones engañosas. Al alta se debe hacer la derivación más conveniente para asegurar su seguimiento ulterior, contando con las preferencias del paciente y con las mejores posibilidades asistenciales disponibles²⁴.

9. CONDUCTA A SEGUIR

9.1. CONDUCTA A SEGUIR PARA LAS ALTERACIONES QUE SE DETECTEN. NIVELES DE RIESGO Y APTITUD

Es difícil, pero necesario, compatibilizar dos premisas básicas:

1. Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores **no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador** (Art. 22 LPRL). En concreto, debemos evitar la estigmatización del trastorno mental, facilitar al trabajador la adecuada asistencia sanitaria de su proceso, y evitar, en la medida de lo posible, la pérdida de su actividad laboral (facilitando adaptaciones, cambios de puesto, etc.).
2. El médico del trabajo no debe asumir un riesgo para los pacientes (Art. 19 del Código Deontológico de la OMC), y, ante **una sospecha razonable**, emitirá un informe de **aptitud en relación al nivel de riesgo a terceros** que se contemple en el puesto de trabajo del trabajador afectado.

Se propone, a continuación, una metodología para determinar la APTITUD para el puesto de trabajo, considerando:

- El **grado de limitación del trabajador afectado de un trastorno mental**: adaptado de la *Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria*⁴. [Tabla XIV](#).
- El **nivel de riesgo del puesto de trabajo**. Para su valoración se tendrán en cuenta ([Tabla XV](#)):
 - La *presencia de factores de riesgo psicosocial* en el puesto (turnos cambiantes, tareas con altas demandas de atención, puestos de responsabilidad, etc.).
 - La dificultad de la propia tarea (sobre todo si conlleva riesgo personal para el propio trabajador —peligrosidad—).
 - La *responsabilidad respecto a terceros* (p. ej.: sanitarios de servicios de urgencias y cuidados intensivos, cirujanos, anestesistas, etc.).

Puede ser necesario además realizar otras valoraciones individualizadas por algunas situaciones personales sobreañadidas (p. ej.: el trastorno personal que ocasiona la no conducción de vehículos en algunos tratamientos con psicofármacos con dificultad sobreañadida, en caso de largos desplazamientos, para acudir al lugar de trabajo; la falta de sueño, que puede agravar una determinada situación disminuyendo la resistencia al estrés cotidiano, etc.).

1. Valoración del grado de limitación del trabajador afectado de un trastorno mental:

Adaptado de la *Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria*⁴:

Tabla XIV. Cuadro resumen de grados de limitación

Grado	Clínica	Tratamiento	Funcionalidad	Incapacidad
0	No cumple criterios diagnósticos. Síntomas aislados.	No precisa. No seguimiento especializado.	Conservada	No IT ni IP
1	Cumple criterios diagnósticos de forma intermitente.	Tratamiento y seguimiento intermitente con compensación de síntomas.	Alterada en crisis	IT en crisis
2	Cumple criterios diagnósticos de forma continuada.	Tratamiento y seguimiento especializado habitual con respuesta parcial.	A. Defecto leve B. Defecto moderado	Limitados para actividades de responsabilidad, riesgo, gran carga estresante o que precisen contacto frecuente con terceros.
3	Cumple criterios diagnósticos de forma continuada con criterios de gravedad.	Tratamiento y seguimiento especializado habitual con respuesta escasa.	Defecto severo	No apto para la actividad laboral productiva, posible en ambientes protegidos.
4	Cumple criterios diagnósticos de forma especialmente severa.	Tratamiento y seguimiento especializado habitual con mínima o nula respuesta.	Defecto muy severo	Capacidad nula, puede requerir ayuda o supervisión para ABVD.

Tabla tomada de: Guía de valoración de Incapacidad laboral para médicos de atención primaria.

Interpretación del Cuadro resumen de grados de limitación (Tabla XIV):

Los **grados 0 y 1** serán susceptibles de realizar su trabajo prácticamente con normalidad, salvo durante las crisis en el grado 1. Se beneficiarían de medidas preventivas (formación en prevención de riesgos psicosociales, información para el manejo de situaciones específicas de su puesto de trabajo, adaptación de tareas, etc.). Desde el SPRL se establecerá por parte del médico del trabajo, teniendo en cuenta el estado de salud del trabajador y el puesto de trabajo que ocupa, un plan de seguimiento de los trabajadores de nivel de riesgo 1.

El **grado 2**, aunque no presentan los criterios de gravedad del grado 3, pueden precisar Cambio de Puesto de Trabajo o ser susceptibles de Incapacidad Permanente (IP) para su trabajo habitual. Desde el SPRL se establecerá por parte del médico del trabajo, teniendo en cuenta el estado de salud del trabajador y el puesto de trabajo que ocupa, un plan de seguimiento de los trabajadores de nivel de riesgo 2.

El **grado 3, susceptible de IP**, solo podría prestar actividad laboral en ambientes protegidos (p. ej.: existen empresas de readaptación, como el grupo ONCE). En este caso se contemplarían, entre otros diagnósticos (y siempre con criterios de gravedad):

- Depresión mayor severa, de evolución crónica y resistente a tratamiento.
- Trastorno bipolar con recaídas frecuentes que requieran tratamiento (son cicladores rápidos: tienen al menos cuatro episodios, sean maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos durante los doce meses previos). Episodios maníacos y depresión recurrentes (gravedad: con tentativas de suicidio en fases depresivas).
- Presencia de síntomas psicóticos que remitan parcialmente.
- Cuadros que presentan crisis que requieran ingreso para hospitalización (la IP sería revisable, porque se pueden dar remisiones).
- Trastornos de Personalidad grave.

También se deberían valorar síntomas de gravedad que aparecen en diversos procesos:

- Sintomatología alucinatoria y delirante crónica.
- Asociaciones laxas de ideas, tendencia a la abstracción, apragmatismo.
- Graves trastornos en el control de impulsos.
- Escasa respuesta a diversos ensayos terapéuticos (agotamiento terapéutico) con síntomas crónicos.

El grado 4 es incompatible con la actividad laboral productiva, pudiendo precisar ayuda para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

2. Valoración del nivel de riesgo del puesto de trabajo.

La estimación de la magnitud del riesgo psicosocial se obtendrá de la Evaluación de Riesgos Psicosociales. De la competencia profesional del técnico en prevención y de la aplicación de una metodología de evaluación de riesgos psicosociales válida y fiable, que proporcione confianza sobre los resultados obtenidos, el médico del trabajo podrá obtener un diagnóstico del estado de salud mental de la organización y una información imprescindible para realizar de forma adecuada la vigilancia de la salud de los trabajadores. No obstante, no es suficiente para la vigilancia de la salud individual, específica para un determinado trabajador. Para conocer la magnitud del riesgo (nivel de riesgo) al que está expuesto un trabajador concreto, deberá contemplarse el riesgo posible para el propio trabajador asignado al puesto de trabajo, y que la tarea conlleve trato con otras personas, con diferente responsabilidad a terceros. Ver [Tabla XV](#):

Tabla XV. Niveles de riesgo del puesto de trabajo en trabajadores del ámbito sanitario

Grado de nivel de riesgo	Presencia de factores de riesgo psicosocial (Evaluación de riesgos)	Tarea con riesgo para el trabajador	Tarea con responsabilidad a terceros	Valoración
0	Con factores de riesgo psicosocial previsibles y tolerables (altas exigencias cognitivas, etc.) sobre los que se puede actuar (organizar actividad, autonomía, etc.) Con compensaciones. Poca o nula conflictividad interna. Poca o nula conflictividad externa.	Turno fijo mañana o tarde. Guardias: ninguna. Difícil acceso a psicofármacos o no habitual. Equipos de trabajo sin/poco riesgo cortopunzantes. Ausencia de otros riesgos físicos (quemaduras, Accidente in misión, etc.)	Muy bajo riesgo en: Personal no sanitario (Aux. administrativo, celador, pinche, etc.) Auxiliares de enfermería de consultas externas y de AP.	Riesgo muy bajo (0-1). No precisarían adaptaciones o serían muy concretas.
1	Con factores de riesgo psicosocial previsibles y tolerables (altas exigencias cognitivas, etc.) sobre los que se puede actuar (mejorar Puestos de trabajo). Con algunas compensaciones. Poca conflictividad interna. Poca conflictividad externa.	Turno fijo mañana o tarde. Guardias o jornada continuada: pocas o ninguna. Difícil acceso a psicofármacos o no habitual. Equipos de trabajo con poco riesgo cortopunzantes. Posibles otros riesgos físicos (quemaduras, Accidentes in misión, etc.)	Bajo riesgo en: Auxiliares de enfermería de hospitalización y Urgencias, DUEs de consultas AP y AE (excepto DUEs de Farmacia Hospitalaria, con preparación de citostáticos y Hospital de Día).	Riesgo bajo (2-3). Sólo precisarían adaptaciones mínimas o muy concretas en cuanto a la organización del trabajo.
2	Con factores de riesgo psicosocial previsibles y poco tolerables (altas exigencias cognitivas, etc.) o sobre los que no se puede actuar (sin autonomía en la tarea, etc.) Sin compensaciones. Presencia de conflictividad interna. Presencia de conflictividad externa.	Turno cambiante, o rotatorio o noches Guardias o j. continuada ≥ 4 /mes. Posibilidad de acceso a psicofármacos. Equipos de trabajo con riesgo cortopunzantes. Posibles otros riesgos físicos (quemaduras, Accidente in misión, etc.)	Riesgo Moderado-alto: DUEs de Farmacia Hospitalaria con preparación de citostáticos y Hospital de Día. DUEs de hospitalización, UCI y Urgencias. Fisioterapeutas y matronas. Facultativos de AP, Consulta y hospitalización.	Riesgo moderado a alto (4-6). Precisarían adaptaciones más complejas o CPT. Sólo en casos graves y sin posibilidad de adaptación o CPT, se valoraría la IP.
3	Con factores de riesgo psicosocial elevados y poco tolerables sobre los que apenas se puede actuar. Sin compensaciones o situaciones de agravio comparativo. Moderada a alta conflictividad interna. Moderada a alta conflictividad externa (zonas de riesgo: urgencias, etc.)	Turno cambiante o rotatorio o fijo de noche o Contrato por guardias. Fácil acceso a psicofármacos o manejo habitual. Equipos de trabajo con riesgo cortopunzantes. Frecuentes otros riesgos físicos (quemaduras, Accidente in misión, etc.)	Riesgo alto-muy alto: Facultativos de Urgencias y UCI. Facultativos del área quirúrgica. Anestesiastas.	Riesgo muy alto (7-9). Precisarían adaptaciones más complejas o CPT, y si no es posible, valorar IP según la gravedad del trastorno mental.

Interpretación del cuadro *Niveles de riesgo del puesto de trabajo de trabajadores del ámbito sanitario* (Tabla XV):

Si en un determinado puesto de trabajo se cumpliesen todas las circunstancias laborales de su nivel de riesgo, le correspondería la suma de la puntuación de grado en cada uno de los campos contemplados (factores psicosociales, riesgo de la tarea y riesgo para terceros). Por ejemplo: Facultativo de urgencias (3), con turnos cambiantes y guardias (3), en un servicio de hospital de una zona geográfica con alta conflictividad externa (3), presentaría un nivel de riesgo muy alto (9). Lo habitual, es que se mezclen situaciones (DUE de hospitalización (2), con turno nocturno (2) y con compensaciones –incremento del sueldo– (0), tendría un nivel de riesgo (4) moderado a alto).

En cualquier caso, sólo es orientativo, porque cada situación es individualizada y depende, no tanto de la situación en sí misma, sino de cómo la percibe el propio trabajador. La responsabilidad a terceros no es subjetiva, pero, por ejemplo, lo que el trabajador entiende como compensación o estímulo si lo es. La estimación del nivel de riesgo, habría que hacerlo dentro del contexto de la entrevista personal con el trabajador, pero puede ayudar a contemplar las singularidades de cada puesto de trabajo y la percepción del riesgo que tiene el propio trabajador.

Si la información que suministra el trabajador muestra incongruencia significativa con la obtenida por el informe de evaluación de riesgos, se contrastará la información entrevistando a tal efecto a responsables y compañeros, siempre estableciendo las medidas que nos permitan mantener la confidencialidad de los datos.

La aptitud, así como las medidas de adaptación o cambio de puesto, serán individualizadas y personalizadas, aunque vendrán determinadas por un análisis interrelacional entre su situación clínica (*grado de limitación del trabajador afectado de un trastorno mental*, Tabla XIV) y el riesgo laboral (*nivel de riesgo del puesto de trabajo de trabajadores del ámbito sanitario*, Tabla XV).

9.1.1 Apto

En trabajadores con un grado 0 de limitación clínica y un nivel de riesgo muy bajo o bajo.

En trabajadores con un grado 1 de limitación clínica y un nivel de riesgo muy bajo o bajo (solo en crisis “no apto temporal”).

9.1.2. Apto con restricciones. Adaptaciones de Puesto de trabajo

En trabajadores con un grado 1 de limitación clínica y un nivel de riesgo muy moderado a alto. En trabajadores con un grado 2 de limitación clínica y un nivel de riesgo bajo.

“Apto con limitaciones y adaptación del puesto”, según la situación que pueda ser “facilitadora” de las crisis, y se planteará el seguimiento individualizado a realizar, tras la adopción de las medidas preventivas (periodicidad y duración del mismo).

9.1.3. No apto temporal

En trabajadores con un grado 1 ó 2 de limitación clínica y, cualquiera que sea su nivel de riesgo, durante las crisis. Al alta de su proceso de IT, se realizará la adaptación o cambio de su puesto de trabajo.

Una vez valorado al trabajador, y considerados los riesgos específicos de su puesto de trabajo, la decisión de “no apto temporal” (directamente relacionada con la decisión del médico de familia de prescripción de IT) viene determinada por la respuesta que se obtenga a la formulación de las siguientes cuestiones⁴:

En cuanto al trabajador,

¿Presenta signos y síntomas que se ajusten a criterios diagnósticos?

¿Existe una repercusión funcional que impida la realización de su trabajo?

¿Toma psicofármacos que puedan limitar su actividad laboral?

— Su actividad extralaboral (además de su actividad laboral) también se va a ver limitada por el tratamiento farmacológico que precise, y en ocasiones sería necesario valorarlo, ya que mantener la actividad laboral en esas situaciones, supondría un sobreesfuerzo importante del trabajador, en unas condiciones psicofísicas poco estables. P. ejemplo, la conducción de vehículo, que puede verse limitada, puede no ser imprescindible para desarrollar su tarea laboral, pero si para llegar a su lugar de trabajo (grandes distancias, ausencia de transporte público adecuado, alargamiento exagerado de los tiempos de ida y vuelta del trabajo sin posibilidad de vehículo).

En cuanto al puesto de trabajo,

¿Es capaz de realizar su trabajo dentro de su jornada laboral habitual (horario, ritmo, desplazamiento...)?

¿Es capaz de realizar su trabajo dentro del entorno material y humano habituales (lugar de trabajo, compañeros, usuarios...)?

¿Es capaz de realizar su tarea sin cometer errores que puedan repercutir en su seguridad o la de otros (tomar decisiones rápidamente, prestar atención mantenida, etc.)?

En cuanto al periodo de baja (IT),

¿Puede mejorar durante un periodo de IT, o, por el contrario, la situación de IT no va a favorecer su mejoría?

— Valorar casos de yatrogenia de la IT (trastornos somatomorfos, simuladores, etc.), así como situaciones que por el pronóstico y la naturaleza del trastorno mental se prevean limitaciones progresivas o definitivas (en ese caso, valorar IP).

“No apto temporal”, se le facilitaría la asistencia sanitaria de su proceso y la situación de IT, mediante la coordinación del médico del trabajo con otros profesionales de la red pública asistencial, hasta la restauración de su estado de salud física y mental, y facilitando posteriormente su reincorporación laboral.

9.1.4. No apto permanente

En trabajadores con un grado 2 de limitación clínica y un nivel de riesgo moderado a alto.

En trabajadores con un grado 3 de limitación clínica y un nivel de riesgo bajo (debe disminuirse el nivel de riesgo hasta dónde sea técnicamente posible —muy bajo—, y facilitarle un ambiente protegido o de tutelaje. Si esta situación no es posible en la Organización, será considerado “no apto”). Los enfermos con un grado 4, no acceden al mundo laboral.

“No apto” para el puesto de trabajo, y se intentaría, siempre que sea factible en la organización, el CPT a otro puesto en dónde no concurren las condiciones de riesgo.

En caso de que no haya disponibilidad de otro puesto de trabajo en esas condiciones, se emitiría Informe médico al INSS (**Anexo VII**), y valoración de IP (Incapacidad Permanente).

Si el enfermo **no acepta el criterio de no aptitud para el trabajo**, pero se estima, de forma certera, riesgo para terceros, se recomienda notificar esta contingencia a la Inspección de Trabajo (ya que, de oficio, puede iniciar actuaciones sobre un trabajador en situación de alta laboral que no acepta el criterio de no aptitud y desea permanecer en su puesto de trabajo). Por otra parte, la Gerencia Sanitaria tiene la responsabilidad sobre el *funcionamiento asistencial* de su entidad sanitaria, por lo que, si lo considera oportuno, comunicará el riesgo para terceros al juez o fiscalía de incapacidades, así como la oportunidad de valorar la *responsabilidad deontológica y posible riesgo de mal praxis* por parte del Colegio Profesional del trabajador enfermo. Cuando el Colegio Profesional tenga conocimiento de un profesional con un posible trastorno mental grave que suponga riesgo para sí mismo y/o para terceros, facilitará su evaluación psiquiátrica y velará, según sus propios protocolos de actuación, por la responsabilidad deontológica del profesional sanitario²⁴.

Las IP pueden ser revisables.

9.2. ACCIONES GENERALES EN MATERIA DE PREVENCIÓN

El doble objetivo de reducir el estrés en el trabajo y mejorar el estado de salud mental del profesional sanitario, no solo facilitará el bienestar del profesional, sino que redundará en beneficio de los pacientes, que disfrutaran de una mejora de la calidad de asistencial.

9.2.1. Prevención Primaria

9.2.1.1. **Actuar sobre los factores de riesgo psicosociales extrínsecos a los propios trabajadores, según los Principios Generales de la Acción Preventiva (art.15 LPRL)**

La relación entre los riesgos psicosociales del trabajo y la salud mental de los profesionales se ha estudiado ampliamente desde un **modelo procesual** (Fig. 8):

Fig. 8. Modelo Procesual de los Riesgos Psicosociales-Salud Mental



Desde este modelo, la **prevención primaria** deberá ir enfocada a tres áreas principales de intervención:

- **La organización:**

Una adecuada cultura preventiva incluye y afecta a la dirección y a todos los trabajadores.

La seguridad y salud en el trabajo será un resultado directo de una organización que defina claramente sus políticas preventivas, las integre en el sistema de gestión de la organización sanitaria y formen parte de los procedimientos de trabajo en cada uno de los niveles jerárquicos de la misma.

Las prácticas directivas, la gestión de los recursos humanos (formación e información sobre salud laboral, desarrollo de carrera, políticas de conciliación, de igualdad de género, de integración social,...), la existencia de adecuados canales de comunicación interna..., serán elementos a considerar desde una prevención primaria orientada a la organización y gestión de la salud laboral y la salud mental en el trabajo. Un ejemplo aplicado son los cada vez más frecuentes Códigos de Conducta orientados a la prevención de situaciones de violencia interna en el trabajo (acoso psicológico, acoso sexual, etc.).

- **Las condiciones de trabajo:**

Además de las condiciones físicas y ambientales del entorno, el cuidado de los materiales y los procesos de trabajo, será necesario establecer medidas preventivas respecto al ambiente psicosocial, incluyendo los recursos del puesto, los ritmos de trabajo, la gestión de la sobrecarga laboral y la tarea (variedad, claridad de la misma, adecuada definición del rol a desempeñar, autonomía, feedback sobre resultados del trabajo, etc.).

- **El propio trabajador:**

La existencia de un trastorno mental, aunque no siempre, puede actuar como un factor de vulnerabilidad ante las demandas y exigencias más estresantes del trabajo, dificultar su adecuado afrontamiento y manejo y por lo tanto, favorecer la aparición de posibles riesgos psicosociales y sus consecuencias negativas para la salud (por

ejemplo, agravando la patología de base). En este sentido, la identificación de los TES, se convierte de nuevo en una importante herramienta de prevención primaria.

El abordaje de estas tres áreas deberá considerar ocho aspectos básicos de la acción preventiva:

1. Evaluación del Riesgo Psicosocial:

A pesar de las medidas de prevención primaria, en ocasiones nos encontraremos con la presencia de riesgos psicosociales que no se han podido evitar. En ese caso (ver apartado 6 de esta Guía), se pondrán en marcha los distintos métodos de evaluación.

Lo esencial aquí es el análisis derivado de los datos de la evaluación y la planificación de la actividad preventiva que de ello se derive.

2. Combatir los riesgos en el origen: Importancia de la Política de Prevención.

La herramienta mediante la que se integra la prevención en el sistema general de gestión de la empresa, y se establece la política de prevención de riesgos laborales, es el **Plan de Prevención** (artículo 2.1 del RSPRL). El contenido del mismo (“la estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para realizar la acción preventiva”) se recoge en el artículo 16.1 de la LPRL.

El plan orientado a la prevención de la salud mental deberá desarrollarse por escrito y ser aprobado por la dirección de la empresa, asumido por toda su estructura organizativa (todos sus niveles jerárquicos) y conocido por todos los trabajadores y sus representantes. Para su elaboración, implantación, difusión y mejora, será esencial la consulta de todas las partes, según recomendaciones de organismos oficiales (como la OMS, OIT, INSHT).

Fases para la realización de un plan orientado a la prevención de la salud mental:

1. Análisis general de las características de la empresa u organización y detección de necesidades.
2. Diseño del sistema de prevención: Definición de las actuaciones concretas a llevar a cabo.
3. Implantación: Responsables de la misma y recursos necesarios.
4. Revisión y mejora: Puede manifestarse ante cambios sustanciales en la organización, ante incidentes o daños, o simplemente al comprobar su eficacia y detectar posibilidades de mejora con su uso.

Contenidos del plan:

- a) *Identificación de la empresa:* Describir la actividad productiva, número y características de los centros de trabajo, número y características de los trabajadores.
- b) *Objeto y contenido:* establecer las pautas para garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo. Desarrollar las acciones y criterios de actuación para la integración de la actividad preventiva en la empresa y la adopción de cuantas medidas sean necesarias.
- c) *Alcance:* Señalar la población diana (por ejemplo los trabajadores en plantilla y adscritos de empresas de trabajo temporal) e indicar los criterios de coordinación

en materia de prevención con otras empresas externas (subcontratas) u organizaciones (universidades, colegios profesionales, etc.).

d) *Política Preventiva*: Redactando los principios que conforman la política preventiva de la salud laboral en general y de la salud mental en particular en la organización, y que serán divulgados a toda la organización y servirán de guía para la determinación de los objetivos.

e) *Objetivos*: Definir los objetivos generales que pretende alcanzar, y los objetivos específicos, tales como “la disminución de un x % de los índices de estrés percibido en los trabajadores de la empresa”, por ejemplo. Especificar los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos con que se cuenta para alcanzar dichos objetivos.

f) *Organización del Sistema de Prevención*: Especificar si se dispone de un Servicio de Prevención Propio y/o Ajeno, para desarrollar el plan, y las colaboraciones externas (alguna unidad de psicología-psiquiatría, etc.) en materia de prevención de salud mental.

g) *Responsabilidades y Funciones*: Especificar las de cada individuo o entidad que intervienen en el desarrollo del plan.

h) *Prácticas, Procedimientos y Procesos*: Los que se considere necesario según objetivos y empresa. Por ejemplo se sugieren algunos:

— En los procesos de formación e información a los trabajadores:

- Procedimientos de información sobre la política de salud mental para trabajadores de nueva incorporación.
- Programa de talleres teórico-prácticos de conductas saludables y autocuidado.

— En los procesos de evaluación y vigilancia de la salud:

- Procedimiento de actuación ante la detección de un compañero con posibles problemas de salud mental.
- Procedimiento de evaluación de la salud mental dentro de la evaluación de riesgos psicosociales.
- Procedimiento para la evaluación general de la salud mental dentro de la vigilancia de la salud.

— En los procesos de intervención:

- Protocolo para la solicitud de adaptación del puesto de trabajo por motivos de salud.
- Protocolo de funcionamiento del Comité de Salud Mental.
- Protocolo de derivación a la Unidad de Tratamiento Psicológico-psiquiátrico.

i) *Recursos necesarios*: Especificar recursos humanos, materiales y económicos necesarios (por ejemplo cuestionarios de evaluación, aulas...).

j) *Evaluación y mejora del Plan Preventivo*: Metodología y cronograma por el que se evaluará si se cumplen los objetivos propuestos así como pautas para su modificación y/o mejora.

3. Adaptar el trabajo a la persona.

Esta medida es esencial en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción (modificaciones de agendas, turnos, horarios, pausas de trabajo, en la medida de lo posible).

Por ejemplo, cuando existan trastornos del sueño persistentes, o trabajos sometidos a niveles muy elevados y mantenidos de estrés, en los que la producción de cortisol puede verse afectada, será recomendable analizar la necesidad de restringir la realización de guardias y trabajo nocturno y controlar las posibles rotaciones. Esta medida será especialmente considerada si además existe algún trastorno mental asociado.

4. Tener en cuenta la evolución de la técnica.

Los cambios en las tecnologías y la adaptación a los nuevos equipos es causa de estrés. La formación previa a la adopción de nuevas técnicas, cambios en los procedimientos habituales de trabajo, etc., será una forma de prevención primaria de dicho estrés.

5. Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.

6. Planificar la prevención.

7. Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.

8. Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

9.2.1.2. *Actuar sobre los factores de riesgo psicosociales intrínsecos a los propios trabajadores, detectando precozmente a los Trabajadores Especialmente Sensibles (TES) para el riesgo psicosocial y situaciones de estrés (Art. 25 LPRL)*

Para ello se tendrán en consideración dos puntos claves:

1. La **capacidad** de los trabajadores (entendida, en los términos del Art. 15 de la LPRL, como capacitación profesional):

- El empresario tomará en consideración las capacidades profesionales de los trabajadores en materia de seguridad y de salud en el momento de encomendarles las tareas.
- El empresario adoptará las medidas necesarias a fin de garantizar que sólo los trabajadores que hayan recibido información suficiente y adecuada puedan acceder a las zonas de riesgo grave y específico.

2. La definición y protección de los **TES**, según lo expuesto por el Art. 25 de la LPRL¹⁾:

- El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los **riesgos derivados del trabajo**. A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias.

Los trabajadores **no serán empleados** en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico **o por su**

discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que **no respondan a las exigencias psicofísicas** de los respectivos puestos de trabajo.

La detección de TES (Art. 25 LPRL) es una de las misiones del médico del trabajo, en la actividad de vigilancia de la salud individual.

Se deben tener en cuenta los efectos de los factores de riesgo inherentes al propio trabajador (TES a situaciones de estrés por condicionamientos personales de salud mental) con repercusión en el trabajo. Serían TES aquellos trabajadores con mala respuesta al estrés (cuadros de ansiedad importantes, severas somatizaciones, etc.), con antecedentes personales de trastornos psicológicos, o de conductas adictivas previas, con historia familiar de adicciones, o con alto riesgo socio-familiar (divorcios traumáticos, presión social, etc.).

Indicadores de riesgo para valoración de TES:

Puede resultar útil para detectar TES, además de la entrevista personal, la valoración por parte del médico del trabajo (**Anexo III**) de tres indicadores de riesgo:

1. Escala de salud general (modificada de GHQ-12) autocumplimentada por el trabajador (**Anexo II**), con puntuación igual o mayor a 3.
2. Presencia de antecedente personal de trastorno mental y/o consumo de abuso.
3. Presencia de condiciones psicosociales adversas (personales, familiares, laborales, o una combinación de ellas).

Si se obtiene una **puntuación igual o superior a 3 en la Escala de salud general, combinado con la presencia de algún otro indicador de riesgo personal**, se considerará **TES** frente al riesgo psicosocial o riesgo de estrés, y se procederá a:

1. Solicitar una valoración especializada (psicopatológica) del trabajador.
2. Valorar la aptitud en base al nivel de riesgo de su puesto de trabajo (riesgo a sí mismo y riesgo a terceros), según el punto 9.1 de esta Guía.

En el caso de detectar situaciones de riesgo y Trabajadores especialmente sensibles (para el riesgo de altas demandas de estrés), se podrán proponer **adaptaciones del puesto e intervenciones sobre el trabajador** en riesgo (seguimiento periódico y frecuente, información sobre los riesgos a los que está expuesto y dotarle de estrategias de afrontamiento cuyos objetivos sean un incremento de autoestima, responsabilidad en toma de decisiones, reducción de ansiedad, autoconfianza, mejora de relaciones interpersonales, incrementar la resistencia frente a la presión e influencia de grupo para el consumo de drogas, etc.). En ocasiones son de ayuda las intervenciones con técnicas cognitivo conductuales, orientándole sobre ayuda profesional al respecto. Se debe ofrecer la posibilidad de derivación al PAIPSE (si existen criterios de derivación) y/o buscar ayuda en los programas de la red asistencial pública.

Si se realiza una evaluación de la salud de un trabajador que reanude el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud mental (por ejemplo, por tratamiento de deshabitación), se le considerará TES frente al riesgo de estrés (turnos cambiantes, jornadas continuadas, etc.), además de considerar el riesgo a sí mismo o

a terceros, durante un periodo que se considere adecuado para el seguimiento por el médico del Trabajo. Se debe considerar la recomendación de **reincorporación laboral progresiva**, a tareas de responsabilidad hacia sí mismo o terceros (adaptación de su puesto de trabajo en caso de manejo de maquinaria peligrosa, o personal sanitario con riesgo directo hacia terceras personas)⁴ y **el periodo de seguimiento personalizado**.

A continuación, se detallan algunas situaciones que pueden orientar para la valoración de “TES para el riesgo psicosocial y situaciones de estrés”:

- **Discapacidad** reconocida, por **trastorno mental**, como causa principal o concurrente de la discapacidad (por ejemplo, depresiones reactivas a otras patologías sobrevenidas, como en los pacientes oncológicos, etc.). Se incluye en este grupo la **discapacidad intelectual**, como ya se contempla en documentos específicos (*Guía para la gestión de la Prevención de Riesgos laborales de trabajadores con discapacidad intelectual*)⁴⁵. Se trata de **Minusvalía psíquica determinada previamente** (deficiencia intelectual, enfermedades degenerativas...). Se caracterizan por incorporarse a la organización con porcentajes de minusvalía definidos (habitualmente superiores al 33%) y debe tenerse en cuenta el déficit que presentan, para establecer las limitaciones laborales, así como la comorbilidad con otros trastornos mentales de nueva aparición; en el caso de patologías degenerativas es necesario establecer un seguimiento regular⁴⁶.
- **Antecedente de trastorno mental** previo o actual, sin discapacidad reconocida. Tratamiento con psicofármacos (el tratamiento con ansiolíticos o antidepresivos, en sí mismo, no es criterio de gravedad). Los trastornos mentales con posible repercusión funcional (como la esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo o el trastorno bipolar), pueden ser compatibles con la actividad profesional, dependiendo de la evolución y del tratamiento. En trastornos mentales en fase de descompensación aguda habría problemas de aptitud. Durante las situaciones agudas (depresión, estrés post-traumático...), y en algunos **procesos residuales**, subyace una dificultad para solventar problemas, bien por una mayor utilización de **reacciones emocionales** en los enfrentamientos, o bien por una dificultad importante o **incapacidad para la toma de decisiones**.
- Características de personalidad o posibles **rasgos de carácter “facilitadores”** de futuras situaciones de malestar psíquico (*distress*) y **agotamiento profesional** (perfeccionistas, obsesivos, inseguros, con baja autoestima, etc.). A veces se detectan porque la gente con la que se convive esté sistemáticamente a disgusto o infeliz cuando lo trata, circunstancia que puede darse en varios trastornos de la personalidad, en los trastornos hipomaníacos (en los cuales se está siempre excesivamente eufórico, y con tendencia al enfado si se le lleva la contraria a los planes o ideas propias). Son percibidos por el paciente como normales. Solamente cuando los rasgos de personalidad suponen un grado mayor de lo habitual, son inflexibles y maladaptativos, y suponen un deterioro significativo, pueden diagnosticarse de trastorno de la personalidad³. Han de tenerse en cuenta los trastornos **esquizotípico, paranoides o límites, para tareas de especial responsabilidad, y los trastornos paranoides, cuando el delirio tiene una clara relación con el ámbito laboral**.
- **Conductas adictivas**, aún referidas al tiempo de ocio.

- Padecimiento de **enfermedades crónicas** que impliquen deterioro de la capacidad funcional y ausencia de conciencia de enfermedad, con necesidad de asumir el rol de enfermo.
- **Trastornos somatomorfos** (presencia no intencionada de síntomas de malestar clínico o deterioro funcional significativo sugerentes de enfermedad somática, que no pueden explicarse completamente, y que su origen se encuentra en un incorrecto manejo por parte del paciente de un estresor psíquico, debido a unos rasgos anómalos en su personalidad).
- **Alteraciones somáticas** con excesiva reactividad al estrés cotidiano: trastornos endocrinológicos, insomnio crónico o déficit habitual y mantenido de horas de sueño, etc.
- **Situaciones recientes estresantes específicas graves** con repercusión en la salud mental (vivencia de un acontecimiento traumático, muerte de un familiar próximo, separación de la pareja, situaciones económicas desfavorables, etc.).

9.2.2. Prevención Secundaria

9.2.2.1. Detección precoz de problemas

La **prevención secundaria** se orientará al diagnóstico precoz y al tratamiento más eficaz para reducir tanto la duración del trastorno, como el riesgo de complicaciones.

Desde algunas entidades sanitarias⁴⁷ se están innovando líneas de actuación, como por ejemplo crear Comités de Salud Mental, multidisciplinarios, que trabajan conjuntamente para establecer propuestas en vigilancia y control de la salud mental de trabajadores en los que se hayan detectado conductas anómalas que pudieran derivarse de enfermedad mental o algún tipo de adicción, así como establecer propuestas para la adaptación o cambio de puesto de trabajo si fuera necesario y actuaciones de intervención sobre la mejora de su salud.

Como se ha expuesto en el punto 7 de la presente Guía, **las actuaciones en vigilancia de la salud individual serán claves para la detección temprana**, tanto de posibles problemas de salud mental en el trabajo, como de posibles interacciones entre riesgos psicosociales del mismo y trastornos mentales.

Para la detección precoz se deberán tener en cuenta algunas situaciones especiales²²:

1.º **Exposición acumulativa a un riesgo psicosocial del trabajo.**

Por ejemplo, ante situaciones de estrés laboral crónico, donde se puede producir un estado de fatiga física y mental que puede correlacionar con problemas mentales como los trastornos adaptativos, así como con enfermedades psicosomáticas relacionadas con el estrés como las cardio y cerebro-vasculares, dolores osteomusculares, etc.

2.º **Exposición a riesgos psicosociales del trabajo que contribuyen al desencadenamiento de un trastorno mental para el que el trabajador es vulnerable.**

Aquí el riesgo psicosocial del trabajo interviene como factor desencadenante o agravante. Ocurre por ejemplo en casos de trastornos depresivos y de ansiedad, sobre todo en los primeros episodios. Se atribuye a las situaciones estresantes el 10-15% de la varianza sobre la sintomatología depresivo-ansiosa que padece el

paciente. Se trata de trastornos de etiología multifactorial, de forma que cada factor explica una proporción relativamente pequeña de la varianza, lo que obliga a tener en cuenta diferentes factores de vulnerabilidad o modificadores, genéticos, evolutivos (como una historia personal de vínculos inseguros) psicológicos (como estilo atribucional negativo y baja autoestima) y sociales (como la falta de apoyo social).

3.º Exposición a situaciones laborales traumáticas.

Como puede ocurrir en casos de accidentes laborales graves, haber sido víctima de un acto violento en el trabajo, y en algunas ocasiones, tras situaciones crónicas y graves de acoso psicológico en el trabajo. Estos riesgos se relacionan con alteraciones a la salud como el trastorno de estrés postraumático. Cuando esto ocurre, el que la intervención sea preventiva o terapéutica dependerá en gran parte del momento en que se produzca y del caso clínico concreto.

4.º Padecer un trastorno mental puede relacionarse con una menor tolerancia posterior a situaciones estresantes.

Este hecho será necesario tenerlo en cuenta y evaluarlo, especialmente para establecer las pautas adecuadas de la reincorporación laboral.

9.2.2.2. Otras líneas de prevención

Considerando el modelo procesual de los riesgos psicosociales expuesto en la [Figura 6](#), una importante línea de prevención secundaria se orienta hacia el desarrollo de aquellos factores moderadores que facilitan el manejo y control de los factores de riesgo y del riesgo psicosocial en sí, disminuyendo la posibilidad de padecer el mismo y/o las consecuencias.

Desde esta perspectiva, la participación de actividades formativas orientadas al desarrollo recursos personales de salud en el trabajo pueden:

- Fomentar competencias, fortalezas personales y capacidades psicológicas (como la inteligencia emocional, las habilidades sociales para la resolución de conflictos, el manejo personal del estrés, estilos de liderazgo saludables, etc.).
- Facilitar servicios de salud, mediante intervenciones para el desarrollo de prácticas de auto-cuidado.
- Participación de la organización en la comunidad. Desde una política de responsabilidad social corporativa, facilitando por ejemplo servicios de atención a familiares (como guarderías, becas de estudio...) y políticas de desarrollo de actividades comunitarias.

Todas estas prácticas van orientadas al bienestar de los trabajadores (tanto sanos como con posibles problemas de salud mental) y son líneas de actuación con carácter preventivo y de búsqueda del bienestar y cuidado del capital motivacional y psicológico de la organización. Cuando nos encontramos con un trabajador con problemas de salud mental, la intervención preventiva tendrá que ir un paso más allá, evaluando el caso en particular y considerando la necesidad de establecer pautas para su integración adecuada en el entorno laboral.

9.2.3. Prevención Terciaria

9.2.3.1. Integración laboral y recuperación personal y laboral

Son diversas las dificultades de integración que existen para el acceso y mantenimiento en un trabajo de las personas con enfermedad mental. Algunas proceden de la propia pérdida de salud y características de la enfermedad, pero otras derivan de cómo ésta ha influido a lo largo del periodo formativo y de incorporación laboral, del estigma y prejuicio social ante la enfermedad mental y/o dificultades derivadas del entorno socio-familiar del paciente.

Para una adecuada integración del trabajador con problemas de salud mental, la primera premisa será proceder a una **adecuada recogida de información** que permita evaluar qué aspectos son funcionales y cuáles no en la persona y qué características del entorno laboral permitirán su desarrollo o facilitarán un posible desequilibrio en el mismo. Para ello se accederá a fuentes indirectas (como posibles informes médicos, psicológicos, sociales...) y directas (entrevistas, observación, etc.).

Según Sánchez (2006)⁴⁸, el diagnóstico psiquiátrico y la historia psiquiátrica por si solos, NO predicen un éxito o fracaso laboral. Por el contrario, **los factores que habitualmente SI son indicadores de un posible éxito o fracaso en el trabajo son:**

- El funcionamiento en la historia laboral previa.
- Las expectativas e intereses del trabajador ajustados a la realidad.
- La motivación laboral.
- El apoyo profesional.
- Las capacidades de ejecución laboral.
- El tipo de apoyo familiar.

En la valoración de la persona con un problema de salud mental, desde una perspectiva laboral, deberemos tener en cuenta sus **habilidades** cognitivas (capacidad de aprendizaje, memoria, solución de problemas, etc.), habilidades psicomotrices (integración sensorio-motora, utilización funcional de la fuerza, postura, etc.), habilidades de comunicación e interacción en la relación con los demás y hábitos básicos del trabajo (asistencia, aseo, seguimiento de normas, etc.). Todo ello, en función de las **competencias** técnicas (dominio de la tarea, conocimientos y destrezas necesarias), metodológicas (seguimiento adecuado de los procedimientos y de actuación ante nuevas situaciones), sociales (colaboración, trabajo en equipo, comunicación interpersonal) y participativas (de colaboración con el ambiente de trabajo, organización y decisiones en el mismo), requeridas por el puesto de trabajo.

En algunas ocasiones puede ser necesario establecer una **adaptación del puesto de trabajo**. Se recomienda que exista para ello un protocolo de actuación en el que se especifique cómo se procederá para:

- La solicitud de adaptación del puesto: Creando un modelo para su solicitud por escrito.
- La valoración del caso: Realizada por el SPRL, incluyendo desde el área médica los datos de salud relevantes y la solicitud de evaluación a psiquiatría, si se considera necesario, y desde el área técnica, la valoración del puesto de trabajo. Con toda la información, se emitirá el informe de aptitud con restricciones (por ejemplo para las guardias y trabajo nocturno, para la realización de determinadas tareas...) y/o recomendaciones (hacia el

trabajador y/o supervisor directo), prioridad y plazos de la adaptación, pautas de seguimiento del caso y revisión de la adaptación.

- La contestación al trabajador y comunicación a la dirección: Considerando las características particulares de cada caso (si existe la necesidad de comunicación a la familia y/o tutor legal, supervisor directo, etc.).

Características de la intervención en trabajadores con problemas de salud mental:

- Carácter individualizado: cada persona tiene unas habilidades y unas dificultades concretas, por tanto cada trabajador deberá participar en diferentes actividades rehabilitadoras y recibirá los apoyos o atenciones necesarias.
- El trabajador debe recibir información constante y acordar los objetivos con él de forma que se le motive para la participación activa en la consecución de estos.
- Debe ser la respuesta a una evaluación determinada, para eliminar conductas inapropiadas, aumentar la frecuencia de conductas adecuadas, dotar de los apoyos necesarios y optimizar el funcionamiento social y laboral del trabajador.
- Es importante especificar todos los aspectos que sean posibles y cuantificar las conductas objeto de intervención en cuanto a duración e intensidad.
- Se deben marcar objetivos a corto plazo, de forma clara y operativa. También indicar objetivos a medio y largo plazo.
- Coordinar las intervenciones internas con las acciones hacia los recursos sociolaborales y/o sanitarios de la forma más adecuada para el trabajador.

9.2.3.2. Programas específicos de reincorporación y seguimiento laboral

En el punto 9.3 se tratan, en el contexto de los Planes de Prevención específicos correspondientes, la reincorporación de trabajadores después de programas de deshabitación a alcohol y/o drogodependencias, y el seguimiento de los mismos, así como otras situaciones que causaron baja (IT) por motivos de salud mental, y se reincorporan al trabajo (tras sufrir agresiones, etc.).

9.2.3.3. Identificación precoz de situación susceptible de Incapacidad Permanente (IP)

En los puntos 9.1 (niveles de riesgo y aptitud, “no apto permanente”) y 7.4.3 (derivación al INSS) de esta Guía ya se aborda ampliamente la identificación de situaciones de Incapacidad Permanente (IP) para el puesto de trabajo. Solo queda añadir que cuanto más precozmente se identifiquen estas situaciones, se conseguirá prevenir daños mayores, tanto para el propio trabajador, como para su entorno (minimización de consecuencias).

9.3. PLANES DE PREVENCIÓN ESPECÍFICOS

9.3.1. Plan de Prevención de Drogodependencias

La **drogodependencia** es un tipo de trastorno adictivo que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación³⁴.

Aunque el Estatuto de los Trabajadores (ET) contempla el despido disciplinario por consumo abusivo de drogas o alcohol, siempre y cuando sean conductas habituales y tengan repercusión negativa en el trabajo (Art. 54.f), la línea represora no contribuye a la solución del problema³⁴. Según la OMS, en el nuevo plan de acción de la UE se destaca la prevención en entornos específicos, como por ejemplo el lugar de trabajo. La **Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016** instituye en España el modelo de prevención dentro de los programas de salud laboral²⁷.

Si por parte de la empresa se desea establecer y difundir una **Política de Prevención de Drogas** en el lugar de trabajo, se debe pactar en el Comité de Empresa (e incluirlo en Convenio Colectivo). Una vez establecido el documento de Política de Prevención se le dará difusión entre los trabajadores. En el seno del Comité de Empresa y CSS se pactará la Planificación de la Acción Preventiva: planificación del **Programa** y el **Protocolo de actuación**. Estará integrado en la Política de la Salud Laboral, estableciendo garantías para los trabajadores. Un Plan de Prevención de drogas en el trabajo es un conjunto de actuaciones realizadas en el lugar de trabajo, encaminadas a prevenir, reducir o paliar los efectos asociados al consumo de las drogas²⁷. Las características generales que deben cumplir se detallan en la **Tabla XVI**.

Tabla XVI. Características de los planes de prevención de drogas en el lugar de trabajo

Características de los planes de prevención de drogas en el lugar de trabajo	
Concepto: Es un conjunto de actuaciones realizadas en el lugar de trabajo, encaminadas a prevenir, reducir o paliar los efectos asociados al consumo de las drogas.	Integrado: <ul style="list-style-type: none"> • Enfocado desde la Salud Laboral.
Concreto: <ul style="list-style-type: none"> • Específico en cada empresa. 	Confidencialidad: <ul style="list-style-type: none"> • No revelar la identidad de los trabajadores tratados. • Solo utilizar los datos para fines terapéuticos.
Pactado: <ul style="list-style-type: none"> • Entre Empresa y comité de Empresa. • Incluido en Convenio Colectivo. 	Gratuito: <ul style="list-style-type: none"> • Los costes serán a cargo de la empresa.
Participativo: <ul style="list-style-type: none"> • Con representantes de los trabajadores. • Delegados de Prevención. 	Voluntario: <ul style="list-style-type: none"> • Ningún trabajador se verá obligado a participar.
Total e Integral: <ul style="list-style-type: none"> • Dirigido a todos los trabajadores. • Actúa no sólo sobre los hábitos, sino también sobre las consecuencias. 	No sancionador: <ul style="list-style-type: none"> • No tiene como objetivo ejercer un control disciplinario sobre los trabajadores. • Las enfermedades “se tratan” no se “castigan”.

La intervención del Médico del Trabajo es fundamental en el momento en que se considere (y se documente) que dicho trabajador puede representar un **problema de seguridad, por ser un riesgo para sí mismo, para los demás trabajadores o para otras personas** relacionadas con la empresa, (Art. 22 LPRL¹) o bien, cuando esté contemplado el riesgo de adicción a drogas en la Evaluación del Riesgo por puesto

de trabajo, y se protocolice la detección de drogas en los reconocimientos médicos específicos para dicho puesto de trabajo.

Actuaciones del Médico del Trabajo en drogodependencias:

1) **Evitar los riesgos en el origen, detectar factores de riesgo y actuar sobre los mismos (Prevención Primaria):** tanto factores de riesgo colectivos (colaborar en la ERP y en la identificación de puestos de trabajo de fácil acceso a psicofármacos, etc.) como factores individuales personales (detección precoz de TES).

La fácil **accesibilidad a drogas y sustancias psicoactivas** es un factor de riesgo muy importante **en determinados puestos de trabajo** y se debe tener en cuenta en la ERL (está documentado el abuso de opiáceos en anestesistas, o el abuso de psicofármacos en personal de enfermería y urgencias)^{29, 34}. Se debe actuar sobre el riesgo, dificultando el acceso fácil (por ejemplo, con un control exhaustivo de opiáceos y psicofármacos en el medio sanitario, vigilando si los pacientes han recibido dosis completas por su tolerancia al dolor en las salas de reanimación, etc.).

En los servicios de reanimación, se ha propuesto la teoría del riesgo higiénico ocupacional: **la exposición ambiental a aerosoles de opiáceos**. Midiendo en aire las concentraciones de opiáceos intravenosos (propofol y fentanilo) utilizados en pacientes, y que se aerosolizan en el ambiente (aire espirado de los pacientes) se concluye que los anestesistas están expuestos, durante sus horas de trabajo, a altas concentraciones ambientales^{29, 32, 49}. Otra cuestión a tener en cuenta será la posibilidad de que personal con problemas adictivos elijan puestos de trabajo donde el acceso a la droga es más sencillo⁵⁰.

La **detección de TES** al posible consumo de drogas (Art. 25 LPRL)¹, identificando factores de riesgo individual, es misión exclusiva del Médico del Trabajo, en la actividad de vigilancia de la salud. Serían TES aquellos trabajadores con mala respuesta al estrés (cuadros de ansiedad importantes, severas somatizaciones, etc.), con antecedentes personales de trastornos psicológicos, o de conductas adictivas previas, con historia familiar de adicciones, o con alto riesgo socio-familiar (divorcios traumáticos, presión social, etc.).

En el caso de detectar situaciones de riesgo y TES, se podrán proponer **adaptaciones del puesto** (cambios, en la medida de lo posible, en la organización del trabajo: turnos, evitar actividad continuada, etc.) e **intervenciones sobre el trabajador** en riesgo (seguimiento periódico y frecuente, información sobre los riesgos a los que está expuesto y dotarle de estrategias de afrontamiento cuyos objetivos sean un incremento de autoestima, responsabilidad en toma de decisiones, reducción de ansiedad, autoconfianza, mejora de relaciones interpersonales, incrementar la resistencia frente a la presión e influencia de grupo para el consumo de drogas, etc.). Se debe buscar ayuda en los programas de la red asistencial pública, o a través de consulta a la UVOPSE, para ofrecer información individualizada a los trabajadores en riesgo.

El Médico del Trabajo también puede y debe participar de forma directa y activa en los programas de **formación e información a los trabajadores en materia de drogodependencias:**

— **Campañas de sensibilización e Información a los trabajadores:** Se realizan como estrategias preventivas de difusión de información a través de folletos,

trípticos, carteles, etc. Su objetivo primordial es evitar el consumo de drogas entre los trabajadores.

- **Programas de Formación en materia de drogodependencias y educación para la salud:** Son otro tipo de estrategias preventivas que se pueden llevar a cabo a través de seminarios dirigidos a la totalidad de los trabajadores, o creación de talleres y grupos de discusión.

Las estrategias preventivas de formación e información a los trabajadores en materia de drogodependencias son medidas encaminadas a la reducción de la demanda (Prevención Primaria), evitando los riesgos en su origen.

2) **Realizar el diagnóstico precoz en los trabajadores consumidores y/o adictos a sustancias (Prevención Secundaria) y la derivación al SNS** para tratamiento de desintoxicación y deshabitación. Realizar una historia clínico-laboral exhaustiva, según los criterios establecidos en el punto 7.2 de esta Guía.

Cuando no hay instaurada en la organización una Política de Prevención de Drogas, ni el propio trabajador afectado, ni sus compañeros y responsables, son conscientes del problema, hasta que surge una **situación crítica**, con consulta al Servicio de Prevención. En estas situaciones, si el riesgo no está protocolizado para el puesto de trabajo, el Médico del Trabajo debe comprobar si existen signos de certeza de riesgo a terceros (indicadores de riesgo para pacientes: quejas y reclamaciones de pacientes, errores médicos constatados, etc.), y, si es así, pueden derivarse dos situaciones:

1. Contar con la colaboración del trabajador afectado, que reconoce su problema y solicita ayuda. Se derivará a la UVOPSE para incorporarse al Programa PAIPSE, y se valorará la aptitud y la necesidad de IT.

2. No obtener el consentimiento del trabajador afectado, que niega el problema. En este caso, aplicar el protocolo de vigilancia de la salud obligatoria (VSO) (ver el punto 8.1.5 de esta guía). Podría estar indicada la realización de Controles de Drogas (ver punto 7.3 de esta guía). Los informes del Médico del Trabajo siempre se emitirán en términos de **“aptitud para el puesto”**, aunque el trabajador tiene derecho a conocer los resultados de su salud (y a solicitar una contraprueba de un positivo en una analítica de detección de drogas).

En caso de realizar el **diagnóstico de trabajadores consumidores y/o adictos a sustancias**, además de valorar la aptitud para el puesto de trabajo, se derivará a la UVOPSE para incorporarse al Programa PAIPSE. Criterios de gravedad²⁴:

- Trastorno adictivo y ejercicio de especialidad de riesgo (como anestesia, cirugía, ginecología, urgencias, intensivos, farmacología clínica, farmacia hospitalaria y demás servicios intervencionistas).
- Presencia de patología dual.
- Presencia de consumo durante la práctica profesional y/o en el lugar de trabajo (detectado en anamnesia).
- Fracaso previo en al menos dos tratamientos frente a la adicción.
- Policonsumo.

En la UVOPSE se consideran las siguientes dimensiones esenciales:

- La existencia o no de conciencia de enfermedad en el trabajador enfermo, de su gravedad y de la importancia de sus repercusiones probables.

- El grado de adherencia al tratamiento.
- La disponibilidad de apoyo socio-familiar. Se estudiará su situación familiar, para contactar con la figura clave.
- Existencia de tratamiento psiquiátrico previo.
- La posibilidad de establecer un compromiso terapéutico y de controlar su eficacia y continuidad y para la prevención de recaídas y la realización aleatoria de la determinación de los niveles de fármacos y/o de presencia de tóxicos.
- La valoración de los riesgos que pudieran resultar para la salud propia y de terceros.

a) Si el riesgo no está protocolizado para el puesto de trabajo, y no se puede evidenciar riesgo para los pacientes u otras personas del entorno de trabajo, aunque sea posible, la sospecha de la adicción debe ser tratada con el trabajador afectado, sin posibilidad de realizar control de drogas sin su consentimiento, pero explicándole los riesgos de mantener el consumo y la conveniencia de iniciar un tratamiento adecuado, con garantías de confidencialidad.

Aunque el compromiso del tratamiento de deshabitación sea una opción personal por parte del trabajador, el médico del trabajo no debe asumir un riesgo para los pacientes y, ante **una sospecha razonable**, emitirá un informe de **aptitud en relación al nivel de riesgo a terceros** que se contemple en el puesto de trabajo del trabajador afectado, comunicándolo, además, al Colegio Oficial de Médicos, en el caso de que se trate de un médico afectado. El médico del trabajo, como cualquier otro facultativo, debe recordar el contenido del Art. 19 del Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial. Según dicho artículo, si un médico apreciase que un compañero no estuviera en las adecuadas condiciones para ejercer su trabajo, tiene la obligación de ponerlo en su conocimiento y pedirle que se deje tratar por algún médico de su confianza y además comunicarlo a su Colegio Oficial de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción, porque *el bien de los pacientes está por encima de todo*³⁴.

Si el riesgo está protocolizado para el puesto de trabajo, la realización de **pruebas de detección de drogas** estará contemplada en los protocolos de vigilancia de la salud específicos a determinados riesgos evaluados, y consensuado en CSS. No se deben realizar a todos los trabajadores, sea cual sea su puesto de trabajo, sino únicamente a aquellos en los que esté protocolizado en su puesto de trabajo por riesgo importante a terceros, además de a sí mismos (P. ej.: pilotos de aviones, conductores de metro, etc.). Nos encontraríamos ante un supuesto excepcionado por la LPRL de obtener el consentimiento del trabajador para realizar el reconocimiento médico. Esta última situación no se contempla, por el momento, en las evaluaciones de riesgos de los profesionales sanitarios.

3) **Y por último, facilitando la rehabilitación laboral (Prevención Terciaria)** favoreciendo la reincorporación laboral del trabajador tras tratamiento de deshabitación, con garantías de seguridad.

Una vez restablecida la salud, se debe facilitar la **reincorporación laboral, para lo cual resulta imprescindible la coordinación del Médico del Trabajo con los profesionales de la red asistencial**. Se consigue la mutua colaboración informando adecuadamente del objetivo de la coordinación de recursos (lo ideal sería establecer líneas oficiales de comunicación entre los médicos del trabajo de los SPRL y los

profesionales que tutelan el tratamiento del sanitario adicto, con la garantía de no agresión de los derechos del trabajador).

Si se realiza una evaluación de la salud de un **trabajador que reanude el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud (tratamiento de deshabitación)**, se le considerará **TES** frente a determinados riesgos (riesgo de estrés (turnos cambiantes, etc.), otros riesgos) durante un periodo que se considere adecuado para el seguimiento por el médico del Trabajo. **Se debe considerar la recomendación de reincorporación laboral progresiva, a tareas de responsabilidad hacia sí mismo o terceros** (adaptación de su puesto de trabajo en caso de manejo de maquinaria peligrosa, o personal sanitario con riesgo directo hacia terceras personas)²⁹ y **el periodo de seguimiento personalizado**.

Tratamiento de deshabitación y procedimiento de seguimiento a la Reincorporación laboral:

El seguimiento efectivo debe estar protocolizado, informar de las pautas al trabajador antes de dar inicio al mismo y conseguir su compromiso o aceptación, siendo siempre específico para cada caso (diferentes riesgos, diferentes situaciones)²⁹.

1. Contrato terapéutico en fase de rehabilitación laboral.

En casos muy concretos, puede ser beneficioso establecer un contrato terapéutico en dónde se especifiquen las condiciones del seguimiento²⁹. Se incorpora un modelo aplicado a personal sanitario (**Figura 9**). El contenido mínimo que debe contemplar, se resume en los siguientes apartados²⁹:

1. Datos de Identidad del trabajador en seguimiento.
2. Identidad del responsable (facultativo, psicoterapeuta) del tratamiento de deshabitación y/o psicoterapia.
3. Arbitraje del SPRL para realizar controles en el lugar de trabajo y emitir Aptitud laboral.
4. Se le facilita una “falsa identidad” para preservar la intimidad (confidencialidad al realizar el envío de muestras al laboratorio, etc.).
5. Tipo de controles toxicológicos que se van a realizar.
6. Adaptación progresiva a la normalidad laboral y condiciones (asumir tareas de más complejidad y responsabilidad progresivamente). Duración del proceso.
7. Condiciones en caso de “positivos” en los controles analíticos.
8. Posibilidad de negativa al seguimiento, y consecuencias derivadas de dicha negativa.
9. Fecha y firmas (del trabajador causante del contrato terapéutico y del Responsable de la Dirección y/o Responsable del SPRL, dependiendo de cómo se haya planteado).

Fig. 9. Reincorporación laboral y procedimiento de seguimiento. Modelo de contrato terapéutico

<p>Contrato Terapéutico: ACUERDO DE REHABILITACIÓN LABORAL EN FASE DE ABSTINENCIA</p> <p>D/Dña.....XXXXX... con DNI... XXXXXX ..., con puesto de trabajo..... Servicio....., turno, se compromete con la Dirección/SPRL de este Centro Sanitario, mediante este escrito a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Designar como persona responsable de su tratamiento a D./Dña., en calidad de <i>Psicoterapeuta</i>..... 2.-Acudir a revisión en el SPRL (que actuará como Servicio de arbitraje en cuanto a su aptitud laboral) cuando sea requerido y aportar documentación/informe periódico favorable de su psiquiatra de estar acudiendo a las revisiones, hasta cursar alta por curación en aras de favorecer su realización personal y laboral. 3.-Someterse a análisis de orina/sangre/pelo aleatorios (sin previo aviso) según marque el servicio de arbitraje (SPRL) SIEMPRE en presencia de personal sanitario del SPRL y contrapruebas más específicas en caso de positivos 4.-Comprometerse a no tomar medicación alguna que falsee el resultado de las pruebas, dando su consentimiento por escrito cada vez que se realice una prueba y explicitando en dicho consentimiento la medicación que toma en ese momento o la ausencia de medicación. Para preservar su intimidad la petición de las pruebas se hará bajo una falsa identidad que será la siguiente:..... <i>J. Pérez Pérez</i>..... 	<p>-En caso de que los análisis sean positivos a algún tóxico, el paciente autoriza al Facultativo del SPRL a comunicar dichos resultados a sus responsables inmediatos (Jefe de Servicio, y Dirección del Centro), dado que no se puede aceptar el riesgo ocasionado a terceros (los pacientes). <u>La positividad confirmada a cocaína y/o cannabis y/o opiáceos y/o anfetaminas, descartada la existencia de interferencias medicamentosas, será motivo de valoración como NO APTO.</u></p> <p>-Tiene derecho a negarse a aceptar estas condiciones dado que le asiste el derecho a la protección de su intimidad, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Pero en caso de una negativa, se estaría en un supuesto de duda razonable de que el riesgo sigue persistiendo y se interpretaría en los mismos términos que una prueba de toxicológica positiva, en dicho caso no se podría aceptar el riesgo ocasionado a los pacientes</p> <p>- La recuperación de la normalidad laboral será progresiva, incorporándose primero a la actividad XXXXX, después de X semanas de controles negativos, y al menos X semanas más de controles negativos para su incorporación a XXXXX</p> <p>-La positividad de un control supone su paso a tareas de menor responsabilidad.</p> <p>- La segunda positividad de un control en menos de X tiempo supone la comunicación al Colegio Oficial de Médicos de..... y la inhabilitación colegial/profesional .</p> <p>En, a..... de..... de 200...</p> <p>Fdo:..... Paciente-trabajador</p> <p>Fdo:..... Responsable Dirección/SPRL</p>
---	---

Fuente: Otero C. Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (II): Procedimiento de reincorporación laboral. 2008.

2. Protocolo de Controles Toxicológicos

Se debe diseñar un Protocolo de Controles Toxicológicos personalizado (29), especificando el tipo de muestra/s que se van a seleccionar, la indicación de pruebas, las condiciones de recogida de muestra, las condiciones de conservación y envío de dichas muestras al laboratorio de referencia, custodia de muestras y documentos de consentimiento para realizar la toma de muestras así como de información recibida por el trabajador (Figura 10).

Para diseñar el protocolo de recogida, almacenaje y envío de muestra al laboratorio, es preciso determinar qué controles debemos realizar (ver punto 7.3 de esta Guía).

Fig. 10. Reincorporación laboral y procedimiento de seguimiento. Modelo de consentimiento para realizar análisis y modelo de informe de resultados al trabajador.

<p>En a..... de de 200....</p> <p>D. / Dña..... con clave identificativa <i>Juan Pérez Pérez</i>.....</p> <p>En el día de la fecha he sido informado/a de que el análisis de <i>orina y/o sangre y/o pelo</i> que se me ha realizado hoy incluye la investigación de drogas de abuso (Opiáceos/Heroina, Cannabis/Marihuana, Cocaína y anfetaminas) y que el mismo cumple con los requisitos de control de calidad normalmente requeridos.</p> <p>Otras determinaciones: <i>fentanilo, Benzodíacepínas</i>,</p> <p>Me doy por enterado y doy mi consentimiento a que se practique dicho análisis. Para descartar posibles interferencias medicamentosas, conteste a la siguiente pregunta: ¿Está tomado actualmente algún tipo de medicación, o la ha tomado en los últimos días?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ¿Cuáles?..... <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fdo:..... DNI:.....</p>	<p>En....., a..... de de 200..</p> <p>D. / Dña..... con clave identificativa <i>Juan Pérez Pérez</i>.....</p> <p>En el día de hoy he sido informado del <u>resultado</u> del análisis de <i>orina y/o sangre y/o pelo</i> que se me ha realizado el día..... de..... de 200.... para la investigación de drogas de abuso.</p> <p>Resultado negativo a:</p> <p>Resultado positivo a:</p> <p>En caso de positivo: Ejercer / Renuncio (táchese lo que no proceda) el/la derecho a que se practique un contraanálisis y elija el Laboratorio que cumple con los requisitos de control de calidad normalmente requeridos y asumo los gastos que se deriven de la realización de esta prueba.</p> <p>Fdo:..... DNI:.....</p>
---	--

Fuente: Otero C. *Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (II): Procedimiento de reincorporación laboral. 2008.*

En los programas de seguimiento los test a intervalos aleatorios intermitentes son los que tienen mejor relación coste-eficacia^{29, 30}.

3. Previsión de recaídas

Por último, es necesario hacer una **previsión de la posible recaída**, así como de la actuación en caso de que se produzca²⁹. Se deben integrar las posibilidades de recaída en el propio tratamiento y en el protocolo de seguimiento.

Es muy importante determinar la duración del programa de seguimiento. En el estudio del programa Washington Physicians Health Program (WPHP), Domino⁵¹ demostró que el **riesgo de recaída disminuye con el incremento en la duración del programa de seguimiento**. Los programas de seguimiento que pretendan evitar o disminuir el riesgo de recaída de los profesionales sanitarios en proceso de recuperación de su adicción **deben ser más intensos y prolongados en los sanitarios en los que confluyan varios factores de riesgo o que hayan presentado recaídas previas**²⁹.

En el caso de los Problemas Relacionados con el Alcohol también es preciso realizar una evaluación médica y psicológica completa, siguiendo las mismas premisas que se han mencionado para el caso de las drogodependencias, y valorar si el paciente presenta dependencia alcohólica, en cuyo caso se realizará desintoxicación, bien hospitalaria, bien ambulatoria (teniendo en cuenta la gravedad somática del caso y el apoyo familiar disponible). Tras ello, se pasa al período de deshabitación, donde también pasan directamente los pacientes con diagnóstico de abuso alcohólico. En

esta fase se combina, tratamiento farmacológico con abordaje psicoterapéutico. El tiempo de seguimiento de estos pacientes será mínimo de un año^{24, 43}.

9.3.2. Plan de Prevención de Situaciones Conflictivas

Procedimientos de actuación en casos de situaciones conflictivas:

a. Protocolo de actuación en situaciones de violencia externa en el trabajo.

La Orden 212/2004, de 4 de Marzo⁵² establece las directrices y líneas generales para la *elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas*.

Las actuaciones del SPRL en situaciones de violencia externa comprenden el **registro y notificación** de las mismas (registro unificado REMAC, con aplicación informática) y, en caso de lesiones al trabajador, hayan precisado de asistencia urgente o no, el médico del trabajo debería **valorar la aptitud psicofísica del trabajador para la reincorporación al puesto de trabajo siempre que haya causado IT** (en estos casos se tratará de IT por contingencia profesional), y emitir las recomendaciones pertinentes para cada situación. La explotación del registro REMAC permitirá ir perfilando el “mapa de riesgo” y avanzar en las medidas preventivas adecuadas a la tipología de conflictos.

También el INSHT ha creado una aplicación informática que facilita el control de la posible aparición de incidentes de violencia ocupacional externa; proporcionando una herramienta integral, sencilla e intuitiva para identificar, prevenir y controlar los aspectos relacionados con la violencia de origen externo en el trabajo. Se trata del “**Modelo operativo para la gestión de la violencia ocupacional de origen externo**”, con aplicación informática **AIP.028**, versión 1.0, 2011. El modelo operativo está orientado principalmente a las Pymes que desarrollan actividad en sanidad, hostelería, educación y transporte y almacenamiento. Se puede descargar desde la página web del INSHT, en el siguiente enlace:

<http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=fc10ef78fa103310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

b. Protocolo de actuación en situaciones de violencia interna en el trabajo.

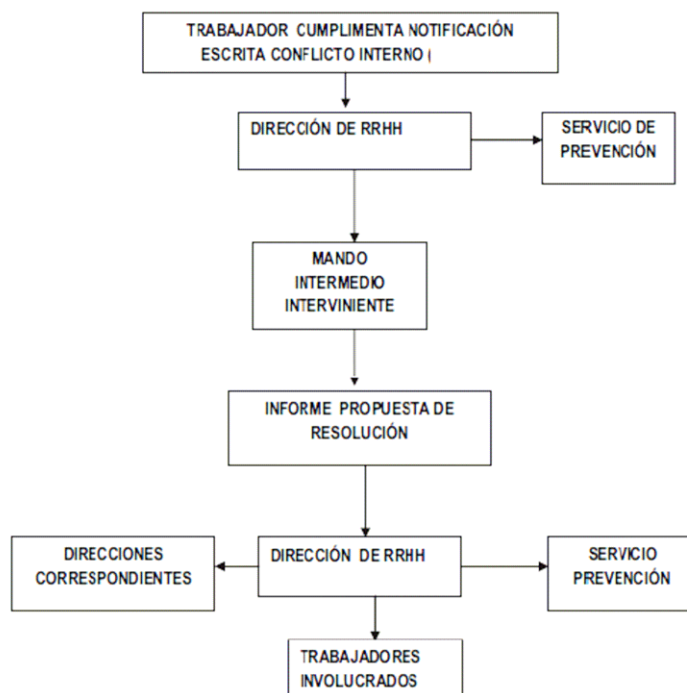
Los Centros de trabajo deben disponer de un Plan General de Intervención ante conflictos entre sus trabajadores. En nuestras Instituciones Sanitarias (CM) se ha desarrollado un proyecto con el objetivo principal de prevención de la violencia interna; secundariamente se mejoraría la asistencia sanitaria a los usuarios. Siguiendo el modelo adoptado con la violencia interna, se debería establecer un sistema de registro de conflictos internos centralizado, siendo los SPRL los encargados del registro en el ámbito de su competencia, del análisis epidemiológico y de la elaboración de un MAPA de riesgos con el objetivo de establecer medidas de prevención y protección así como el control y seguimiento de su eficacia²⁴.

Existen a disposición pública (<http://www.ammtas.com/>) dos documentos elaborados por el grupo de trabajo “De Prevención de la Violencia Interna en Instituciones Sanitarias de la C.M.” que se presentaron en las “III Jornadas de la Asociación Madrileña de Especialistas en Medicina del Trabajo en el Ámbito Sanitario” (AMMTAS), en enero 2011, en el Hospital Universitario Clínico San Carlos (Madrid).

El primer documento (*“Política preventiva frente a la violencia interna en las instituciones sanitarias: código de buenas prácticas”*⁵³) define el concepto de **violencia en el lugar de trabajo** como *toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra, en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma*. Será **violencia interna**, si tiene lugar entre los propios trabajadores, incluidos directores y supervisores. También establece un modelo de *“Declaración de Principios”* que van a definir la política institucional frente a las situaciones de violencia interna (tolerancia cero a las situaciones de violencia interna) y una propuesta de *“Código de Conducta”* de aplicación a instituciones sanitarias, que ha de ser dirigido a todos y cada uno de los trabajadores.

El segundo documento (*“Procedimiento para el Abordaje y Solución de Conflictos Internos, incluyendo el acoso psicológico, en Instituciones Sanitarias de la C. M.”*⁵⁴), pretende ofrecer las pautas generales de actuación para el afrontamiento y solución de las situaciones conflictivas entre trabajadores, que se puedan producir en nuestras organizaciones,, aportando un procedimiento para realizar un afrontamiento temprano de los conflictos internos, evitando situaciones más complejas, o escaladas de violencia. En la **figura 10** se detallan las fases del procedimiento, que se inicia con la notificación del conflicto por el propio trabajador afectado, por escrito, en un formulario específico (se adjunta una copia en el **Anexo XII** de esta guía), dirigido a la Dirección de Recursos Humanos (Dir. RRHH). La Dir. RRHH notificará la situación tanto al mando responsable de la intervención cómo al SPRL, y desde este momento se inicia la fase de intervención: documentando y analizando el conflicto, evaluando y haciendo una propuesta de solución del mismo.

Fig. 11. Algoritmo Resumen (Prevención de Violencia Interna en las Instituciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid)



Fuente: “Procedimiento para el Abordaje y Solución de Conflictos Internos en Instituciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid”

9.3.3. Plan de Prevención de Acoso laboral, psicológico o moral (mobbing)

Definición de Acoso Laboral (INSHT): “*Exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder (no necesariamente jerárquica). Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud*”⁵⁵. Aporta tres diferencias fundamentales respecto a definiciones anteriores y a la NTP previa (476):

1. No es necesaria la constatación de una intención de dañar (muy difícil de probar en los tribunales).
2. No es necesario verificar que se produzca un daño a la salud.
3. No acota el tiempo de exposición a las conductas de violencia psicológica, anteriormente establecía periodos superiores a 6 meses.

Debido a la trascendencia del problema, en junio de 2011, se ha publicado una Norma con el **Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado**⁵⁶.

El INSHT también ha publicado una herramienta denominada “*diario de incidentes*” que permite a los trabajadores recoger de manera metódica las posibles conductas de acoso percibidas. El análisis preventivo requiere comunicar estos hechos, seguir lo indicado en el “protocolo de actuación en caso de posible acoso en el trabajo o abordaje de conflictos internos”. El diario de incidentes se encuentra disponible en la página web del INSHT:

<http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=c5f044e336f1b210VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

No se dispone de instrumentos eficaces para la evaluación de una situación de acoso laboral. **Éste no es un “diagnóstico” médico**, sino un término jurídico. La valoración que desarrolló Leymann (LIPT), estableció 45 comportamientos que se dan durante el proceso y los agrupó en las 5 categorías siguientes:

- Impedir que la víctima se exprese.
- Aislar a la víctima.
- Desacreditar a la víctima en su trabajo.
- Menospreciar a la víctima frente a sus compañeros.
- Comprometer la salud de la víctima.

LIPT no es un verdadero instrumento de diagnóstico clínico sino un auto-registro, sus resultados presentan variabilidad interpoblacional, y no se emplea en clínica.

Clásicamente se han definido unas características asociadas a la situación de acoso laboral⁵⁷ que se resumen en la **Tabla XVII**.

Tabla XVII. Características en el acoso laboral

Características de la Víctima	Características del Acosador	Características de los Cómplices
<ul style="list-style-type: none"> • Piñuel y Zabala (2001), entre otros autores coincidentes, describe las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> – Elevada ética, honradez, rectitud, alto sentido de la justicia, y con su actitud ponen de manifiesto la falta de ética de la organización. – Autonomía, independencia de juicio e iniciativa propia. – Elevada capacidad para su trabajo (la probabilidad de acoso aumenta cuando la capacidad de la víctima coincide con los déficits del acosador, y, especialmente, si esta capacidad es relevante en la organización del trabajo). – Carisma, popularidad y capacidad de liderazgo informal. – Facilidad para la cooperación y el trabajo en equipo. – Situación personal o familiar satisfactoria. – Alta capacidad de empatía y compromiso de bienestar con los demás. – Utiliza un lenguaje directo. <p>Aunque no se pueda objetivar la existencia de un tipo de personalidad que predisponga a las personas a ser víctimas, si parecen existir características comunes para que una persona sea víctima de Mobbing. Es el ser percibido como una amenaza para el acosador (base del comportamiento del maltrato).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para Hirigoyen (1999) es un perverso narcisista (se encuentra vacío y busca su propia imagen en los demás, utilizando a la víctima para apropiarse de su imagen y después destruirla, sintiendo placer en la humillación y el sufrimiento de la víctima, sin ningún sentimiento de culpa). • González de Rivera (2002) describe una combinación de rasgos narcisistas y paranoides en la personalidad del acosador (el acosador experimenta celos y envidia, necesidad de control y mediocridad). Describe el Síndrome MIA (Trastorno por mediocridad inoperante activa). • Piñuel y Zabala (2003) define tres perfiles de jefes tóxicos: <ul style="list-style-type: none"> – El directivo de tipo narcisista, que busca un auditorio en sus subordinados, monopoliza todos los méritos y nunca apoya, sino que destruye a aquellos que cree que pueden hacerle sombra. – El directivo psicópata, aparentemente encantador, aunque calculador y malévolo, sobre todo con los trabajadores más frágiles. – El directivo paranoide, que desconfía de todo el mundo, fiscaliza constantemente el trabajo de sus subordinados e interpreta de forma negativa la mayoría de las iniciativas. <p>El acosador puede comportarse de forma DIRECTA (usa un lenguaje manifiesto para contradecir, humillar y desacreditar a la víctima, en privado o en público) o INDIRECTA usando un lenguaje doble-vinculante (el gesto y el modo se contradicen con las palabras) o un lenguaje latente (mensajes contradictorios que confunden a la víctima).</p>	<p>Para que una situación de Mobbing pueda hacerse crónica es necesario que exista un entorno que participe como cómplice o consentido. Suelen ser personas de escasa valía profesional y bajos escrúpulos (González de Rivera, 2000, 2002).</p> <p>Los cómplices silentes suelen ser personas con deseos de agradar a los demás, inseguras, indecisas, temerosas, que se someten a cualquier orden si obtienen algún tipo de recompensa con ello (Fornés, 2003).</p>
<p>En realidad, cualquiera puede llegar a ser una víctima de acoso... o, en un momento dado, un verdugo (la perversión es mantener en el tiempo la postura de acosador sin arrepentimiento ni sentimiento de culpa).</p>		

Modificado de Mansilla Izquierdo

Se debe **establecer la diferencia del acoso con un conflicto interpersonal** en el que pueden darse el mismo tipo de conductas pero que **difieren en cómo se producen, la frecuencia y la duración de estas conductas hostiles**⁵⁷. El médico del trabajo también debe estar adecuadamente entrenado para poder diferenciar la situación de acoso laboral de otras situaciones que pueden presentarse en el trabajador con situaciones y síntomas que se presten a confusión (Tabla XVIII).

Tabla XVIII. Diagnóstico diferencial de acoso (I)

Mobbing	Conflicto Interpersonal en el trabajo	Estrés	Burnout	Acoso sexual
Las conductas son frecuentes, sistemáticas, repetidas y prolongadas en el tiempo.	Las conductas no son frecuentes ni sistemáticas, son ocasionales.	En el estrés participan agentes estresores que generan una reacción del individuo.	“Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”.	En el mobbing, el principal objetivo es hacerle el vacío al trabajador, es decir, provocar su humillación y posterior alejamiento del lugar de trabajo. En el acoso sexual, aunque es una forma de violencia laboral, el acosador persigue otro fin.
El acosador tiene una finalidad de carácter instrumental o finalista.	No hay finalidad premeditada.	Síntomas: somatizaciones y ansiedad, sin pérdida de la confianza. En el Mobbing se ven afectadas la dignidad personal y los sentimientos más profundos de la persona: aunque en una etapa precoz se produzcan síntomas de ansiedad (dificultad para conciliar el sueño y “darle vueltas” a los temas de origen de la preocupación), según se va confirmando el conflicto y se identifican la(s) persona(s) de las que procede, la falta de explicación lógica conduce al afectado a una situación de desconcierto e incertidumbre. Es otra fase de incredulidad, e incluso pensar que las dificultades están en sí mismo por su suspicacia, o porque en realidad no se hacen bien las cosas (disminución de seguridad, pérdida de autoestima y desconfianza).	Mobbing: los agresores forman parte de la empresa. Burnout: falta de apoyo y recursos técnicos para realizar el trabajo.	
Suele darse un elemento grupal, un grupo contra una persona.	Se suele dar entre dos trabajadores.	Despersonalización. Progresiva a una fase depresiva (se va convenciendo de que hace las cosas mal), hasta la depresión franca con trastornos de los impulsos (alimentación, libido, etc) con repercusión social y familiar.		
Los comportamientos van dirigidos hacia uno o varios trabajadores, pero no a todos.	Los comportamientos acosantes van dirigidos a todo el grupo de trabajadores.			
Suele haber una relación asimétrica entre los protagonistas.	Suelo haber simétrica, igualdad entre los protagonistas.			
Se da ambigüedad de rol.	Los roles y tareas están claramente definidas.			
Las relaciones son de competencia y boicot.	Las relaciones son de colaboración.			
Las discrepancias no son explícitas.	Las discrepancias son explícitas.			
Las confrontaciones son frecuentes.	Las confrontaciones son ocasionales			
El estilo de comunicación es evasivo.	El estilo de comunicación es sincero y eficiente.			
Los objetivos no son comunes ni compartidos.	Los objetivos con comunes y compartidos.			

Modificado de Mansilla Izquierdo

También se pueden encontrar indicadores para la detección de simuladores de acoso o “falso mobbing”⁵⁷. Se presentan en la [Tabla XIX](#).

Tabla XIX. Diagnóstico diferencial de acoso (II)

Simulación de Acoso Laboral o Falso Mobbing	Víctima de Mobbing
Suele utilizar la comunicación paradójica, el engaño y la manipulación.	Suele utilizar un estilo de comunicación evasivo.
Suele presentar un trastorno mental: trastorno querulante o disocial.	No suele presentar antecedentes psicopatológicos.
Se siente seguro y convencido, no le preocupa la resolución del conflicto, no buscará el acuerdo y denunciará precozmente.	Se siente inseguro, procurará llegar a acuerdos y a la rápida resolución del conflicto.
Suele tener malos informes de antecedentes laborales por parte de compañeros y superiores.	Suele tener buenos informes de antecedentes laborales de compañeros y superiores.
Hace intentos de denunciar mobbing de forma anónima.	No hace intentos de denunciar mobbing de forma anónima.
Suele tener una pobre capacidad y recursos personales para el trabajo.	Suele ser un buen trabajador.
Suele culpar a los demás de su comportamiento, tiende a la teatralidad.	Es responsable en su trabajo.

Modificado de Mansilla Izquierdo

La actuación del médico del trabajo en la prevención del acoso laboral no es sencilla, debido a la complejidad de los procesos de acoso. Dependiendo de las diferentes fases del proceso, precisará de una adecuada coordinación de actuaciones con otros recursos de la red asistencial. Las actuaciones en cada una de las etapas preventivas serán:

1. **Evitar los riesgos en el origen, detectando factores de riesgo y actuando sobre los mismos (Prevención Primaria):** tanto factores de riesgo colectivos en la organización y en el puesto de trabajo (Evaluación de riesgos psicosociales, análisis de indicadores de situaciones conflictivas por sectores, etc.) como factores individuales personales (detección precoz de TES, entrevistas individuales y colectivas, etc.).

Es importante la existencia de un Código de Conducta Organizacional y de un **Procedimiento de manejo de conflictos** implantado y conocido en la organización y participar en los **Programas de formación** de la organización.

- **Campañas de sensibilización e Información a los trabajadores**
- **Programas de Formación en materia de prevención de acoso y educación para la salud.** Aunque son estrategias dirigidas a todos los trabajadores, es fundamental la implicación y formación de los mandos intermedios

2. **Realizar el diagnóstico precoz en los trabajadores con signos y síntomas de ser posibles víctimas de acoso (Prevención Secundaria)** y la derivación al especialista (UVOPSE, salud mental) y/o a su médico de familia, para **tratamiento precoz** de los síntomas y técnicas de afrontamiento (las conductas

de afrontamiento para la solución del problema y para controlar las reacciones emocionales, son más efectivas que las conductas de tipo evitativo). Se Realizará una historia clínico-laboral según los criterios establecidos en el punto 7.2 de esta Guía, y una derivación precoz.

3. **Facilitar la rehabilitación laboral (Prevención Terciaria).** A las víctimas reales de acoso les resulta muy difícil la reincorporación laboral, tras un periodo de IT. En ocasiones, lo más efectivo (para evitar complicaciones de salud posteriores al propio trabajador), es facilitarle un cambio de puesto de trabajo, siempre valorando la situación con el propio trabajador (debe ser una decisión personal meditada), así como con el especialista responsable de su tratamiento. Puede ser un cambio transitorio, hasta conseguir una adaptación progresiva a su vida laboral ordinaria, o consolidado. Suelen ser situaciones complejas en las que influirán factores personales y organizacionales, y no es fácil resolverlos de forma exitosa. En fases precoces del proceso (situación conflictiva más o menos instaurada), es fundamental contar con la figura de un mediador bien preparado en la resolución de conflictos internos.

Son factores de buen pronóstico en el acoso laboral: La corta duración del acoso, o el detenerlo cuanto antes, la baja intensidad o frecuencia del hostigamiento, el apoyo social y familiar, la buena forma física y mental, la confianza en la propia capacidad de resolver problemas y la destreza en habilidades sociales, así como la ruptura de la indefensión y de la paralización, mediante una estrategia de afrontamiento activo.

Detección de patología mental en un supuesto caso de acoso

En algunos casos de percepción de acoso laboral, al analizar la sintomatología y rasgos de personalidad asociados en la posible víctima, no es infrecuente encontrar indicadores de paranoia, siendo importante discernir mediante un adecuado diagnóstico diferencial, si se trata de sintomatología reactiva al riesgo psicosocial vivido o predecesora de su percepción subjetiva⁵⁸.

El **trastorno PARANOIDE de personalidad** se caracteriza por una desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
4. En las observaciones o los hechos más inocentes, vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

En este trastorno de personalidad, las relaciones interpersonales son especialmente difíciles debido a que intentos de contacto y acercamiento pueden ser interpretados como hostiles o persecutorios. El trabajador con personalidad paranoide puede ser muy discutidor, callado o de frecuentes quejas, presentando hostilidad hacia los otros. Son especialmente sensibles a la crítica y con gran necesidad de autonomía por lo que pueden proyectar hacia los demás, fines y motivos indeseables propios⁵⁸.

En una interacción funcional con un trabajador con personalidad paranoica, la relación será más fácil si se procura que sea limitada a “lo profesional” y emocionalmente no íntima, con estilos comunicativos centrados en datos objetivos sobre el trabajo y la tarea a desempeñar, sin obligarles a expresar sus emociones y entendiendo que no lo harán a menudo.

Tabla XX. Trastorno Paranoide en el Trabajo

Conducta aparente: Impresiona de vigilante, desconfiado.
Conducta interpersonal: Frecuentes quejas, hipersensible a la crítica (de compañeros y supervisor).
Estilo cognitivo: Suspica, conspirador (en las relaciones laborales interpersonales).
Percepción de sí mismo: Incapacidad de percibir los propios errores (son los demás).
Mecanismo de defensa: Proyección.

Tomado de Gálvez, Mingote y Moreno (2010).

9.3.4. Plan de Prevención de Burnout

El INSHT (NTP 704)⁵⁹ define el Burnout o Síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) como “*una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.*”

En los años 70, Cristina Maslach estudió lo que denominaba “*pérdida de responsabilidad profesional*”, y describió la afectación asociada a las profesiones de ayuda (por ejemplo, entre los sanitarios). Para Maslach, son las excesivas demandas emocionales externas e internas, imposibles de satisfacer, las que producen la vivencia de fracaso personal, tras invertir al trabajo de una carga emocional excesiva. Desde Maslach, se considera un síndrome tridimensional que se caracteriza por **cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal**.

En cuanto a la prestación de la contingencia, el síndrome de burnout se considera **Accidente de trabajo**, recogido como “*síndrome de desgaste personal o de burnout, trastorno adaptativo crónico con ansiedad como resultado de la interacción del trabajo o situación laboral en sus características personales*”⁶⁰.

El INSHT define los siguientes factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de burnout:

1. Factores de riesgo a nivel de la organización:
 - Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida.
 - Falta de apoyo instrumental por parte de la organización.

- Exceso de burocracia, “burocracia profesionalizada”.
 - Falta de participación de los trabajadores.
 - Falta de coordinación entre las unidades.
 - Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías.
 - Falta de refuerzo o recompensa.
 - Falta de desarrollo profesional.
 - Relaciones conflictivas en la organización.
 - Estilo de dirección inadecuado.
 - Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH.
2. Factores de riesgo relativos al diseño del puesto:
- Sobrecarga de trabajo.
 - Altas exigencias emocionales en la interacción con el cliente.
 - Descompensación entre responsabilidad y autonomía.
 - Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, etc.).
 - Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad- sobrecarga de rol.
 - Carga emocional excesiva.
 - Falta de control de los resultados de la tarea.
 - Falta de apoyo social.
 - Tareas inacabadas que no tienen fin.
 - Poca autonomía decisional.
 - Estresores económicos.
 - Insatisfacción en el trabajo.
3. Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales:
- Trato con usuarios difíciles o problemáticos.
 - Relaciones conflictivas con clientes.
 - Negativa dinámica de trabajo.
 - Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios.
 - Falta de apoyo social.
 - Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias.
 - Proceso de contagio social del SQT.
 - Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales.

Otros factores que influyen en el desarrollo del síndrome están relacionados con las características personales del trabajador (alto grado de altruismo, idealismo y empatía, elevado grado de perfeccionismo, muy constantes, con baja autoestima, tendencia a la sobreimplicación emocional, patrón de conducta de tipo A, etc.) e incluso, con cambios supraorganizativos (aparición de nuevas tecnologías, trabajo emocional, pérdida de estatus o prestigio social, aparición de nuevas leyes que impliquen cambios estatutarios y de ejercicio de la profesión, cambios socioculturales: “*la sociedad de la queja*”, etc.).

La actuación del médico del trabajo en la prevención del Síndrome es determinante, a la hora de valorar síntomas e indicadores tempranos del síndrome en el contexto

de la vigilancia de la salud. Además, precisará de una adecuada coordinación de actuaciones con otros recursos de la red asistencial. Las actuaciones en cada una de las etapas preventivas serán:

1. **Evitar los riesgos en el origen, detectando factores de riesgo y actuando sobre los mismos (Prevención Primaria):** tanto factores de riesgo colectivos en la organización y en el puesto de trabajo (Evaluación de riesgos psicosociales, análisis de indicadores de situaciones de riesgo por sectores, como bajas reiteradas en algún profesional, etc.), como factores individuales personales (detección precoz de TES, con entrevistas individuales en los reconocimientos médicos de vigilancia de la salud, etc.). En esta etapa es básica la intervención del Técnico de Prevención y la coordinación de recursos con la vigilancia de la salud.

Es importante participar en los **Programas de formación** de la organización.

— **Campañas de sensibilización e Información a los trabajadores**

— **Programas de Formación en materia de prevención de Burnout y educación para la salud:** se pueden llevar a cabo a través de talleres (entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de colaboración y cooperación grupal, manejo de la ansiedad y el estrés, manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo un equilibrio entre la sobreimplicación y la indiferencia) y grupos de discusión.

2. **Realizar el diagnóstico precoz en los trabajadores con signos y síntomas de Burnout (Prevención Secundaria)** y derivar al especialista (UVOPSE, salud mental) y/o a su médico de familia para **tratamiento precoz** de los síntomas y técnicas de afrontamiento. Realizar una historia clínico-laboral según los criterios establecidos en el punto 7.2 de esta Guía, y una adecuada derivación en tiempo.

Los efectos para la salud⁶⁰ que se pueden observar en el Síndrome, y que se deben evaluar, son:

— **Psicosomáticos:** cansancio y malestar general de diferente graduación (que, a su vez deterioran la calidad de vida), fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todo el organismo (cardiorrespiratorias, digestivas, endocrinológicas, etc.) con síntomas como cefalea, alteraciones del sueño, síntomas gastrointestinales, pérdida de peso, mialgias, hipertensión, crisis de asma, etc.

— **Conductuales:** conducta despersonalizada en la relación con el usuario, absentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso como abuso de sustancias, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.

— **Emocionales:** predomina el agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.

- Actitudinales: actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los usuarios, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.
- Sociales y de relaciones interpersonales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral del sujeto (debido a que las interacciones son hostiles y se tiende al aislamiento).

Diagnóstico precoz y detección de patología mental en un supuesto burnout

Existe controversia acerca de la nomenclatura diagnóstica de los síndromes clínicos asociados a eventos como el burnout, debido a que los cuadros pueden ser variables entre sí, tanto temporalmente como en gravedad, y a que los acontecimientos que pueden desencadenar una reacción de estrés en un individuo puede no hacerlo en otro^{61, 62}.

Schaufeli et al. (2001)⁶³ proponen que el desgaste profesional sea asociado a una forma de **neurastenia laboral** (CIE-10), que establece como criterios 1) la fatiga persistente, 2) al menos dos de los síntomas: dolores musculares, mareos, cefaleas, trastornos del sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad y dispepsia y 3) tales trastornos no deben ser resultado de trastornos depresivos.

Otra posibilidad es incluir el desgaste profesional en la categoría de F43.9 del manual DSM-IV como **Trastorno no adaptativo no especificado, crónico**⁶⁴. Se consideraría el síndrome como “no adaptativo” (con desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable), con sintomatología presente durante los tres meses siguientes al inicio del estresor y con expresión clínica de acusado malestar, o significativo deterioro de la actividad social, laboral o académica. Se encuadraría a su vez en el subtipo “no especificado” por las reacciones desadaptativas que puede producir (quejas somáticas, inhibición laboral,...) y que no se incluyen en otros subtipos específicos. Además se clasificaría como “crónico” (con una duración habitualmente superior a seis meses). Esta posibilidad diagnóstica no está exenta de limitaciones. Pedro Gil Monte (2005)⁶⁵, por ejemplo, indica que no recoge todas características y complejidad del desgaste profesional por lo que propone la posibilidad de incluirlo en el manual como una patología con entidad propia; sin embargo, es quizás la que actualmente se ajuste más a la realidad clínica del síndrome.

El desgaste profesional o burnout puede suponer, además, un elevado riesgo de problemas de **depresión** (en definitiva se trata de la pérdida de un rol profesional). Para prevenir dicha consecuencia sobre la salud mental, será imprescindible la detección e intervención temprana. MBI no resulta un instrumento diagnóstico adecuado en la práctica clínica.

En cualquier caso, se aplicará el **procedimiento de integración de la salud mental en la vigilancia de la salud laboral** (Punto 5 de esta Guía). Es básico realizar una consulta y, si procede, derivación precoz al especialista (UVOPSE), con el objeto de minimizar las consecuencias del síndrome. Cuanto más precozmente sea su detección, mejor será el pronóstico final.

3. Facilitando la rehabilitación laboral (Prevención Terciaria).

A los trabajadores afectados de un síndrome de burnout, sobre todo en sus fases psicopatológicas más avanzadas, les resulta muy difícil la reincorporación laboral, tras un periodo (o varios) de IT.

Con frecuencia habrá que **adaptar el puesto de trabajo** (para evitar complicaciones de salud posteriores) y, si es posible, facilitar un **cambio de puesto de trabajo**, valorando previamente la situación con el propio trabajador, así como con el especialista responsable de su tratamiento. En estadios o fases iniciales, puede bastar modificar algunas condiciones de su trabajo (nivel de responsabilidad, condiciones particulares de su tarea, etc.) para conseguir la recuperación laboral del trabajador. En caso de propuesta de cambio de puesto de trabajo, puede ser un cambio transitorio, hasta conseguir una adaptación progresiva a su vida laboral ordinaria (que facilita su recuperación personal), o consolidado. Suelen ser situaciones complejas, que dependerán en una gran parte de factores organizacionales. Resulta imprescindible la coordinación de todos los recursos asistenciales.

10. NORMATIVA DE APLICACIÓN

La salud mental de los trabajadores tiene un marco legal importante en el mandato Constitucional contenido en el artículo 40.2⁶⁶ donde se encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo y las Directivas Europeas como la Directiva Marco 89/391/CEE⁶⁷ por la que se establecen medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores, que en esta materia configuran el soporte básico en el que se asienta la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales¹, el Reglamento de los Servicios de Prevención² y demás normativa que la desarrolla. Es importante la referencia legislativa del artículo 21 de la Ley 14/1986, General de Sanidad⁶⁸, donde se determinan las actuaciones sanitarias en el ámbito de la salud laboral. Así mismo contamos con los compromisos contraídos con organizaciones internacionales como la OIT que enriquecen el contenido al incorporar sus prescripciones y darle rango legal dentro de nuestro sistema jurídico.

Los artículos de la **Ley 31/1995 de Prevención** más significativos en relación a la prevención y protección de la salud de los trabajadores son:

- El Art. 14 que hace referencia a que el empresario deberá garantizar la seguridad y salud de los trabajadores, llevando a cabo la prevención de los riesgos laborales, integrando la actividad preventiva en la empresa adoptando cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores. En el mismo apartado redactado según la Ley 54/2003, de reforma del marco normativo de prevención de riesgos laborales, se hace constar que el empresario desarrollará una acción permanente de seguimiento de la actividad preventiva.
- El Art. 22, en relación a la vigilancia de la salud, que hace referencia a que el empresario tiene que garantizar la vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores, en función de los riesgos inherentes al trabajo y con el consentimiento de los mismos a excepción de, supuestos en que los que el reconocimiento médico sea imprescindible para evaluar las condiciones de trabajo sobre la salud o verificar si el estado de salud de los trabajadores puede constituir un peligro para el mismo o para los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.
- El Art. 25, en relación con la protección de la salud de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, responsabiliza al empresario de manera específica de la protección de la seguridad y salud de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias. Los trabajadores no serán empleados en aquellos

puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

En 2006 se constituye la UVOPSE a partir de la Orden 1436/2006, de 21 de julio, del Consejero de Sanidad y Consumo por la que se aprueba el **Plan de Atención Integral al profesional Sanitario Enfermo**, en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid³.

Por último, aunque no se trata de referencias legales y de obligado cumplimiento, se mencionan diferentes Notas Técnicas de Prevención (NTP), relacionadas con el Riesgo Psicosocial, y publicadas por el INSHT, por ser un referente documental en materia de Seguridad y salud en el Trabajo en nuestro medio:

- NTP 318 El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral.
- NTP 415 Actos inseguros en el trabajo: guía de intervención.
- NTP 443 Factores Psicosociales: metodología de evaluación.
- NTP 450 Factores Psicosociales: fases para su evaluación.
- NTP 451 Evaluación de las condiciones de trabajo: métodos generales.
- NTP 453 La negociación en la prevención de riesgos laborales (I): concepto y esquema básico.
- NTP 454 La negociación en la prevención de riesgos laborales (II): la técnica negociadora.
- NTP 476 El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing.
- NTP 492 Cambios de actitud en la prevención de riesgos laborales (I): métodos y clasificación.
- NTP 493 Cambios de actitud en la prevención de riesgos laborales (II): guía de intervención.
- NTP 507 Acoso sexual en el trabajo.
- NTP 537 Gestión integral de riesgos y factor humano. Modelo simplificado de evaluación.
- NTP 578 Riesgo percibido: un procedimiento de evaluación.
- NTP 580 Actitud hacia la prevención: un instrumento de evaluación.
- NTP 603 Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I).
- NTP 604 Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II).
- NTP 702 El proceso de evaluación de riesgos psicosociales.
- NTP 703 El método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21), de evaluación de riesgos psicosociales.
- NTP 704 Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación.
- NTP 705 Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención.
- NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo “burnout” (III): Instrumento de medición.

- NTP 759 La adicción al trabajo.
- NTP 780 El programa de ayuda al empleado (PAE): Intervención individual en la prevención del riesgo psicosocial.
- NTP 840 El método del INSL para la identificación y evaluación de factores psicosociales.
- NTP 856 Desarrollo de competencias y riesgos psicosociales (I).
- NTP 860 Intervención psicosocial: Guía del INRS para agentes de prevención.
- NTP 854 Acoso psicológico en el trabajo: definición.
- NTP 856 Sistema de Análisis Triangular del Acoso (SATA): un método de análisis del acoso psicológico en el trabajo.
- NTP 857 Desarrollo de competencias y riesgos psicosociales (II). Ejemplo de aplicación en la docencia.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, Ley de Prevención de Riesgos Laborales (BOE 269, 10-Nov-1995). <http://www.boe.es>
2. RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE 27, 31-En-1997). <http://www.boe.es>
3. Orden 1436/2006, de 21 de julio, del Consejero de Sanidad y Consumo por la que se aprueba el Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo, en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid (BOCM nº 181, Martes 1 de Agosto de 2006).
4. Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria. Monografías ISCIII. 2010. http://www.tt.mtin.es/periodico/seguridadsocial/201101/GUIA_DE_VALORACION_DE_INCAPACIDAD_LABORAL_PARA_AP.pdf
5. Enciclopedia de Seguridad y Salud en el Trabajo. OIT. <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=a981ceffc39a5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
6. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra, 18-24 de septiembre de 1984.
7. Moreno Jiménez B, Baez Leon C. Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. INSHT. Madrid, 2010. <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
8. NTP 703: El método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_703.pdf
9. 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 <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm>
10. El estrés. Informe de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (OSHA). http://osha.europa.eu/es/topics/stress/index_html
11. Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER) de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (OSHA). http://osha.europa.eu/es/publications/reports/es_esener1-summary.pdf
12. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Observatorio Europeo de Riesgos. http://riskobservatory.osha.europa.eu/risks/forecasts/psychosocial_risks
13. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. INSHT, 2007. http://www.insht.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_VI_ENCT.pdf
14. Guía de Actuación Inspectoral en factores Psicosociales. 1er Centenario ITSS (Inspección de Trabajo y Seguridad Social) 1906-2006. MTAS. http://www.mtin.es/itss/web/Atencion_al_Ciudadano/normativa_y_Documentacion/Documentacion_Riesgos_Laborales/007/001/columna1/7.1_GUIA_DE_ACTUACION_Factores_Psicosociales.pdf
15. NTP 443. Factores Psicosociales: metodología de evaluación. INSHT. 2001. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf
16. Método FPSICO 3.0. abril 2011. INSHT. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=0b3deb0844790310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=ac18b12ff8d81110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
17. Grupo de trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo del INSL. Procedimiento general de evaluación de Riesgos Psicosociales. Gobierno de Navarra, 2006. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/54675C79-A455-4B62-B714-E9200642BF83/145962/ProcedEvalRiesgosPsico.pdf>

18. ERGODEP. Prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia en la comunidad valenciana. <http://ergodep.ibv.org/procedimientos.html>
19. Lara Ruíz A. Algunos errores en la evaluación de riesgos psicosocial (I). Seguridad y Salud en el Trabajo. 2010 (58); 28-33. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=a1825ecf19639210VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
20. Otero Dorrego C, Duro Perales N, Cornejo García I, Miquel Gómez A, Mayol Canas J. Antes y después de la Evaluación de Riesgos Psicosociales en el ámbito Sanitario. II Congreso Nacional de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en el ámbito sanitario. Nov 2008. Madrid. Disponible en: http://www.aemt.com/contenidos_socios/actividades/Actividades_Cientificas_2009/III_Congreso_SPRL_Ambito_Sanitario_20091111.pdf
21. RD 843/2011, 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 nº 158 del día 4 de julio de 2011). <http://www.boe.es>
22. Mingote JC, del Pino P, Sánchez R, Gálvez M y Gutiérrez MD. El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, prevención e intervención. Med. Secur. Trab. Monográfico sobre factores psicosociales. Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión; 2011 (En prensa).
23. Mingote Adán JC, Pino Cuadrado P, Gálvez Herrer M, Gutiérrez García MD, Sánchez Alaejos R. Utilidad preventiva del constructo “trastorno mental grave” en el ámbito sociosanitario. Med. segur. trab. [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2011 Sep 26]; 56(221): 306-322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000400006&lng=es. doi: 10.4321/S0465-546X2010000400006.
24. Mingote JC y Núñez C. Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud laboral: una responsabilidad compartida. Med. Secur. Trab. Monográfico sobre factores psicosociales. Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión; 2011 (En prensa).
25. Pichot P. Evaluación de los trastornos psiquiátricos graves. En: Diagnóstico y evaluación de los trastornos psiquiátricos graves. Aula Médica 2005. Madrid.
26. Estar limpio: controles de consumo de drogas y alcohol en el lugar de Trabajo. OIT. Revista Trabajo No. 57, Sep. 2006. Disponible en: http://www.ilo.org/wow/PlanetWork/lang--es/WCMS_082286/index.htm
27. Otero Dorrego C. Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo. Med. Secur. Trab. Monográfico sobre factores psicosociales. Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión; 2011 (En prensa).
28. Martínez Fons D. Intimidación y vigilancia de la salud del trabajador en la relación de trabajo (Iberia). Comentario a la STCO 196/2004. UPF. Barcelona. 2005. Disponible en: <http://www.upf.edu/iuslabor/022005/art04.htm>
29. Otero Dorrego Carmen, Huerta Camarero Carmen, Duro Perales Nuria. Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (II): Procedimiento de reincorporación laboral. Med. segur. trab. [Revista en la Internet]. 2008 Sep; 54(212): 7-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000300002&lng=es. doi: 10.4321/S0465-546X2008000300002.
30. Wolf K, Farrel M, Marsden J, Monteiro MG, Ali R, Welch S, et al. Revisión de los indicadores biológicos de uso ilegal de drogas, consideraciones prácticas y utilidad clínica. RET, Revista de Toxicomanías. Nº 28, 2001.
31. G Zapater, MJ Perea, C Carrizosa, B Bravo, LJ Segura. Estudio de 156 casos de accidentes laborales mortales en la Comunidad de Madrid. Análisis de alcohol etílico y otras sustancias psicoactivas. TF-C13. Rev. Toxicolo (2003) 20. XV Congreso Español de Toxicología.
32. Gold MS, Melker RJ, Dennis DM, Morey TE, Bajpai LK, Pomm R, Frost-Pineda K. Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis. J Addict Dis. 2006;25(1):15-21.
33. Pascual F, Cortes MT, Sastre J. Utilización de la Transferrina Deficiente en Carbohidratos (DCT) en el diagnóstico y seguimiento de la dependencia alcohólica. Adicciones (2002); 14 (1); 47-55. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/pascual.pdf>
34. Otero Dorrego C, Huerta Camarero C, Duro Perales N. Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (I): aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. Med. segur. trab. [Revista en la Internet]. 2008 Jun; 54(211): 15-23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000200003&lng=es. doi: 10.4321/S0465-546X2008000200003.
35. Tiempos estándar de Incapacidad Laboral (2ª Ed). INSS. 2009. <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>

36. Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral (MERCAL-2008). <http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/noticias/1817/Protocolo%20Manual%20Requerimientos%20Valoracion%20Capacidad%20Laboral%2030-12-08.pdf>
37. La salud del MIR. Guía para los servicios de prevención de riesgos laborales. Fundación Galatea, Octubre 2009. Disponible en: http://www.fgalatea.org/pdf/Opuscle_Salut_MIR_cast.pdf
38. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal estatutario de los servicios de salud. <http://www.boe.es>
39. RESOLUCIÓN de 22 de noviembre de 2004, de la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, sobre jubilación y prolongación de la permanencia en activo del personal estatutario de la Comunidad de Madrid.- BOCM 29 de noviembre de 2004.
40. León Luis B, Díaz S. Revisión bibliográfica de la capacidad funcional en trabajadores mayores de 65 años. *Med Segur Trab (Internet)* 2011; 57 (222) 63-76. <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n222/original4.pdf>
41. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. de Protección de Datos (LOPD) (BOE nº 298, 14-Dic-1999). <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
42. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274, 15-Nov-2002). <http://www.boe.es>
43. Ochoa Mangado Enriqueta, Madoz Gúrpide Agustín. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Med. segur. trab.* [Revista en la Internet]. 2008 Dic; 54(213): 25-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003&lng=es.doi:10.4321/S0465-546X2008000400003.
44. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (BOE 7, 8-Ene-2000). <http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/08/pdfs/A00575-00728.pdf>
45. Guía para la gestión de la Prevención de Riesgos laborales de trabajadores con discapacidad intelectual. Foment del Treball. Fundación Prevent. 2009. Disponible en: http://www.fundacionprevent.com/Actividades/guias_foment/PRL_discap_intelectual.pdf
46. Climent Santos S, Carbajo Hernández P, Chiapella Mico C, Mestre Prad T, Ruiz Bustos JA, Gracia Alonso P. Efecto del seguimiento en trabajadores especialmente sensibles por razones psicológicas, psiquiátricas o psicosociales. Comunicación al III Congreso Nacional de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en el Ámbito Sanitario. Madrid, 2009. http://www.aeemt.com/contenidos/Noticias/III%20Congreso%20Ncnal%20SPRL%20AmbitoSanitario_programa2009.pdf
47. Comité de salud. Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Disponible en: http://www.hvn.es/recursos_humanos/salud_laboral/comites_salud.php
48. Sánchez O. Rehabilitación Laboral de Personas con Enfermedad Mental 2006. Disponible en: <http://www.psicosocialart.es/documentacion/word/seminariorehlab.pdf>
49. McAuliffe PF, Gold MS, Bajpai LK, Merves ML, Frost-Pineda K, Pomm R, Goldberger BA, Melker RJ, Cendan JC. Second-hand exposure to aerosolized intravenous anesthetics propofol and fentanyl may cause sensitization and subsequent opiate addiction among anesthesiologists and surgeons. *Med Hypotheses*. 2006;66(5):874-82. Epub 2006 Jan 23.
50. Calabrese G. Fármaco-dependencia en anesthesiólogos, un gran problema ocupacional actual. *Rev. Col. Anest.*, June 2006, vol.34, no.2, p.103-111. ISSN 0120-3347.
51. Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Alberti S, Hankes L: Risk Factors for Relapse in Health Care Professionals with Substance Use Disorders. *JAMA*. 2005 Mar 23/30; 293(12):1453-60.
52. Protocolo de actuación en situaciones conflictivas con los ciudadanos: Violencia externa. Orden 212/2004, Madrid a 4 de Marzo 2004.
53. Política preventiva frente a la violencia interna en las instituciones sanitarias: código de buenas prácticas. Descargable en: <http://www.ammtas.com/>
54. Procedimientos para abordaje y solución de conflictos internos en instituciones sanitarias de la comunidad de Madrid. Descargable en: <http://www.ammtas.com/>
55. NTP 854 Acoso psicológico en el trabajo: definición. INSHT. 2010. <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/821a921/854%20web.pdf>
56. Resolución de 5 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se aprueba y publica el Acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado. (BOE nº 130, del día 1 de junio de 2011). <http://www.boe.es>

57. Mansilla Izquierdo F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>
58. Gálvez Herrer, M.; Mingote Adán, J.C. y Moreno Jiménez, B. El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Med Segur Trab* 2010; 56 (220): 226-247
59. NTP 704 Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. Disponible en pág web del INSHT: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
60. NTP 705 Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención. Disponible en pág web del INSHT: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf
61. Gálvez Herrer, M.; Moreno Jiménez, B. y Mingote Adán, J.C. El Desgaste Profesional del Médico. Revisión y Guía de Buenas Prácticas. El Vuelo de Ícaro. Díaz de Santos 2009. Madrid.
62. Moreno-Jiménez, B. (2007). Evaluación, medidas y diagnóstico del síndrome del burnout. En P.R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Coord), *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout)*. Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Piámide.
63. Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., y Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and The Burnout Measure. *Psychology and Health*, 16, 565-582.
64. Bibeau, G., Dussault, G., y Larouche, L. M. (1989). *Certain aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burnout: pistes et repères opérationnels*. Montreal: Confédération des Syndicats Nationaux.
65. Gil-Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout)*. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Ediciones Pirámide.
66. Constitución Española, 1978. Disponible en: <http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
67. DIRECTIVA 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (Directiva Marco). Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1989L0391:20081211:ES:PDF>
68. LEY 14/1986, de 25 abril de 1986, General de Sanidad (B.O.E. n.º 102, de 29 de abril). <http://www.boe.es>
69. Maqueda Blasco Jerónimo. Guía de Valoración de Riesgos Laborales en el Embarazo y Lactancia en Trabajadoras del Ámbito Sanitario. *Med. segur. trab.* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2012 Mar 24]; 54(213): 105-105. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400012&lng=es.

12. ANEXOS

ANEXO I. SOLICITUD DE APTITUD PARA EL TRABAJADOR POR PARTE DE LA DIRECCIÓN



Logotipo Hospital de la Comunidad de Madrid

SOLICITUD DE APTITUD DE TRABAJADOR AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	
DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR:	DATOS LABORALES:
Nombre y Apellidos: DNI/NIE: Sexo: Fecha de nacimiento: Teléfono:	Categoría Profesional: Servicio/Puesto de Trabajo: Turno: Centro Sanitario: Situación Contractual:
MOTIVO DE SOLICITUD DE APTITUD LABORAL (marcar con una X la opción que corresponda):	
<input type="checkbox"/> Una evaluación de la salud (Reconocimiento Médico (RM)) de los trabajadores inicial después de la incorporación al trabajo o después de la asignación de tareas específicas con nuevos riesgos para la salud. <input type="checkbox"/> Una evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con la finalidad de descubrir sus eventuales orígenes profesionales y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores. <input type="checkbox"/> Una vigilancia de la salud a intervalos periódicos. <input type="checkbox"/> RM en situaciones especiales: Protocolo para Prolongación de Servicio activo en mayores de 64 años. <input type="checkbox"/> RM Obligatorios (art. 22 LPRL, riesgo a sí mismo o a terceros). Procedimiento de actuación y protocolo de vigilancia de la salud obligatoria. <input type="checkbox"/> RM a Trabajadores Especialmente Sensibles a determinados Riesgos <input type="checkbox"/> RM para valoración del riesgo para el embarazo, parto reciente, o lactancia	
OTROS DATOS DE INTERÉS (especificar las circunstancias que dan lugar a la solicitud de aptitud):	
SOLICITANTE:	FECHA Y FIRMA:
Nombre y Apellidos: Cargo: Centro Sanitario: Teléfono de Contacto:	



ANEXO II. FICHA DE RECOGIDA DE DATOS DEL RM AUTOCUMPLIMENTADA POR EL PROPIO TRABAJADOR (adaptada de Guía ANMTAS de Valoración de Riesgos Laborales en el Embarazo y Lactancia en Trabajadoras del Ámbito Sanitario⁶⁹)



Ficha de recogida de datos para valorar los riesgos en el trabajo del RM (especificar inicial / periódico / otro).....
 Puesto de Trabajo:.....

IDENTIFICACIÓN			
Nombre y apellidos		Fecha apertura: / /	
Puesto de trabajo:		Centro de Trabajo:	
DNI/permiso residencia:	Edad: FN: / /	Tf. Trabajo:	Tf. Pers.:

Datos a rellenar por el TRABAJADOR: (en las casillas poner X si la respuesta es afirmativa):

ANTECEDENTES																																																													
<p>Antecedentes Laborales</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Puesto Trabajo Previo</th> <th>desde</th> <th>hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Accidentes de Trabajo: _____</p> <p>AMB (Ac con Material Biológico): _____</p> <p>Enf. Profesionales: _____</p>	Puesto Trabajo Previo	desde	hasta	1. _____	_____	_____	2. _____	_____	_____	3. _____	_____	_____	<p>Antecedentes Sanitarios Familiares</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Padre</th> <th>Madre</th> <th>Hijos</th> <th>Hermanos</th> <th>Abuelos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HTA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes M</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cancer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enf. Cardiovasc.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enf. Neurológica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trast. mental</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Especificar tipo de enfermedad o trastorno:.....</p>		Padre	Madre	Hijos	Hermanos	Abuelos	HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Cardiovasc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trast. mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puesto Trabajo Previo	desde	hasta																																																											
1. _____	_____	_____																																																											
2. _____	_____	_____																																																											
3. _____	_____	_____																																																											
	Padre	Madre	Hijos	Hermanos	Abuelos																																																								
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Diabetes M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Enf. Cardiovasc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Enf. Neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Trast. mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<p>Antecedentes Sanitarios personales</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus</td> <td><input type="checkbox"/> Enf. Respiratoria</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HTA</td> <td><input type="checkbox"/> Enf. Oftalmológica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiopatía</td> <td><input type="checkbox"/> Enf. Autoinmune</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nefropatía</td> <td><input type="checkbox"/> Enf. De la Piel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hepatopatía</td> <td><input type="checkbox"/> Alergias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enf. neurológica</td> <td><input type="checkbox"/> T. Mental (depresión, ansiedad....)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enf. Oncológica</td> <td><input type="checkbox"/> Inmunodeprimidos (VIH, otro)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enf. Traumatológica</td> <td><input type="checkbox"/> Embarazos (GAV: / /)</td> </tr> </tbody> </table> <p>> Especificar:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Antec. Quirúrgicos:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (Quimioterapia, radioterapia, fertilidad, etc):.....</p>	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Enf. Respiratoria	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Enf. Oftalmológica	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Enf. Autoinmune	<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Enf. De la Piel	<input type="checkbox"/> Hepatopatía	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enf. neurológica	<input type="checkbox"/> T. Mental (depresión, ansiedad....)	<input type="checkbox"/> Enf. Oncológica	<input type="checkbox"/> Inmunodeprimidos (VIH, otro)	<input type="checkbox"/> Enf. Traumatológica	<input type="checkbox"/> Embarazos (GAV: / /)	<p>Hábitos</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Consumo regular</th> <th>Consumo esporádico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tabaco: _____ cigarrillos/día</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alcohol: _____ gr./semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sustancias de abuso</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>> Especificar: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bebidas excitantes (café, te, colas): _____ unidades/día</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ejercicio regular: _____ horas/semana</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Cópi?: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Horas de sueño?: _____ h/día</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diets especiales (especificar): _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fármacos de consumo habitual:.....</p>		Consumo regular	Consumo esporádico	Tabaco: _____ cigarrillos/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol: _____ gr./semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sustancias de abuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	> Especificar: _____			Bebidas excitantes (café, te, colas): _____ unidades/día			Ejercicio regular: _____ horas/semana			¿Cópi?: _____			¿Horas de sueño?: _____ h/día			Diets especiales (especificar): _____																
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Enf. Respiratoria																																																												
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Enf. Oftalmológica																																																												
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Enf. Autoinmune																																																												
<input type="checkbox"/> Nefropatía	<input type="checkbox"/> Enf. De la Piel																																																												
<input type="checkbox"/> Hepatopatía	<input type="checkbox"/> Alergias																																																												
<input type="checkbox"/> Enf. neurológica	<input type="checkbox"/> T. Mental (depresión, ansiedad....)																																																												
<input type="checkbox"/> Enf. Oncológica	<input type="checkbox"/> Inmunodeprimidos (VIH, otro)																																																												
<input type="checkbox"/> Enf. Traumatológica	<input type="checkbox"/> Embarazos (GAV: / /)																																																												
	Consumo regular	Consumo esporádico																																																											
Tabaco: _____ cigarrillos/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
Alcohol: _____ gr./semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
Sustancias de abuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
> Especificar: _____																																																													
Bebidas excitantes (café, te, colas): _____ unidades/día																																																													
Ejercicio regular: _____ horas/semana																																																													
¿Cópi?: _____																																																													
¿Horas de sueño?: _____ h/día																																																													
Diets especiales (especificar): _____																																																													
<p>Inmunidad documentada a: (codificar con "V" las vacunas, "E" la enfermedad pasada y "casilla en blanco si la inmunidad es negativa o se ignora el dato):</p> <p><input type="checkbox"/> VHA <input type="checkbox"/> VHB <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Parotiditis</p> <p>Otros antecedentes: (codificar como X si la respuesta es afirmativa)</p> <p><input type="checkbox"/> Vacuna difteria-Tétanos /difteria-tétanos-tosferina <input type="checkbox"/> Otras vacunas:</p> <p><input type="checkbox"/> Mantoux previo (año:.....): <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> Quimioprofilaxis previa</p>																																																													



Datos a rellenar por el TRABAJADOR:

Historia Actual (en las casillas poner X si la respuesta es afirmativa):

1. Escala de Salud (modificado de GHQ-12):

tache con "X" el número elegido, con el que vd. se identifique más, de 0 a 3

DURANTE EL ULTIMO MES...	Más que lo habitual (0)	Igual que habitualmente (1)	Menos de lo habitual(2)	Mucho menos de habitual (3)
¿ha podido concentrarse bien en lo que hace?				
¿sus ocupaciones le hacen perder mucho sueño?				
¿ha sentido que esta jugando un papel útil en la vida?				
¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
¿ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales diarias?				
¿ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?				
¿se siente razonablemente feliz con todas circunstancias?				
DURANTE EL ULTIMO MES...	No en absoluto(0)	No más que lo habitual(1)	más de lo habitual(2)	Mucho más de habitual(3)
¿se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?				
¿ha sentido que no puede superar sus dificultades?				
¿se ha sentido deprimido o infeliz?				
¿ha perdido confianza en si mismo?				
¿ha pensado que vd es una persona q. no vale para nada?				

2. Síntomas que ha presentado durante el último mes: (codificar como X si la respuesta es afirmativa)

- Sentimiento de irritabilidad, nerviosismo o tensión emocional
- Dificultad para relajarse o conciliar el sueño
- Alguno/s de estos: cefaleas, cervicalgias, tensión muscular, temblores, sudores, hormigueos, diarrea
- Dificultad en la concentración y atención
- Pérdida reciente de apetito y/o pérdida reciente de peso
- Sensación de falta de energía reciente, cansancio desde por las mañanas
- Sentimientos depresivos, tristeza, apatía
- Ausencia de síntomas, sensación de bienestar físico y psíquico
- Otros (especificar):.....

3. Situación sociofamiliar: (codificar como X si la respuesta es afirmativa)

- Importante carga familiar (hijos/padres a su cargo) y/o importante carga económica
- Dificultad en las relaciones familiares/amistades (poca dedicación por falta de tiempo, etc)
- Dificil adaptación al entorno social, relaciones interpersonales en general

Declaro que toda la información aportada es veraz.

Nombre y Apellidos del Trabajador:

Fdo.:

En _____ a de _____ de 2__



ANEXO III. FICHA DE RECOGIDA DE DATOS DEL RM CUMPLIMENTADA POR EL MÉDICO DEL TRABAJO (adaptada de Guía ANMTAS de Valoración de Riesgos Laborales en el Embarazo y Lactancia en Trabajadoras del Ámbito Sanitario⁶⁹)



Ficha de recogida de datos para valorar los riesgos en el trabajo del RM (especificar inicial / periódico / otro).....
 Puesto de Trabajo:.....

IDENTIFICACIÓN				
Nombre y apellidos			Fecha apertura: / /	
Puesto de trabajo:		Centro de Trabajo:		
Nº Hª SPRL:	DNI	Edad: FN: / /	Tf. Trabajo:	Tf. Pers.:

Datos a rellenar por el **MÉDICO DEL TRABAJO** (en las casillas poner X si la respuesta es afirmativa):

CONDICIONES DE TRABAJO	AGENTES FÍSICOS
AGENTES BIOLÓGICOS <input type="checkbox"/> Asistencial y realiza PIPEs <input type="checkbox"/> Asistencial y no realiza PIPEs <input type="checkbox"/> Sin actividad asistencial. Con riesgo de exposición incidental al propósito principal del trabajo <input type="checkbox"/> Actividades con decisión consciente de manipular agentes biológicos Exposición a AB más críticos:.....	<input type="checkbox"/> Radiaciones ionizantes: <input type="checkbox"/> Cat. A <input type="checkbox"/> Cat. B <input type="checkbox"/> Radiaciones No Ionizantes Tipo:..... <input type="checkbox"/> Ruido <input type="checkbox"/> Temperatura Medidas Preventivas:.....
CONDICIONES PSICOERGONÓMICAS 1. Condiciones Ergonómicas: <input type="checkbox"/> MMC: <input type="checkbox"/> Pacientes <input type="checkbox"/> Objetos Carga habitual: <input type="checkbox"/> <10 K <input type="checkbox"/> >10 y <15 K <input type="checkbox"/> >15 K <input type="checkbox"/> PVD en su puesto de trabajo <input type="checkbox"/> 2h-4h <input type="checkbox"/> >4h <input type="checkbox"/> Posturas forzadas: Columna lumbar / EESS / EEII <input type="checkbox"/> Acciones repetitivas EESS: con fuerza / sin fuerza <input type="checkbox"/> Posturas mantenidas: Sedestación.....horas/jornada Bipedestación.....horas/jornada Posibilidad de cambios posturales a demanda: SI NO 2. Condiciones Psicosociales: Tiempo de trabajo: <input type="checkbox"/> Turno: <input type="checkbox"/> Guardias: de 24 horas: .../mes de 12 h: .../mes Elevada carga mental percibida: <input type="checkbox"/> Altas exigencias de tarea/atención mantenida <input type="checkbox"/> Asistencia a pacientes críticos/urgencias... Clima laboral percibido: <input type="checkbox"/> Refiere dificultad de relación con compañeros/jefes	AGENTES QUÍMICOS Indicar sustancia, tiempo de exposición por jornada y si las medidas preventivas son correctas o incorrectas <input type="checkbox"/> Gases anestésicos <input type="checkbox"/> Citostáticos <input type="checkbox"/> Cancerígenos <input type="checkbox"/> Otras Sustancias:..... Medidas Preventivas:.....



Datos a rellenar por el MÉDICO DEL TRABAJO (en las casillas poner X si la respuesta es afirmativa):

PLAN Y CONCLUSIONES
<p>Condiciones para detectar situación de riesgo ⁽¹⁾ y solicitar una valoración psiquiátrica en profundidad:</p> <p>Puntuación ESCALA DE SALUD: _____ (es positivo si la puntuación total es igual o mayor de 3) Antecedentes personales de t. mental y/o consumo previo:.....(+/-) Condiciones psicosociales adversas:.....(+/-)</p> <p>Precisa: (marcar con "X" la casilla que corresponda y especificar en las zonas puntuadas)</p> <p><input type="checkbox"/> Medidas Adicionales (P.I.C., Pruebas especiales, etc):.....</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendaciones Finales Adicionales:</p> <p><input type="checkbox"/> No requiere Apto</p> <p><input type="checkbox"/> Adaptación de puesto Apto con Limitaciones / Recomendaciones:</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de puesto No Apto / propuesta Cambio de Puesto</p> <p><input type="checkbox"/> Seguimiento de las recomendaciones adicionales: Fecha de próxima revisión:.....</p>

Fdo:

Especialista en Medicina del Trabajo:

En _____ a de _____ de 20__

<p>⁽¹⁾Criterio para determinar una valoración psiquiátrica en profundidad:</p> <p>Valoración de la Escala de Salud General (modificado de Goldberg GHQ-12): Contabilizar las puntuaciones 0 y 1 como 0 Contabilizar las puntuaciones 2 y 3 como 1 (Puntuación máxima posible = 12). Punto de Corte = 3.</p> <p>Factores de riesgo a considerar de forma conjunta para valoración psiquiátrica:</p> <p>Cuestionario modificado de GHQ 12 con puntuación igual o mayor a 3. Además señalar en Ficha RM INICIAL del TRABAJADOR la existencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de trastorno mental previo y/o Consumo de sustancias de abuso (+) • y/o Condiciones psicosociales de riesgo (+)

ANEXO IV. DERIVACIÓN DEL MÉDICO DEL TRABAJO DEL SPRL A UVOPSE



Logotipo Hospital
de la CM
Logotipo del SPRL



PAIPSE
Dir Gral de Recursos Humanos
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Comunidad de Madrid

FICHA DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN AL PROFESIONAL SANITARIO ENFERMO (UVOPSE-PAIPSE)	
DATOS PERSONALES:	DATOS LABORALES:
Nombre y Apellidos: Lugar de Nacimiento: DNI/NIE: Sexo: Fecha de nacimiento: Teléfono:	Categoría Profesional: Servicio/Puesto de Trabajo: Centro Sanitario: Situación Contractual:
ANTECEDENTES PERSONALES:	TRATAMIENTOS ACTUALES:
- Psiquiátricos: - Patología Orgánica:	- Farmacológicos: - Psicoterapéutico:
MOTIVO DE CONSULTA Y/O DERIVACIÓN:	
OTRAS SOLICITUDES:	
OTROS DATOS DE INTERÉS (DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD, ETC):	
DERIVANTE:	FECHA Y FIRMA:
Nombre y Apellidos: Servicio: Centro Sanitario: Teléfono de Contacto:	

ANEXO V. INFORME DE DERIVACIÓN DEL MÉDICO DEL TRABAJO AL MÉDICO DE FAMILIA POR NO APTO TEMPORAL PARA SU PUESTO DE TRABAJO



Logotipo Hospital de la CM

Logotipo del SPRL

Informe de derivación del médico del trabajo al médico de familia, por NO APTO TEMPORAL para su puesto de trabajo.	
DATOS DEL TRABAJADOR:	DATOS LABORALES:
Nombre y Apellidos: Lugar de Nacimiento: DNI/NIE: Sexo: Fecha de nacimiento: Teléfono:	Categoría Profesional: Servicio/Puesto de Trabajo: Centro Sanitario: Situación Contractual:
INFORME:	
<p>Tras la valoración médica de la aptitud psicofísica del/a trabajador/a, conforme a la aplicación de los protocolos específicos a los riesgos de su puesto de trabajo, se considera en el momento actual:</p> <p style="text-align: center;">NO APTO TEMPORAL</p> <p>Por lo que se deriva a su Médico de Atención Primaria, a los efectos oportunos</p>	
OTROS DATOS DE INTERÉS:	
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO:	FECHA Y FIRMA:
Nombre y Apellidos: Servicio: Centro Sanitario: Teléfono de Contacto:	



ANEXO VI. INFORMES DEL MÉDICO DEL TRABAJO DEL SPRL LA DIRECCIÓN GERENCIA EN TÉRMINO DE APTITUD



Logotipo Hospital de la CM

Logotipo del SPRL

Informe de APTITUD del Trabajador a la Gerencia	
DATOS DEL TRABAJADOR:	DATOS LABORALES:
Nombre y Apellidos: Lugar de Nacimiento: DNI/NIE: Sexo: Fecha de nacimiento: Teléfono:	Categoría Profesional: Servicio/Puesto de Trabajo: Centro Sanitario: Situación Contractual:
INFORME: (rellenar campos o marcar con una X la opción que corresponda)	
TIPO DE RECONOCIMIENTO MÉDICO REALIZADO: _____ Tras la valoración médica de la aptitud psicofísica del/a trabajador/a, conforme a la aplicación de los protocolos específicos a los riesgos de su puesto de trabajo, se considera en el momento actual:	
<input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> APTO CON LIMITACIONES, Y PROPUESTA DE MEDIDAS ADAPTATIVAS: _____ <input type="checkbox"/> NO APTO: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> DEFINITIVO <input type="checkbox"/> PROPUESTA DE CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO 	
Por lo que se emite este informe, a los efectos oportunos	
<input type="checkbox"/> Precisa seguimiento de las recomendaciones Próxima revisión en el SPRL a los : _____ meses	
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO:	FECHA Y FIRMA:
Nombre y Apellidos: Servicio: Centro Sanitario: Teléfono de Contacto:	



ANEXO VII. INFORME DEL MÉDICO DEL TRABAJO DEL SPRL AL INSS



Logotipo del Hospital de la
Comunidad de Madrid

Logotipo del SERVICIO DE
PREVENCIÓN DE RIESGOS
LABORALES

INFORME MÉDICO LABORAL

DE: **SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

A: **UNIDAD MÉDICA DEL EQUIPO DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES
DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSS - MADRID**

D^o/D^a _____, de profesión _____,
destinada en el Servicio de _____ ha pasado Reconocimiento Médico el día
_____.

1. ANTECEDENTES CLÍNICOS Y LABORALES

A) Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional

- _____

- _____

B) Antecedentes Patológicos

- _____

- _____

2. DIAGNÓSTICOS ACTUALES

- _____

- _____

3. ADAPTACIONES Y/O CAMBIOS DE PUESTO DE TRABAJO

- _____

- _____

4. LIMITACIONES

- _____

- _____

5. TAREAS EN EL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

6. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DEL PUESTO DE TRABAJO

- _____

- _____

7. OBSERVACIONES

- _____

Dr./D^a.
Servicio de Prevención



ANEXO VIII. ENTREVISTA BREVE SEMIESTRUCTURADA AMMTAS-UVOPSE: SALUD MENTAL-SALUD LABORAL

Objetivo: Obtención de información clínica relevante en caso de sospecha de alteración mental. Tiene una finalidad orientativa, y su aplicación y desarrollo deberá ajustarse a las necesidades específicas del trabajador/a entrevistado.

IMPORTANTE: De forma previa y complementaria a su realización, se requiere haber elaborado una completa **Historia Clínico-Laboral**.

DATOS A RECOGER DEL TRABAJADOR/A:

DATOS GENERALES:

Nombre y Apellidos del Trabajador/a: _____

Categoría Profesional: _____

Servicio y Puesto de Trabajo: _____

Fecha: _____

Entrevistador/a: _____

Entrevista inicial: Específica: Tras periodo de IT:

Entrevista realizada a petición de: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

- Problema principal y motivo de consulta expresado por el trabajador/a.

- Repercusión personal, social y laboral.

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA REFERIDA:

Reflejando el tipo y expresión de síntomas, cuándo, desde cuando le ocurren y cómo se presentan (contexto):

- Síntomas emocionales (tristeza, ansiedad, miedo, pérdida de auto-control...)

- Síntomas cognitivos (preocupación constante, dificultades de atención, concentración y/o memoria, rumiaciones, obsesiones, pensamientos de auto/hetero lesión, ideación autolítica...)

- Síntomas conductuales (falta de control de impulsos, agitación, conductas evitativas y/o fóbicas...)

- Síntomas relativos a las relaciones interpersonales (familiares, sociales, con compañeros de trabajo, supervisores...)

- Trastornos del sueño y sintomatología física y/o psicósomática (dolores musculares, problemas de alimentación...)

TRATAMIENTOS PREVIOS Y ACTUALES:

Indicar si recibe o ha recibido tratamiento psiquiátrico, psicológico y/o farmacológico.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Evaluar existencia de problemas psíquicos.

IMPRESIONES DEL ENTREVISTADOR:

1. DESCRIPCIÓN GENERAL:

Impresión del clínico en relación a aspecto físico, discurso, conducta explícita, actitud y aspectos psicomotrices:

2. PROCESOS MENTALES Y COGNITIVOS:

- Alteraciones de orientación en las tres esferas (espacial, temporal y personal)

- Alteraciones de memoria (remota y/o reciente), concentración y/o mantenimiento de la atención.

- Alteraciones de contenido (ideas obsesivas, intrusivas, recurrentes, sobrevaloradas y/o de perjuicio-referencia).

3. EMOTIVIDAD Y HUMOR:

Nivel de ansiedad, formas de expresión, síntomas y signos depresivos y grado de congruencia respecto al contexto:

4. IDEACIÓN DELIRANTE Y/O ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS:

Presencia de ideas delirantes (delirio estructurado o no), interpretaciones delirantes, experiencias alucinatorias o ilusiones.

5. POSIBLES FACTORES DE RIESGO LABORAL IMPLICADOS EN EL PROBLEMA:

- Factores que pueden estar facilitando la aparición o agravamiento del problema de salud mental.

- Posibles factores de riesgo laboral que pueden surgir (para la persona o equipo de trabajo) debido al problema de salud mental del trabajador.

6. POSIBILIDAD DE RIESGO PARA SI MISMO Y/O PARA TERCEROS:

En función de la información del propio trabajador durante la entrevista, impresión del clínico, quejas o reclamaciones de terceras personas, manifestaciones concretas de compañeros, supervisores, tutores y/o familiares:

Riesgo Improbable: Leve: Moderado: Alto Riesgo:

ANEXO IX. APLICACIÓN DE TEST PSICOMÉTRICOS. MINIMENTAL

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. H^º: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPLA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales, y además es la única versión autorizada actualmente por los titulares de los derechos de Copyright. Tanto en una versión como en la otra los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.

Prueba	Puntuación
¿En qué año, estación, día (nombre y número, mes, estamos?)	5
¿En qué país, provincia, ciudad, lugar, piso, estamos?	5
Se nombran 3 objetos: se enuncian lentamente y se pide al paciente que repita esos nombres (debe repetirlos hasta que aprenda los 3)	3
Se le pide que cuente de 7 en 7 hacia atrás (5 saltos) o que deletree la palabra “filtro” en sentido inverso	5
Se le solicita nombrar 3 de los objetos mencionados antes, sin relación entre sí	3
Se le pide describir lo que se le muestra; por ejemplo un lápiz o un reloj	2
Se le hace repetir la frase “los peros, los pros y los contras”	1
Debe ejecutar una orden de 3 pasos (1 punto cada uno); por ejemplo: “Tome una hoja, dóblela y póngala en el piso”	3
Después de leerla, debe cumplir la orden de “cierre los ojos”	1
Se le pide escribir una oración sencilla	1
Se le hace copiar pentágonos que se entrecruzan	1

De la calificación total de 30 puntos, la mayoría de los pacientes con demencia avanzada califican por debajo de 15 puntos, mientras los que sufren de depresión no complicada por arriba de 25 puntos. Las deficiencias cognitivas mixtas o transitorias producen calificaciones que caen entre lo normal y la demencia.

ANEXO X. APLICACIÓN DE TEST PSICOMÉTRICOS EN EL DIAGNÓSTICO DEL ALCOHOLISMO (CAGE, AUDIT)

AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria.

Descargable en:

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

CAGE:

C: *¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? Have you felt the need to Cut down drinking?* Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.

A: *¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? Have you ever felt Annoyed by criticism of drinking?* Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.

G: *¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? Have you had Guilty feelings about drinking?* Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.

E: *¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Do you ever take a morning Eye opener (a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover)?* Es casi patognomónico de dependencia (especificidad alrededor del 100% y alto VPP, en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos.

Los primeros tres ítems del cuestionario CAGE son consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM4. Los datos de algún estudio sugieren que estos tres ítems tienen las mismas propiedades que todo el cuestionario, a pesar del punto de corte considerado.

Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo:

- **0-1** Bebedor social
- **2** Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia
- **3** Consumo perjudicial
- **4** Dependencia alcohólica

CAGE:

El valor predictivo depende de la prevalencia de alcoholismo en la población en la que se aplica. Por eso el cuestionario es especialmente útil en las situaciones en las que la probabilidad de abuso es alta, como servicios de urgencias, clínicas de ETS y centros de salud para estudiantes. Una respuesta positiva para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de los pacientes con alcoholismo, mientras que en las cuatro cuestiones se ve en aproximadamente el 50%. En comparación, alrededor del 80% de los sujetos no alcohólicos tiene una respuesta negativa a las cuatro preguntas y ninguno responde de forma afirmativa a más de dos cuestiones.

Como inconveniente principal señalar que es relativamente insensible para detectar consumos de alto riesgo en poblaciones como las mujeres, con más susceptibilidad para el daño hepático pero que no han desarrollado los estigmas sociales ni psicológicos que incluye el CAGE. Tampoco distingue entre consumo actual y pasado.

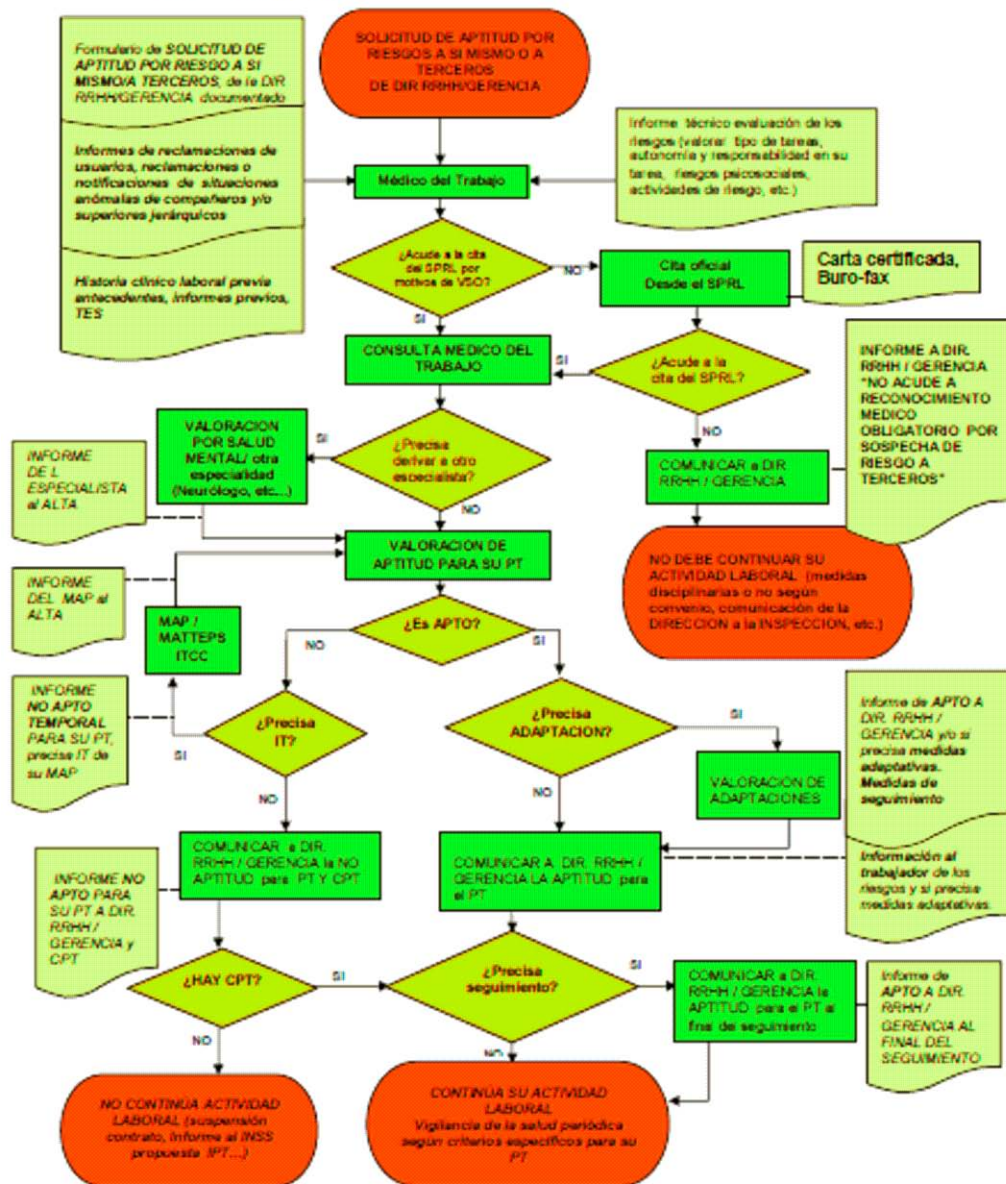
Tomado de: **Lucía Ferreira González**
Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña

Se puede descargar en:

<http://www.meiga.info/Escalas/CuestionarioCAGE.pdf>

ANEXO XI. ALGORITMO DE TOMA DE DECISIONES EN VIGILANCIA DE LA SALUD OBLIGATORIA

ALGORITMO DE TOMA DE DECISIONES EN VIGILANCIA DE LA SALUD OBLIGATORIA (VSO). Art.22 LPRL



ANEXO XII. NOTIFICACIÓN DE CONFLICTOS INTERNOS

	NOTIFICACIÓN DE CONFLICTO INTERNO	
---	-----------------------------------	--

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellidos del trabajador:	TURNO:	NIF:	Categoría:
Centro de trabajo:			
Departamento/Sección			
Típos de Contacto TRABAJO		Típos de Contacto PERSONAL	
Fecha notificación:			

DESCRIPCIÓN DEL CONFLICTO

--

Firma de la persona que notifica y/o del trabajador

(Tomado de «Procedimiento para el Abordaje y Solución de Conflictos Internos en Instituciones Sanitarias de la Comunidad de Madrid. Anexo I: Formulario de notificación»)

13. GLOSARIO DE ABREVIATURAS

Por orden alfabético:

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
ALT	Alanina aminotransferasa
AMMTAS	Asociación madrileña de Medicina del Trabajo en el ámbito sanitario
AP	Atención Primaria
AST	Aspartato aminotransferasa
AUDIT	Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol
CAGE	Cuestionario para identificar el consumo de alcohol
CAYPAM	Comisión de ayuda y prevención al médico enfermo
CDLT	Controles de drogas en el lugar de trabajo
CDT	Transferrina deficiente en carbohidratos
CIE	Clasificación Internacional de enfermedades
C.M.	Comunidad de Madrid
CPT	Cambio de puesto de trabajo
CSS	Comité de Seguridad y Salud
DSM IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales
EC	Enfermedad común
ERL	Evaluación de riesgos laborales
ERP	Evaluación de riesgos psicosociales
EVI	Equipos de valoración de incapacidades
GC-MS	Cromatografía de Gases – Espectrofotometría de Masas
GGT	Gamma glutamil transpeptidasa
GHQ	Cuestionario de salud general de Golgberg
GOT	Transaminasa glutámico oxalacética
GPT	Transaminasa glutámico pirúvica
IBV	Instituto Biomecánico de Valencia
INSHT	Instituto de Seguridad e Higiene en el trabajo
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
IT	Incapacidad Temporal

ITCC	Incapacidad Temporal por Contingencia Común
IP	Incapacidad Permanente
IPT	Incapacidad Permanente Total
LEC	Ley de Enjuiciamiento Civil
LIPT	Inventario de Acoso Laboral de Leymann
LPRL	Ley de Prevención de Riesgos Laborales
MATEPSS	Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social
MBI	Maslach Burnout Inventory
MINI	Mini International Neuropsychiatric interview
MMSE	Mini Mental State Examination
NTP	Nota Técnica de Prevención
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Médica Colegial
OMS	Organización Mundial de la salud
PAIME	Programa de atención integral al médico enfermo
PAIPSE	Programa de atención integral al profesional sanitario enfermo
PT	Puesto de trabajo
RM	Reconocimiento médico
RMN	Resonancia Magnética Nuclear
RRHH	Recursos Humanos
RSPRL	Reglamento de los Servicios de Prevención de riesgos laborales
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SM	Salud Mental
SNC	Sistema Nervioso Central
SPRL	Servicios de Prevención de riesgos laborales
TAC	Tomografía axial Computerizada
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
TES	Trabajador especialmente sensible
UVOPSE	Unidad de valoración y orientación al profesional sanitario enfermo
VCM	Volumen Corpuscular Medio
VSO	Vigilancia de la salud obligatoria
