

Promoción y Protección de la Salud Mental en el Trabajo: Análisis Conceptual y Sugerencias de Acción

PROMOTION AND PROTECTION OF MENTAL HEALTH AT WORK: CONCEPTUAL ANALYSIS AND SUGGESTIONS

Manuel Parra Garrido

Médico-psiquiatra y especialista en Salud Ocupacional.

Jefe de Servicio de Psiquiatría CDT Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

Docente invitado en el Diplomado de Salud Ocupacional Instituto de Salud Pública de Chile.

RESUMEN

La relación salud mental y trabajo es una preocupación recurrente en el mundo laboral, sin que los intereses en el tema hayan podido converger ni cristalizar en una visión homogénea y ampliamente compartida. La noción de estrés laboral ha ganado terreno en investigaciones y en propuestas de intervención, como un concepto comprensible y operacional, aunque las visiones acerca de lo que constituye estrés tampoco han sido suficientemente consensuadas; pragmáticamente se opta por asimilar estrés a la interacción entre ambiente e individuo que sobrepasa el límite de ser un estímulo para la supervivencia, convirtiéndose en un riesgo para la salud. Vista la salud mental desde la óptica de la enfermedad, cabe en la actualidad preocuparse especialmente de la depresión, por su alto costo individual y social. Se revisa además el tema de la violencia en el trabajo como factor de riesgo, que no emerge con nitidez en las evaluaciones de estrés pese a su alta frecuencia y al impacto en la salud; particular atención se presta al acoso sexual. A pesar de las limitaciones teóricas, hoy se cuenta con modelos explicativos y de intervención útiles para la promoción integral de la salud mental en el trabajo y para la prevención.

(Parra M. 2004. Promoción y protección de la salud mental en el trabajo: análisis conceptual y sugerencias de acción. *Cienc Trab. Oct-Dic*; 6 (14): 153-161)

Descriptores: ESTRÉS; DEPRESIÓN; VIOLENCIA; ACOSO SEXUAL; SALUD MENTAL; AMBIENTE DE TRABAJO; PROMOCIÓN DE LA SALUD.

ABSTRACT

The relationship between mental health and work is a recurrent concern in the labor world, though interests on the subject have not yet been crystallized in a homogeneous and widely shared vision. The notion of work-related stress has gained ground in investigations and intervention proposals, as a comprehensible and operational concept, even though visions about what stress means have not been sufficiently agreed upon. It has been pragmatically decided to assimilate stress to that environment/individual interaction which exceeds the limit of being a stimulus for survival to become a health hazard. Looking at mental health from the disease viewpoint, concern, on these days, should be specially placed on depression because of its high individual and social cost. In this paper, violence at the workplace is also reviewed as a risk factor that is not clearly evident in stress evaluations, in spite of its high frequency and ill effect on health, with particular attention given to sexual harassment. Nowadays, in spite of theoretical limitations, there are useful explanatory models and useful intervention activities in place in order to develop integral promotion and prevention of mental health at work.

Descriptors: STRESS; DEPRESSION; VIOLENCE; SEXUAL HARASSMENT; MENTAL HEALTH; WORKING ENVIRONMENT; HEALTH PROMOTION.

RELACIÓN ENTRE TRABAJO Y SALUD MENTAL

La salud mental no se refiere a la ausencia de enfermedad mental ni menos se debe usar el término para referirse a la enfermedad mental; es un concepto amplio que tiene que ver con el bienestar psicológico como parte del bienestar global; alude a temas como la satisfacción con la calidad de vida, la mantención de una

adecuada moral y la autoestima (Scottish Forum for Public Health Medicine 1997). En el campo laboral, el predominio del enfoque de causalidad directa que exige la medicina del trabajo y su correlato en los sistemas de compensación, que reconocen el daño a la salud como indemnizable cuando dicha causalidad directa se demuestra sin lugar a dudas, lleva con frecuencia al estudio de la salud mental en el trabajo a un camino que inevitablemente se estrecha y deja fuera los aspectos más relevantes para el bienestar. Lleva también a una búsqueda a veces infructuosa de enfermedades mentales específicas al trabajo, con independencia de factores individuales o ambientales externos al trabajo (Bensaid and Dejourns 1994, Parra 2001).

Por otra parte, el trabajo es una actividad social humana en donde el conflicto, la negociación y el acuerdo moldean en cierta

Correspondencia:

Dr. Manuel Parra Garrido

Cirujano Videla 1569 A, Depto. E, Ñuñoa, Santiago, Chile

Tel: (56-2) 2055320 • Fax (56-2) 5446630

e-mail: mpghospital@yahoo.com

Recibido: noviembre 2004 / Aprobado: noviembre 2004

medida el campo de estudio. En ese sentido, la constatación antigua de que el trabajo puede tener efectos negativos en el bienestar psicológico –lo que ya se insinúa con claridad en los escritos de tratadistas de los siglos XVIII y XIX (Parra 2001)– ha sido un estímulo para la acción de organizaciones laborales y también ha sido motivo de preocupación en los niveles gerenciales en las últimas décadas, al hacerse visibles los costos involucrados; la disposición al acuerdo ha permitido que en países escandinavos se pase desde los estudios de la respuesta fisiológica ante las presiones del trabajo, al establecimiento de un marco protector de la salud mental ocupacional en su sentido más amplio (Martínez 1997).

Un lugar central en el estudio de la salud mental en el trabajo es ocupado por el concepto de estrés, el que no está exento de ambigüedades. Al inicio, la teoría del estrés permitió a la fisiología salir de la impasse provocada por los diversos enfoques que intentaban explicar los intercambios de energía en el sistema nervioso y, por esa vía, darle un sustento a la noción de fatiga mental que, por complementariedad, se asimilaba a la noción claramente demostrable de fatiga física (Spaeth 1919, McDowall 1929, Hogue 1989); con el marco de la teoría de la reacción general de adaptación planteada por Selye deja de ser necesario plantear las hipótesis del desgaste de energía, de disminución del tono eléctrico o del sobreuso de sinapsis para tener una explicación coherente de las reacciones psicológicas observadas ante las presiones ambientales.

La noción de estrés ha servido para estudiar la interfase biológica–psicológica–social, planteándose que el medio laboral no es natural y por lo tanto, una respuesta biológica que evolutivamente es adaptativa ahora se torna inadecuada en un medio socialmente construido; factores estresores del trabajo ponen de relevancia este carácter no natural del trabajo: ruido ensordecedor, suciedad, incomodidad postural, entre otros (Frankenhaeuser 1989, Levi 1998). Esta perspectiva ha enfatizado la búsqueda del daño y se opta pragmáticamente por llamar estrés a las interacciones entre individuo y ambiente que han sobrepasado el punto en que dichos intercambios tienen un efecto positivo, estimulante y beneficioso para la salud. Levi et al (1999), sugieren que ya se ha investigado mucho sobre estrés en el trabajo; por lo tanto, una de las líneas futuras en esta materia tendría que ser el desarrollo de formas de investigación orientada a los cambios que admitan reformulaciones durante el propio proceso de investigación antes que enredarse en la demostración o refutación de hipótesis que ya han sido investigadas previamente.

Desde un enfoque que considera la abundante información aportada por los estudios sobre estrés –en medio laboral y en medio extralaboral– se ha comenzado a usar el término para referirse a todos los aspectos relacionados con la salud mental en el trabajo, en el sentido amplio señalado al inicio, aceptando que puede afectar cualquier aspecto del bienestar y no estar limitado a la producción de enfermedad y que constituye un concepto que se puede manejar operacionalmente (Scottish Forum for Public Health Medicine 1997, Cox et al 2000).

Los enfoques que enfatizan el daño o que, pretendiendo ser más amplios recurren a la noción de estrés, no permiten hacer visibles los aspectos positivos del trabajo. El trabajo posee un

carácter promotor y protector de la salud mental que se evidencia muy claramente en las personas expuestas a situaciones de desempleo o de inestabilidad del puesto de trabajo actual; esto no depende solamente del beneficio económico que aporta, sino también porque es estructurante de la personalidad, favorece los intercambios sociales, crea lazos que sirven de soporte en situaciones de crisis y es la forma compartida de valoración en la sociedad (Bensaid y Dejours 1994). Un tema particular para la salud mental dentro de esta perspectiva es la inserción laboral de personas con discapacidad psíquica, para quienes es difícil ejercer el derecho a un trabajo decente, productivo, en condiciones de equidad, libertad, seguridad y dignidad (Liimatainen 2000).

MODELOS DE ESTUDIO DEL ESTRÉS EN EL TRABAJO

Así como se han desarrollado muchas definiciones sobre lo que constituye estrés en el trabajo, se han propuesto modelos y formas de estudio. De las diversas propuestas, se resumen dos: el modelo de control–demanda (Karasek y Theorell 1990) y el modelo transaccional (Cooper, Cox 2000).

a. El Modelo de Control–Demanda

La propuesta de este modelo, en forma resumida, plantea que el estrés surge de la interacción entre las demandas físicas-psicológicas del trabajo y la capacidad de los individuos para controlar el uso de sus capacidades y habilidades. Se puede representar gráficamente en una tabla de doble entrada, según se muestra en la Figura N° 1. Predice que un trabajo que combina la latitud “Alta demanda” con la latitud “Baja capacidad de control” constituye un trabajo de alta presión, en el cual se produce el mayor riesgo de sufrir problemas a consecuencia del estrés.

Figura 1.
Modelo de Control-Demanda (Karasek y Theorell 1990).

		Latitud DEMANDAS	
		BAJAS	ALTAS
Latitud de CONTROL	BAJO	Trabajo pasivo	Trabajo de alta presión
	ALTO	Trabajo de baja presión	Trabajo activo

Destaca la capacidad de control como un mecanismo para transformar el trabajo en una actividad que promueve el bienestar y la salud. El modelo permite describir las características psicosociales del trabajo con cierto grado de comparabilidad y ha dado origen a una investigación que comprueba los efectos deletéreos del trabajo situado en la latitud de alta presión, especialmente en el plano cardiovascular (Karasek 1998).

b. Modelos Transaccionales

El modelo de control–demanda ha recibido críticas porque no considera las capacidades de afrontamiento que los individuos pueden desarrollar y desplegar ante una situación de estrés (Cox et al 2000). La propuesta transaccional plantea que el estrés es

un estado psicológico negativo que involucra aspectos cognitivos y emocionales; el individuo, ante una interacción con su ambiente que puede ser amenazante, realiza una valoración (appraisal) y le otorga significado a la interacción; el significado está presidido por dos preguntas implícitas o explícitas básicas: ¿tengo un problema?, ¿qué pienso hacer con él?

Aparece estrés cuando la persona percibe que no puede afrontar adecuadamente el problema, cuando el afrontamiento moviliza importantes recursos de energía, cognitivos y emocionales, o cuando las dificultades que surgen en el proceso de afrontamiento causan preocupación o ansiedad.

Esta propuesta predice que si la persona no se da cuenta de la amenaza (“no tiene un problema”) o si, dándose cuenta, no le importa, no está en situación de estrés (Cox et al 2000). Al poner énfasis en la respuesta individual, promueve el estudio del estrés laboral con una perspectiva local: los factores de riesgo de estrés que son válidos para una realidad, pueden no ser aplicables en otra (Scottish Forum for Public Health Medicine 1997).

Basándose en este enfoque, Cooper desarrolla una propuesta de estudio del estrés en el trabajo que combina los supuestos psicológicos señalados con las formas tradicionales de estudio de los riesgos del trabajo: el ciclo de control (Tabla N° 1). Esta alternativa logra resolver un aspecto importante del modelo transaccional, a saber, si la respuesta de estrés depende de capacidades de afrontamiento individuales, se haría prácticamente imposible la intervención organizacional.

Tabla 1.
Ciclo de Control (Cox et al 2000).

1. Identificación de los peligros potenciales
2. Evaluación de los riesgos para la salud asociados
3. Implementación de estrategias de control adecuadas, razonables y practicables
4. Monitorización de la efectividad de las estrategias de control
5. Reevaluación de los riesgos
6. Revisión de las necesidades de información y de entrenamiento de los empleados expuestos a peligros

La evaluación de los peligros potenciales se hace fundamentalmente a partir del autorreporte, mediante cuestionarios especialmente diseñados para cada caso, basados en entrevistas y observaciones previas. Lo que interesa es que mediante el cuestionario las personas expresan su valoración, es decir, llegan a aclarar la pregunta de lo que constituye un problema; como se trata de una valoración individual en contexto organizacional, el método exige un amplio consenso (sobre 50%) para considerar el problema percibido como un estresor.

La ventaja del método es que permite una valoración del riesgo y luego comenzar a gestionarlo como cualquier otro riesgo del trabajo.

CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS EN EL TRABAJO

Existe una gran cantidad de reportes sobre efectos negativos del estrés laboral en la calidad de vida de las personas y en los resultados productivos de las organizaciones. Con independencia del grado de reconocimiento que otorguen los sistemas de compensación a los problemas de salud relacionados con el trabajo, existe la certeza de que el estrés se relaciona con un importante nivel de ausentismo; se ha advertido en diversos foros acerca de un crecimiento sostenido de problemas asociados al estrés, en correspondencia a los cambios que se experimentan en el trabajo actualmente (Firth-Cozens 2000, National Institute of Occupational Safety and Health 1999, Sauter et al 1998).

Entre los principales problemas de salud con que se ha relacionado el estrés en el trabajo se encuentran (Karasek 1998, Brinert y Fingret 2000, Landsbergis 2003):

- Enfermedad cardiovascular
- Hábitos no saludables (sedentarismo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de tranquilizantes)
- Trastornos musculoesqueléticos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Molestias psicológicas y somáticas que, sin constituir enfermedad, producen deterioro del bienestar

TRASTORNOS DEPRESIVOS Y SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

En esta revisión de los temas más importantes relacionados con la salud mental en el trabajo, es conveniente prestar atención privilegiada a los trastornos depresivos, dado que son un problema de salud mental importante en la población en edad de trabajar; con independencia de si los factores del trabajo contribuyen o no a su génesis.

En años recientes se le ha puesto atención en el mundo laboral por su impacto en ausentismo y en disminución del rendimiento en el trabajo. En Estados Unidos se ha observado que alrededor del 50% de las causas de discapacidad temporal por enfermedad psiquiátrica, en población trabajadora, corresponden a depresión (Dewa et al 2002). Los días de trabajo perdidos por depresión en el mismo país representan alrededor de un 40% de los costos totales anuales ocasionados por esta enfermedad (American College of Occupational and Environmental Medicine 2003). Además del ausentismo, adquiere un interés creciente el impacto del presentismo (American College of Occupational and Environmental Medicine 2003, Druss et al 2001, Goetzel et al 2002), es decir, la conducta de seguir trabajando a pesar de problemas de salud evidentes, lo que se traduce en dificultades para mantener los niveles habituales de calidad y cantidad del trabajo y en un mayor riesgo para la salud de las personas; se estima que la depresión es una de las condiciones de salud que genera mayores niveles de presentismo.

Las personas afectadas por depresión enfrentan diversas barreras que dificultan una resolución oportuna y efectiva de la enfermedad: a los problemas de falta de información y de acceso a tratamientos adecuados se agregan síntomas de la propia enfermedad

que por sí mismos influyen en no buscar ayuda a tiempo (desesperanza, falta de motivación, entre otros). Un factor de peso es el estigma que se asocia al diagnóstico de cualquier enfermedad mental, que en el caso extremo puede llevar a la pérdida del trabajo; ante tales perspectivas, resulta comprensible aunque dañina la opción por el presentismo.

Goetzl et al (2002) plantean que se justifica una preocupación especial de parte de los empleadores en orden a facilitar el acceso oportuno a tratamientos eficaces, no sólo por el beneficio evidente en términos de bienestar para trabajadores y trabajadoras, sino por la reducción de costos para la propia organización; ello obliga a superar el punto de vista que considera que los problemas de salud que no son causados de manera exclusiva y directa por el trabajo, son de resolución individual, en particular los problemas de salud mental (Kenny y Cooper 2003). Algunos aspectos críticos para lograr un convencimiento y participación de empleadores y trabajadores en programas de pesquisa y manejo de la depresión son, de una parte, la información acerca de los vínculos entre rendimientos laborales y depresión no tratada o tratada parcialmente y, de otra parte, un mayor desarrollo de la evidencia de que dichos programas son efectivos.

El retorno al trabajo de las personas con depresión representa un desafío que compromete no sólo a los propios afectados, sino también a los prestadores de servicios sanitarios y sociales y a las estructuras directivas de las empresas; si se considera que la conducta de presentismo en una persona con síntomas depresivos es una estrategia de resolución individual, la otra cara de la conducta individual es el retiro, abandono o pérdida del trabajo de la persona afectada de depresión; Dewa et al (2002) muestran que la depresión predice este tipo de conducta.

Desde el punto de vista de la salud pública se justifica impulsar intervenciones activas desde el centro laboral, entre otras razones por la relación estrecha existente entre depresión y enfermedad física, principalmente con la enfermedad cardiovascular, una de las primeras causas de mortalidad en muchas partes del mundo; dicha relación es clara desde antes de la existencia de tratamientos farmacológicos modernos. Las personas con depresión no tratada o tratada inadecuadamente exhiben una mayor mortalidad por enfermedad cardíaca que la población general, particularmente por infarto miocárdico. Desde la óptica de la enfermedad cardiovascular se observa una tendencia similar: en personas controladas por enfermedad coronaria, la presencia de síntomas depresivos o depresión clínica predice eventos cardíacos serios y mayor mortalidad (Seiner y Mallya 1999, Williams 1998).

¿Puede el Medio Laboral Ser un Factor Causal de la Depresión o Contribuir a su Aparición o Mantención?

En un enfoque preventivo, esta pregunta es de gran interés, pues abre la posibilidad de desarrollar programas que no sólo reduzcan, sino que eviten los costos sociales, productivos e individuales de la depresión.

La revisión del tema, efectuada por Tennant (2001), explora la posible relación entre factores de estrés laboral y depresión, malestar psicológico y fatiga/burnout; concluye que a pesar de diferencias en los ambientes físicos de trabajo entre diversos grupos ocupacionales, las investigaciones tienden a coincidir en que algunas características del ambiente social (conflictos en las relaciones, bajo apoyo social) parecen predecir un estado de ánimo deprimido. La Tabla 2 resume algunas de las informaciones entregadas por Tennant. Sin embargo, es necesario tomar los datos con cautela, por las fuentes de sesgo en la información generada por las investigaciones:

Tabla 2.
Relación entre Factores Laborales y Trastornos Depresivos (de acuerdo a Tennant, 2001)

Estudio	Grupo laboral	Número de personas	Indicador de depresión	Factores predictivos de depresión
Kawakami, Japón (1990, 1992)	obreros	468	Escala de Zung	Falta de control sobre el trabajo
		Submuestra de la anterior	Evaluación por psiquiatra	Tarea inapropiada Malas relaciones en el lugar de trabajo
Romanov et al., Finlandia (1996)	empleados	15530	Registros de hospital, prescripciones de psicotrópicos, suicidios	Conflicto interpersonal en el trabajo (RR= 2.18)
Heinisch y Jex (1997)	Empleados gerenciales	442	Cuestionario	Carga de trabajo Ambigüedad del rol
Parkes (1990)	Profesores nuevos	n.i.(b)	GHQ (a)	Demandas del trabajo Falta de apoyo
Prosser et al (1997)	Equipos de salud mental	n.i.	GHQ	Pocos recursos para el trabajo Sobrecarga Insatisfacción

(a) GHQ.: General Health Questionnaire, también conocido como Cuestionario de Salud General, de Goldberg.

(b) n.i.: no informado

- Cuando el diagnóstico de depresión se deduce de puntajes en cuestionarios vs. el diagnóstico hecho por psiquiatra,
- Al usar el autorreporte como fuente de datos para los síntomas y para la medición de los factores estresores asociados, se corre el riesgo del sesgo de un “método común”, es decir, con el mismo error para dos aspectos cuya asociación se quiere medir,
- La depresión influye en la percepción o experiencia de los estresores,
- Se informa escasa evaluación de la variable “personalidad”, que puede contribuir a una sobrevaloración, pero también a minimizar la percepción de estresores y de síntomas.

La variable personalidad ha sido explorada en el estudio de Paterniti et al (2002). Aquí se ha establecido una cohorte de seguimiento a partir del año 1989, en trabajadores de la Compañía Nacional de Gas y Electricidad de Francia (EDF-GDF); usando escalas validadas para pesquisa de síntomas depresivos, factores psicosociales y características de personalidad, muestran que después de 3 años de seguimiento hay una asociación clara entre síntomas depresivos y bajo apoyo social y alta demanda del trabajo, con independencia de los rasgos de personalidad; de éstos, los rasgos de hostilidad y baja autoestima predicen en forma independiente el puntaje en la escala de síntomas depresivos, sin ser factores de confusión en la influencia de los factores psicosociales sobre la misma escala.

En cualquier caso, las influencias psicosociales en la depresión han sido extensamente estudiadas en el campo extralaboral. Cooper y Paykel (1993), a partir de la revisión de la literatura, destacan como principales factores sociales en el comienzo y mantención de los trastornos depresivos la existencia de eventos vitales significativos y la falta de apoyo social percibido; hacen la advertencia sobre su carácter inespecífico, ya que la investigación muestra que también actúan como factores en otras condiciones psiquiátricas. Una serie de líneas de investigación se abren en este terreno, a partir de las teorías de eventos vitales y apoyo social en la depresión: eventos vitales como el acoso sexual, las situaciones de maltrato en el trabajo, la amenaza de pérdida del empleo en contextos de crisis y reorganización del trabajo; apoyo social expresado en la asignación de recursos, en el reconocimiento y en las facilidades para la interacción dentro del grupo laboral.

Aunque los datos se tomen con reservas en lo que respecta a causalidad directa, los estudios sugieren que la intervención en el centro laboral debería ser efectiva en la prevención de la depresión entre la población inserta en la fuerza de trabajo activa. El meta-análisis efectuado por Jane-Llopis et al (2003), sobre eficacia de los programas de prevención de la depresión, arroja algunas claves para orientar actividades efectivas en adultos en edad de trabajar; en la Tabla N° 3 se presenta un resumen, extractado de la información recopilada por los autores.

En población adulta se han demostrado más eficaces los programas que combinan diversos métodos de intervención y que contemplan más de 8 sesiones; funcionan mejor cuando hay apoyo especializado de profesionales de la salud. En la revisión de Jané-Llopis et al. se incluyen además programas para niños, adolescentes y adultos mayores; el valor “tamaño del efecto global” fue de 0,22, lo cual implica un 11% de mejoramiento en

los grupos de intervención comparados con los grupos de control. Si bien parece un valor pequeño, se trata de programas preventivos aplicados a población con y sin factores de riesgo. Aunque no se trata de intervenciones en centro laboral, entrega ideas para la prevención en este nivel: contar con apoyo especializado en la intervención, combinar diversos métodos, destinar un período de tiempo suficiente para el desarrollo de los programas. Esto no difiere en esencia de programas diseñados para prevención y manejo del estrés, que tienen un mayor desarrollo en intervenciones laborales.

VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO

Un tópico especial que adquiere interés en los estudios de salud mental en el trabajo es la violencia en centros laborales. El enfoque basado en el estrés, ya sea siguiendo el modelo de control-demanda o el del ciclo de control, arriesga dejar fuera del análisis y, por tanto, de la prevención, este factor de riesgo. Dependiendo de la gravedad de los actos de violencia, tiene importancia la presencia del riesgo, más que su magnitud. Siendo el tema muy amplio, se revisarán dos subtítulos: el acoso sexual que afecta fundamentalmente a mujeres trabajadoras y el acoso moral (también conocido como “mobbing”).

a. Acoso Sexual en el Trabajo.

Existe un amplio consenso en que el acoso sexual en contra de mujeres tiene un efecto muy perverso en el bienestar de las personas afectadas y en que se trata de un problema ampliamente expandido, pero escasamente denunciado (Jorgenson y Wahl 2000, Schneider et al 1997). La literatura norteamericana propone dos formas de conceptualización: una sigue el modelo legal y la otra se amplía desde una óptica psicosocial.

El acoso sexual “quid pro quo”, implica la solicitud de un favor sexual a cambio de un beneficio o del retiro de una amenaza; el primer caso es reconocido en 1976 en la jurisprudencia. La segunda forma legal es lo que se conoce como “ambiente hostil” y se refiere a alusiones de naturaleza sexual que son repetidas y no son bienvenidas; el primer caso en la jurisprudencia norteamericana es de 1986 (Avena y O’Donohue 2002).

En la tipología de Fitzgerald se agrega una tercera forma de acoso sexual, si bien legalmente contenido en el ambiente hostil, y se denomina “acoso de género”; consiste en actitudes derogatorias y ofensivas alusivas a mujeres (fotos, comentarios misóginos, ofensivos y hostiles en relación al género) (Avena y O’Donohue 2002, Crocker y Kalemba 1999). Se ha podido documentar claramente que las mujeres víctimas de acoso, en sus diversas formas, son capaces de afrontar el problema y desarrollar conductas asertivas (“confrontar al acosador”) o evitativas (“ignorar y esquivar al acosador”); pero también muestran que la denuncia es muy baja y que los efectos psicológicos y organizacionales perduran.

El enfoque psicosocial enfatiza que, con excepción de la violación y el ataque físico, las otras formas de acoso sexual tienen igual gravedad y que no habría una gradación como deja entrever la legislación: lo que importa es el impacto en las

Tabla 3.
Eficacia de Programas de Prevención Primaria de Trastornos Depresivos en Adultos en Edad de Trabajar (extractado de Jane-Llopis, 2003).

Estudio	Intervención	Método usado (a)	Equipo (b)	N° sesiones	Duración de sesiones (min)	Effect size (c) Promedio en adultos 0,21	Calidad de la investigación (score)
Allart et al. 2003	Curso "Afrontamiento de la Depresión"	Conductual Cognitivo Competencia Educación	Prof.	> 8	> 90	0,54	9 (alto)
Harris et al. 1998	Consejería de colegas y entrenamiento en liderazgo	Conductual Cognitivo Competencia Educación	Prof.	> 8	60 – 90	0,31	9 (alto)
Muñoz et al 1995	Afrontamiento de Depresión	Cognitivo Competencia	Prof.	≤ 8	> 90	0,28	9 (alto)
Lovett y Gallagher.1988	Solución de problemas	Cognitivo	Prof.	> 8	> 90	0,22	9 (alto)
Seligman et al. 1999	Taller de trabajo	Conductual Educación Apoyo social	Prof.	≤ 8	> 90	0,16	9 (alto)
Foa et al. 1995	Intervención en Estrés Postraumático	Conductual Cognitivo Competencia	Legó	≤ 8	> 90	0,84	8 (alto)
Peters y Carlson. 1999	Entrenamiento en gestión del estrés	Conductual Cognitivo Competencia Educación	Prof. y Legó	> 8	60 - 90	0,58	8 (alto)
Partonen et al. 1998	Entrenamiento en ejercicios	Conductual	Prof.	> 8	60 - 90	0,22	8 (alto)
Price et al. 1992	Búsqueda de trabajo	Conductual Cognitivo Competencia Apoyo social	Legó	≤ 8	> 90	0,20	8 (alto)
Barth et al. 1988	Enriquecimiento padre-hijo	Conductual Educación Apoyo social	Legó	> 8	n.i.	0,08	8 (alto)
Di Lorenzo et al. 1999	Acondicionamiento aeróbico	Conductual	Prof. y Legó	> 8	< 60	0,74	7 (bajo)
Trzcieniecka-Green y Steptoe 1996	Gestión del estrés	Conductual Competencia Educación Apoyo social	Prof.	> 8	n.i.	0,40	7 (bajo)
Elderen-van-Kemenade et al. 1994	Educación en salud	Conductual Cognitivo Educación	Prof.	> 8	n.i.	0,22	7 (bajo)
Mignone y Guidotti. 1999	Grupo de apoyo	Apoyo social	n.i. (e)	≤ 8	> 90	-0,03	7 (bajo)
Levy et al. 1993	Grupo de apoyo en caso de pérdida	Apoyo social	n.i.	n.i	n.i.	0,06	6 (bajo)

(a) Métodos de intervención: Conductual: Cambio de conducta, modelamiento, actividades placenteras. Cognitivo: Reestructuración cognitiva, consejería, entrenamiento en estilos explicativos. Competencia: Actividades orientadas al aumento de capacidades de los participantes. Educación: Instrucción directa, conferencias, talleres de trabajo. Apoyo social: Estimular socialización, redes.

(b) Equipo: Prof.: Personal profesional de salud física y mental. Legó: Colegas, familiares, profesores.

(c) Effect size: medida que relaciona casos con resultados favorables y desfavorables, considerando las desviaciones estándares, en grupo de intervención y de control; más cercano a 1 indica mayor eficacia de la intervención.

(d) Calidad de la investigación: se clasificaron siguiendo criterios Cochrane, de 9 ítems.

(e) n.i: no informado

víctimas; las mujeres afectadas, por otra parte, no exhiben características particulares de sensibilidad que las hagan malinterpretar un ambiente normal como hostil. El concepto de acoso de género además predice que las organizaciones tolerantes a las prácticas de acoso y con un desbalance marcado de género tienen más probabilidad de ser escenario de acoso sexual (Fitzgerald et al 1997).

La prevención sólo se puede realizar si se comienza por reconocer que el problema existe, que es frecuente, que es predecible, que en general no se denuncia, que tiene un alto costo para la salud mental de las trabajadoras, que tiene costos no medidos para la organización.

b. Acoso Moral, Mobbing, Bullying

La palabra “mobbing” (mob = multitud u horda) fue usada primero en estudios sobre ataques colectivos de animales contra predadores y a veces contra miembros de la misma especie. Posteriormente se introdujo en estudios sobre agresividad humana, para describir la exposición de un individuo a ataques repetidos, intencionales, de parte de uno o varios sujetos por un período prolongado de tiempo. Un término cercano es “bullying” (bully = muchacho que actúa agresivamente), usado en estudios del comportamiento de escolares cuando ejercen hostigamiento sistemático contra algún compañero de curso; en contexto laboral, se aplica a situaciones en que una persona es sometida a aislamiento social o exclusión, sus trabajos o esfuerzos son devaluados, o sufre amenazas frecuentes (Schuster 1996, Kivimäk et al 2000).

En los estudios sobre este tipo de conducta en centros laborales se ha destacado como elementos característicos:

- Actos repetidos y sistemáticos en el tiempo.
- Dirigidos con intención negativa y con precisión en contra de uno o más individuos por otro individuo o por un grupo.
- Provocan efectos negativos en la víctima.
- La víctima se encuentra en una situación en que le resulta difícil defenderse por sí misma en la situación de acoso.
- Variabilidad impredecible.
- Sutileza que impide a los demás detectar la conducta.

Lo anterior permite diferenciar la situación de acoso de conductas cotidianas en cualquier grupo humano y relación interpersonal (naturalmente con más o menos fricciones), en que faltan elementos de acción sistemática y de sometimiento. Este último aspecto ha sido relacionado con la percepción que tiene la víctima de que no se puede defender, ya sea por razones jerárquicas, incapacidad física, falta de habilidades sociales, razones económicas o razones psicológicas (por su falta de ser o por la forma de ser del agresor). La Tabla N° 4 muestra conductas típicas estudiadas bajo el concepto de mobbing (Einarsen 2000).

Un aspecto clave en las definiciones actuales es la diferencia de poder percibida por la víctima, la cual guarda relación con la distribución real de poder al interior de una organización.

Los estudios en escolares y en prisiones muestran un claro impacto del acoso sobre el ánimo de la víctima, que en los casos más graves (en prisiones) llega al suicidio. Evidentemente el ambiente laboral tiene diferencias con los 2 anteriores, por lo cual los datos no se pueden extrapolar, pero sí han orientado la investigación. Datos:

Tabla 4.
Formas Típicas de Mobbing en el Trabajo (Según Einarsen, 2000)

Autor	Conductas típicas
Brodsky (USA)	Uso de chivo expiatorio Abuso verbal (denominaciones denigratorias, por ejemplo) Abuso físico Presión en el trabajo Acoso sexual
Leymann (Suecia)	Manipular la reputación de la víctima Afectar las posibilidades de ejecutar el trabajo Afectar las posibilidades de comunicación de la víctima Afectar sus circunstancias sociales Coerción física (ataques, amenazas)
Einarsen (Noruega)	Esparcir chismes y rumores Exclusión social Asignar tareas muy simples o escasas Crítica permanente sobre el trabajo y resultados de la persona Violencia física o amenaza Insinuaciones acerca de la salud mental de la persona

- Síntomas de malestar físico inespecíficos (sensación de debilidad, de falta de fuerza, dolores diversos).
- Depresión y síntomas relacionados, incluyendo alteraciones del sueño y desesperanza.
- Síntomas psicológicos que no llegan a constituir enfermedad, pero incapacitan (hostilidad, evitación, aislamiento, nerviosismo).

Además, han interesado los efectos organizacionales: la pérdida de productividad directa de la víctima y del grupo, más los costos de intervenciones, pueden ascender en Suecia a US\$ 30.000–100.000 por año, por persona afectada. La organización, además ve aumentar el ausentismo y la rotación de trabajadores (Einarsen 2000).

En la prevención de esta forma de violencia, como en otros aspectos que involucran a las conductas en el trabajo, los enfoques se mueven entre un polo que enfatiza los rasgos de personalidad y otro que enfatiza los aspectos organizacionales. No existe ninguna duda que en ambientes institucionalizados puede haber mayor influencia de rasgos de personalidad (prisiones, internados), pero incluso allí, medidas ambientales como vigilancia de baños y dormitorios disminuyen la frecuencia del acoso. Otro enfoque ha planteado una visión pesimista, de reconocer el acoso como una conducta agresiva inherente a algunas especies que nos incluye.

Pero el enfoque en países nórdicos ha enfatizado el rol de los factores organizacionales en la prevención del acoso; por ejemplo:

- Problemas de liderazgo
- Mal manejo de conflictos de rol
- Capacidad de control sobre el propio trabajo
- Demandas ambiguas o incompatibles
- Estilos autoritarios
- Permisividad a conductas agresivas

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

A lo largo de este artículo se ha insistido en que es necesario realizar una labor promocional de la salud mental en la empresa, de modo que se puedan prevenir los problemas que emergen cuando el bienestar psicológico se encuentra en riesgo. Volvemos a la noción de estrés laboral, que ahora resulta útil en el planteamiento de la promoción y la prevención.

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

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

Tabla 5. Niveles de Prevención del Estrés en el Trabajo

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

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

Van der Klink et al (2001), por una parte, y Reynolds (2000), por otra, realizan meta-análisis de intervenciones orientadas al manejo del estrés en lugares de trabajo, concluyendo ambos que las intervenciones focalizadas en los individuos exhiben mejores resultados que las organizacionales; en el primero de ellos se plantea que las intervenciones individuales cognitivo-conductuales tienen mejor efecto que las de relajación.

Las conclusiones señaladas sorprenden en cierto modo a los propios autores, pues se esperaba un mejor rendimiento de las intervenciones organizacionales. El punto a considerar es que la comparabilidad de los resultados entre diversas acciones organizacionales se diluye por las diferencias en realidades locales que, como se señaló más arriba, constituyen un elemento central en un adecuado programa de manejo del estrés y de prevención del riesgo.

La conclusión más importante es que, a pesar de las discrepancias teóricas, existe consenso en que es posible asegurar una mejor calidad de vida y bienestar y al mismo tiempo obtener mejores resultados organizacionales, mediante programas bien diseñados para la promoción de la salud mental en el trabajo y de prevención del estrés en sus diversos niveles.

REFERENCIAS

- American College of Occupational and Environmental Medicine. 2003. A screening program for depression. *J Occup Environ Med*; 45: 346–348.
- Avina C, O'Donohue W. 2002. Sexual harassment and PTSD: Is sexual harassment diagnosable trauma? *J Trauma Stress*; 15 (1): 69–75.
- Bensaid A, Dejours C. 1994. Psychopathologie et psychodynamique du travail. En: *Encyclopédie Médico–Chirurgicale, Toxicologie–Pathologie Professionnelle*. France: Elsevier. 16-535 P-10.
- Brinert RB, Fingret A. 2000. Work and psychological well-being: future directions in research and practice. *Occup Med*; 50(5): 320-321.
- Cooper C, Cartwright S. 1998. Resumen de las estrategias generales de prevención y control. En: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: Organización Internacional del Trabajo. pp 34.75-34.77.
- Cooper Z, Paykel ES. 1993. Social Factors in the Onset and Maintenance of Depression. En: D. Bhugra y J. Leff, eds. *Social Psychiatry*. Cambridge: Oxford Blackwell Scientific Publications. p. 99-121.
- Cox T, Griffiths A, Rial-González E. 2000. Research on work - related stress. Luxemburgo: European Agency for Safety and Health at Work.
- Crocker D, Kalembo V. 1999. The incidence and impact of women's experiences of sexual harassment in Canadian workplaces. *CRSA*; 36 (4): 541-558.
- Dewa C, Goering P, Lin E, Paterson M. 2002. Depression related short-term disability in an employed population. *J Occup Environ Med*; 44: 628–633.
- Druss B, Schlesinger M, Allen HM. 2001. Depressive Symptoms. Satisfaction With Health Care, and 2-Year Work Outcomes in an Employed Population. *Am J Psychiatry*; (158):731–734.
- Einarsen S. 2000. Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggress Violent Behav*; 5 (4): 379–401.
- Firth-Cozens J. 2000. New stressors, new remedies. *Occup Med (Lond)*. Apr;50(3):199-201.
- Fitzgerald L, Drasgow F, Hulin CL, Gelfand MJ, Magley VJ. 1997. Antecedents and consequences of sexual harassment in organizations: a test of an integrated model. *J Appl Psychol*; 82 (4): 578–589.
- Frankenhaeuser M. 1989. A biopsychosocial approach to work life issues. *Int J Health Serv*; 19(4): 747-758.
- Goetzel R, Ozminowski RJ, Sederer L, Tami M. 2002. The business case for quality mental health services: why employers should care about the mental health and well-being of their employees. *J Occup Environ Med*; 44: 320–330.
- Hogue J-P. 1989. Le stress: l'énergie du dépassement. En: *Psychologie du travail: nouveaux enjeux, développement de l'homme au travail et développement des organisations*. Actes du cinquième Congrès de Psychologie du Travail de Langue Française. Paris : Editions EAP. pp 1038-1042.
- Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. 2003. Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *Br J Psychiatry*; (183): 384-397.
- Jorgenson LM, Wahl KM. 2000. Workplace sexual harassment: incidence, legal analysis, and the role of the psychiatrist. *Harv Rev Psychiatry*; 8(20): 94–98.
- Karasek R, Theorell T. 1990. *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- . 1998. El modelo de demandas/control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. En: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: Organización Internacional del Trabajo, pp 34.6 - 34.16.
- Kenny D, Cooper C. 2003. Introduction: Occupational stress and its management. *Int J Stress Manage*; 10(4): 275–279.
- Kivimák M, Elovainio M, Vahtera J. 2000. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med*; 57: 656–660.
- Landsbergis PA. 2003. The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People: a Commentary. *J Occup Environ Med*; 45: 61–72.
- Levi L. 1998. Factores psicosociales, estrés y salud. En: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: Organización Internacional del Trabajo. pp 34.3-34.6.
- . Sauter S, Shimomitsu T. 1999. Work-related stress. It's time to act. *J Occup Health Psychol*; 4(4): 394-396.
- Liimatainen M-R. 2000. *Mental Health in the Workplace. Situation Analysis*. Finland. Geneva: International Labour Organization.
- Martínez S. 1997. El estudio de la integridad mental en relación con el proceso de trabajo. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Serie Académicos CBS N° 23.
- McDowall RJS. 1929. The physiology of industrial hygiene: the physiology of industrial fatigue. *J Ind Hyg*. Jan; 11(1): 12-16.
- National Institute of Occupational Safety and Health. 1999. *Stress at work*. USA: NIOSH. DHHS Publication No. 99–101.
- Parra M. 2001. *Salud Mental y Trabajo*. Santiago, Chile: Universidad de Santiago de Chile, Facultad de Medicina. Monografías de Gestión en Salud Mental y Psiquiatría.
- Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM. 2002. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry*; (181): 111-117.
- Reynolds S. 2000. Interventions: what works, what doesn't? *Occup Med*; 50(5): 315-319.
- Sauter S, Hurrell J, Murphy L, Levi L. 1998. Factores psicosociales y de organización. En: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: Organización Internacional del Trabajo. pp 34.2-34.3.
- Schneider K, Swan S, Fitzgerald L. 1997. Job-related and psychological effects of sexual harassment in the workplace: empirical evidence from the organizations. *J Appl Psychol*; 82(3): 401–415.
- Schuster B. 1996. Rejection, Exclusion, and Harassment at Work and in Schools. *Eur Psychol*; 1 (4): 293-317.
- Scottish Forum for Public Health Medicine. 1997. *Scottish Needs Assessment Programme. Mental Health in the Workplace*. Glasgow: Scottish Forum for Public Health Medicine.
- Seiner SJ, Mallya G. 1999. Treating depression in patients with cardiovascular disease. *Harv Rev Psychiatry*; 7: 85–93.
- Spaeth R. 1919. The problem of fatigue. *J Ind Hyg*. May; 1(1): 22–53.
- Tennant C. 2001. Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res*; (51):697–704.
- Van der Klink JLL, Blonk RWB, Schene A, van Dijk FJH. 2001. The benefit of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*; 91: 270–276.
- Williams C (ed). 1998. *Social Factors, Work, Stress and Cardiovascular Disease Prevention in the European Union*. Brussels: The European Heart Network.