

Carga Mental y Trabajo



Observatorio Permanente
de Riesgos Psicosociales UGT-CEC

Con la Financiación de: DI-0012/2009



FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES



Este trabajo ha sido realizado para UGT-CEC por la Universidad de Alcalá de Henares

EDITA
Secretaría de Salud Laboral de la UGT-CEC

IMPRIME
Blanca Impresores S.L.
95 319 11 02

Depósito Legal: J-1580-2010

CARGA MENTAL Y TRABAJO

Informe preparado por:

Montserrat García Gómez
Ainhoa Ipiña Cruces
Rosario Castañeda López

Madrid, 12 de diciembre de 2010

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
DEFINICIONES.....	14
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL. EL ESTRÉS LABORAL	15
EL CAMBIANTE MUNDO DEL TRABAJO	19
Cambios estructurales.....	19
Tecnologías de la información y la comunicación	19
Crecimiento del sector servicios	20
Integración y globalización	21
Cambios en las formas de gestión	21
Cambios en la fuerza de trabajo	22
Cambios en los contenidos del trabajo	25
Nuevas formas de trabajar.....	25
Nuevas cualificaciones.....	26
Pequeñas y medianas empresas	27
Ritmo y carga de trabajo	27
Crisis y salud mental	27
Consecuencias de estos cambios en el futuro	29
LA DESIGUAL DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES.....	33
Situación socioeconómica	33
Factores de riesgo psicosocial en el trabajo.....	34
Edad.....	36
Sector de actividad y ocupación.....	36
Diferencias entre países	38
Diferencias entre Comunidades Autónomas.....	39

EL IMPACTO DEL TRABAJO EN LA ESFERA MENTAL	41
Estrés laboral y alteraciones mentales	42
LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD ..	49
Cronicidad y comorbilidad	51
Género y edad	52
Posición socioeconómica y ocupación	55
Depresión, ansiedad u otras transformaciones mentales	61
Comparaciones internacionales	63
Comparaciones entre Comunidades Autónomas	64
Tendencias	67
LA CARGA ECONÓMICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES	68
Producción perdida debida a los trastornos mentales	68
El coste de los trastornos mentales	70
BIBLIOGRAFÍA.....	73

Introducción

Las exigencias del trabajo y sus condiciones pueden significar un riesgo para la salud de los trabajadores. Este importante dilema es objeto de preocupación para los empleadores y los gobiernos de todo el mundo. Pero no hay que olvidar que la relación es bilateral: la mala salud de los empleados puede tener un gran impacto en todas las organizaciones y empresas. Las empresas privadas, así como los servicios públicos, se ven afectadas cuando la enfermedad lleva a la ausencia o a la reducción de la productividad.

En las sociedades modernas, el trabajo es la fuente principal de la riqueza individual y de la sociedad. El mundo del trabajo es, por lo tanto, especialmente vulnerable a los trastornos causados por las enfermedades de los trabajadores. La enfermedad puede conllevar una ausencia temporal, que conduce a una menor productividad, a la discapacidad a largo plazo o incluso a la muerte prematura. También puede acabar con carreras profesionales, con la consiguiente pérdida de conocimientos, habilidades y experiencia de las empresas y organizaciones públicas.

7

Y lo que es cada vez más ampliamente reconocido es cómo el trabajo en sí mismo puede provocar que los trabajadores enfermen, con un alto precio a pagar por los individuos, las organizaciones y la sociedad en general:

- Cada año se pierden en la Unión Europea 350 millones de días de trabajo por problemas de salud relacionados con el trabajo, y casi 210 millones debidos a los accidentes en el trabajo.
- El 35% de los trabajadores considera que su salud se ve afectada negativamente por su trabajo.
- El coste de las enfermedades derivadas del trabajo en Europa se estima que está entre el 2,6% y el 3,8% del Producto Interior Bruto (PIB).

Desde el punto de vista de la salud pública, el impacto de las enfermedades no puede ser evaluado por un solo indicador. Las enfermedades

son especialmente importantes en la sociedad porque son numerosas, el coste de su tratamiento es alto, causan frecuentes ausencias del trabajo, tanto a corto como a largo plazo, y pueden provocar la muerte prematura o una reducción significativa en la calidad de vida. A esto se suma el hecho de que algunas poblaciones pueden estar más afectadas que otras, generando desigualdades sociales, y que algunas enfermedades se pueden prevenir fácilmente.

El interés por el estudio de los trastornos y enfermedades mentales y sus vínculos con el lugar de trabajo se debe a las siguientes condiciones:

- son de gran importancia para la salud pública;
- tienen un fuerte impacto sobre el trabajo, por ejemplo, bajas por enfermedad y jubilación anticipada;
- tienen factores de riesgo derivados de las exigencias y las condiciones del trabajo;
- se pueden prevenir mediante la acción desde la salud pública y desde la de prevención de riesgos laborales;
- se pueden prevenir eficazmente haciendo de los lugares de trabajo un lugar de refuerzo de la salud y la prevención.

Se han escrito muchos artículos sobre los trastornos mentales, y existen trabajos, críticas y artículos de opinión magníficos de instituciones científicas y políticas. Sin embargo, aunque el trabajo se reconoce como un factor de riesgo para estas enfermedades, la información sobre su incidencia según profesiones y sectores económicos es poco común. El impacto de estas enfermedades en el trabajo ha sido ignorado, obviamente. Y el trabajo como determinante de la salud mental de la población no ha sido integrado plenamente en las Estrategias definidas desde el Sistema Nacional de Salud.

Por lo que se refiere a su reconocimiento como profesionales, no están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social español y, a nivel internacional, por primera vez en 2010, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del

Trabajo (OIT) incluyó los trastornos mentales y del comportamiento en la nueva lista de enfermedades profesionales aprobada en su reunión de 25 de marzo de 2010, que sustituye a la anterior de 2002.

Sin embargo, hay que tener en cuenta también la existencia de normas de rango legal, como la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, que, en su artículo 4, de definiciones, incluye como daños derivados del trabajo a *las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo*, y entiende dentro del concepto condición de trabajo: todas aquellas características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

En la actualidad, los factores psicosociales se han reconocido en general como cuestiones mundiales que afectan a todos los países, profesiones y trabajadores. La mayor flexibilidad y precariedad del trabajo, la intensificación del trabajo, y las relaciones de trabajo, en las que entran en juego el acoso y la intimidación, son algunos de los factores que favorecen el incremento de los trastornos causados por el estrés relacionado con el trabajo. Si bien es necesario realizar más investigaciones para comprender plenamente sus consecuencias, también está aceptado que dichos factores pueden tener efectos considerables en la salud, el absentismo y el rendimiento de los trabajadores.

El estrés en el trabajo puede afectar a cualquier persona de cualquier nivel. Puede aparecer en cualquier sector y en una organización de cualquier tamaño. Además, afecta a la salud y la seguridad de las personas, pero también a la salud de las organizaciones y de las economías nacionales. En Europa, es el segundo problema de salud más común en el trabajo y afecta al 22% de los trabajadores de la UE-27, y es probable que aumente el número de personas que sufren dolencias relacionadas con el estrés provocadas o agravadas por el trabajo.

El estrés puede provocar enfermedades y sufrimiento a las personas, tanto en su trabajo como en el hogar. Puede igualmente poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo y contribuir a otros problemas de salud laboral, como los trastornos osteomusculares y cardiovasculares. Además, afecta de forma importante a los resultados de las organizaciones. En algunos estudios realizados en Europa y en otros países desarrollados se

ha observado que el estrés es un factor en el 50 a 60 por ciento de todos los días laborables perdidos. Tras las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral, temporal y permanente, la ocupan los trastornos mentales

El estudio de la OIT sobre salud mental y trabajo mostraba que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, hasta el punto de que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización. El informe calculaba que, en los países de la Unión Europea, entre un 3 y un 4% del PIB se gasta en problemas de salud mental. En Estados Unidos, el gasto nacional asociado con el tratamiento de la depresión se sitúa entre 30.000 y 44.000 millones de dólares al año. En muchos países aumenta la jubilación anticipada debida a problemas mentales, hasta el punto de estar convirtiéndose en el motivo más común para la asignación de pensiones por incapacidad. Entre los principales resultados del informe, que alerta acerca de cómo están creciendo los costes de la incapacidad mental, se avanza un modelo de los crecientes problemas personales y psiquiátricos que sufren las personas en edad laboral de todos los países estudiados. Por ejemplo:

- En Estados Unidos, la depresión clínica se ha convertido en una de las enfermedades más comunes, que llega a afectar cada año a una décima parte de los adultos en edad de trabajar, con el resultado de una pérdida de aproximadamente 200 millones de días de trabajo anuales.
- En Finlandia, más del 50% de los trabajadores sufren algún tipo de síntomas relacionados con el estrés, tales como ansiedad, sentimientos depresivos, dolor físico, exclusión social y trastornos del sueño; el 7% de los trabajadores finlandeses padecen un cansancio severo, que puede llevar al agotamiento, a actitudes cínicas y a una drástica reducción de la capacidad profesional, y los trastornos de la salud mental son ya la principal causa de pensiones por incapacidad en Finlandia.
- En Alemania, los trastornos depresivos son responsables de casi el 7% de las jubilaciones prematuras, y la incapacidad laboral por motivos relacionados con la depresión se prolonga dos veces y media más que la incapacidad provocada por otras enfermedades; el

monto total de la producción perdida por el absentismo atribuible a trastornos de la salud mental se estima en más de 5.000 millones de marcos anuales.

- En el Reino Unido, casi 3 de cada 10 empleados sufren anualmente problemas de salud mental y numerosos estudios indican que son comunes el estrés provocado por el trabajo y las enfermedades que causa; la depresión, en particular, es un problema tan extendido que, para cualquier momento que se considere, uno de cada 20 británicos en edad de trabajar está padeciendo una depresión importante.

La reducción del estrés laboral y de los riesgos psicosociales no es sólo una obligación moral, sino también un imperativo legal. Justifican asimismo la reducción del estrés sólidos argumentos económicos. Se calcula que, en el año 2002, el coste económico anual del estrés laboral en la UE-15 fue de 20.000 millones de euros.

Este informe se basa en la información disponible en trabajos ya publicados, en lugar de llevar a cabo otra revisión sistemática de documentos científicos. Los datos se utilizan específicamente para poner de manifiesto la antes mencionada interrelación entre enfermedades y lugares de trabajo. Se utilizan datos europeos, y también se han incluido datos nacionales con el fin de ilustrar cuestiones no reflejadas en los datos internacionales.

En un momento en que la globalización de la economía, la crisis financiera y los rápidos cambios tecnológicos siguen modificando la naturaleza del trabajo y las prácticas de empleo, exponiendo a los trabajadores a nuevas cargas laborales y a graves riesgos para la salud, es más importante que nunca contar con información que permita activar la prevención en el lugar de trabajo. Se trata de un elemento conveniente y fundamental para que no solo las empresas puedan competir con éxito en el mundo moderno, sino también los países, cuyo desarrollo económico y social sostenible depende de la consecución de objetivos de salud en los lugares de trabajo.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo general de este proyecto es estimar las enfermedades mentales derivadas del trabajo, así como los costes asociados a las mismas en España, con la finalidad de facilitar información para la adopción de medidas encaminadas a su prevención.

Se plantea una primera fase durante el año 2010 en la que se recopilará la evidencia científica disponible para la estimación de la morbilidad y mortalidad específicas por trastornos mentales derivados del trabajo en España.

Objetivos específicos

- 1.- Realizar una revisión exhaustiva de la literatura epidemiológica con criterios de calidad y de selección.
- 2.- Definir el alcance de los trastornos mentales y del comportamiento derivados del trabajo.
- 3.- Elaborar un listado de diagnósticos médicos que correspondan a los trastornos mentales y del comportamiento para los cuales existe en la literatura científica información objetiva y documentada sobre la asociación con el trabajo.
- 4.- Identificar las fuentes de información disponibles en España para obtener la información.

Definiciones

Según el Libro Verde de la Unión Europea *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, el término enfermedad mental incluye tanto problemas de salud mental y tensión como trastornos mentales. Las principales categorías de los trastornos mentales y del comportamiento recogidos en la CIE-10 incluyen:

- Trastornos orgánicos, incluyendo desórdenes sintomáticos, mentales, por ejemplo, demencia, la enfermedad de Alzheimer, delirio.
- Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, por ejemplo, el uso nocivo del alcohol, los opiáceos, síndrome de dependencia.
- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes, por ejemplo, la esquizofrenia paranoide, los trastornos psicóticos agudos y transitorios.
- Trastornos del estado de ánimo (afectivos), por ejemplo, el trastorno afectivo bipolar, los episodios depresivos.
- Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés, y somatomorfos, por ejemplo, alteraciones, trastornos de ansiedad generalizada, trastornos obsesivo-compulsivos.
- Trastornos de la personalidad, por ejemplo, el trastorno paranoide de la personalidad.
- Retraso mental, por ejemplo, retraso mental leve.

Factores de riesgo psicosocial

El estrés laboral

La naturaleza del trabajo está cambiando rápidamente. El mundo laboral actual es irreconocible del de hace sólo unos años, se están produciendo cambios significativos que plantean nuevos desafíos para la seguridad y la salud de los trabajadores. En la actualidad, los factores psicosociales se han reconocido en general como cuestiones mundiales que afectan a todos los países, profesiones y trabajadores.

Los factores psicosociales son aquellas características de la organización del trabajo (como la intensidad del trabajo, el sentido de la tarea, las exigencias emocionales, la estabilidad del empleo, la relación con los compañeros y los jefes, las recompensas, y muchos otros) que son capaces de afectar a la salud de las personas, representan el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador. En España, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, ha definido los riesgos psicosociales como *aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que se presentan con la capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador.*

15

Nuestra sociedad evoluciona al ritmo de las nuevas tecnologías y de las cambiantes condiciones económicas y sociales, lo cual hace que nuestros lugares de trabajo, nuestras prácticas laborales y nuestros procesos de producción estén igualmente sometidos a constantes cambios. Los empleadores y los trabajadores han aceptado estos revolucionarios avances de la comunicación, la introducción de fórmulas flexibles de trabajo, una mayor diversidad en el lugar de trabajo y una reestructuración significativa de la organización del trabajo, a través de la externalización y la deslocalización. Las tendencias generales, incluyen cambios en los patrones de trabajo (las nuevas tecnologías, el aumento del sector servicios), así como cambios en los patrones de empleo (reducción de personal, subcontratación, flexibilidad y movilidad). En respuesta a la globalización y a las presiones económicas las empresas han buscado una mayor flexibilidad para responder rápidamente a las demandas de los picos de producción y a las variaciones estacionales, mientras que controlan los costes laborales.

Su enfoque ha incluido la introducción de nuevas prácticas de producción, como el “just-in-time” (produciendo únicamente sobre pedidos) y mano de obra ocasional, como el trabajo temporal y los contratos de duración determinada.

Para muchas personas, el cambio ofrece excelentes oportunidades para que el trabajo sea más gratificante y satisfactorio, y tener una vida mejor. Para otros es preocupante, y cierra posibilidades en lugar de abrirlas. Todos estos problemas pueden repercutir en los propios centros de trabajo, así como también influyen en la promoción de la salud y el sistema de prevención de riesgos laborales. Afectan tanto al tipo como a la naturaleza de los riesgos presentes en el lugar de trabajo e influyen en cómo los riesgos deben ser gestionados. Por ejemplo, en muchos empleos, las demandas laborales han aumentado, incluyendo una intensificación de la actividad y la necesidad de que los trabajadores sean más flexibles y aprendan rápidamente a llevar a cabo nuevas tareas. Estas condiciones pueden incrementar los problemas de salud mental, unidos a los riesgos tradicionales, que también siguen estando a la orden del día. Los cambios en las estructuras de gestión y en las responsabilidades afectarán a la gestión de la seguridad y la salud. El uso de las subcontratas, por ejemplo, también complica el proceso, sobre todo cuando varias organizaciones diferentes están trabajando en un mismo lugar.

La detección de un patrón de cambio en las condiciones de trabajo es, sin embargo, particularmente difícil, ya que la principal característica revelada por los investigadores del mercado de trabajo es que cada vez hay mayor diversidad. Detrás de los cambios observados hay el doble de presión para la flexibilidad y la seguridad y la búsqueda de nuevas formas de equilibrio entre ellos. Uno de los más acuciantes problemas es que la mayoría de las relaciones laborales son informales y precarias, lo que dificulta la transición a sistemas más complejos y productivos para organizar el trabajo productivo (AESST, 2002).

Tales cambios provocan la aparición de riesgos psicosociales vinculados al modo en que se diseña, organiza y gestiona el trabajo, así como al contexto económico y social del mismo. La existencia de estos riesgos se traduce en un mayor estrés para el trabajador, y puede llegar a causar un grave deterioro de su salud mental y física. Actualmente, el estrés se identifica como uno de los riesgos laborales emergentes más importantes.

El concepto de estrés fue introducido en la fisiología en la década de 1930 por Hans Selye, quien lo definió ante la Organización Mundial de la Salud como: “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda exterior”. Es una reacción fisiológica del organismo en la que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades tanto físicas como psíquicas: ansiedad, depresión, enfermedades cardíacas, gastrointestinales y musculoesqueléticas (Kivimäki et al. 2002).

Se describen a continuación los principales cambios ocurridos en el mundo laboral los últimos años.

El cambiante mundo del trabajo

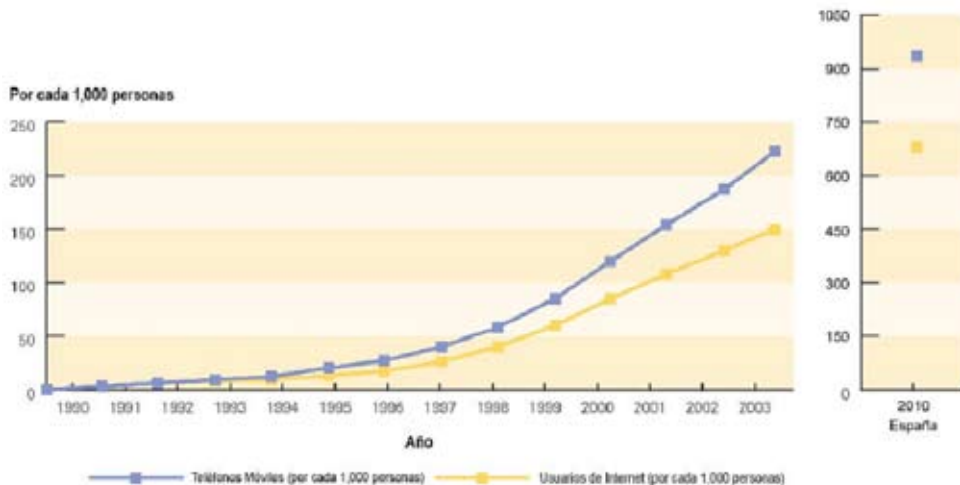
Cambios estructurales

Tecnologías de la información y la comunicación

El proceso de innovación y desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación constituye una transformación radical de los medios de producción, distribución e intercambio (Figura 1). Ya ha afectado profundamente al comercio y a las inversiones internacionales, los movimientos de capitales, la mano de obra y las formas de trabajar, y ha acelerado el giro hacia la externalización en los servicios a nivel internacional (OIT, 2006).

19

Figura 1. Crecimiento de las TIC desde la década de 1990: Internet y telefonía móvil



Fuente: World Bank, World Development Indicators 2005 y elaboración propia.

Los efectos directos de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación sobre el empleo son, por un lado, los nuevos empleos

creados en la producción y los nuevos productos y servicios y, por el otro, la pérdida de puestos de trabajo debido a tecnologías redundantes o porque hay empresas que no logran mantener el ritmo de innovación de sus competidores. Los efectos indirectos incluyen el impacto del cambio tecnológico en la productividad, en los requisitos de formación y la adaptación de las empresas.

El proceso de cambio estructural impulsado por la competencia y las nuevas tecnologías es a menudo descrito como “creative destruction”, destrucción creativa (Freeman et al., 1995).

La introducción de las nuevas tecnologías, la presión del trabajo y el proceso de aprendizaje puede ser particularmente estresante para algunos trabajadores de más edad. Sin embargo, “la sobrecarga de información” y el estrés psicológico no se limitan a los empleados mayores o aquellos con bajos niveles de formación, expertos en nuevas tecnologías también han mostrado un riesgo elevado de agotamiento psicológico (Rantanen J, 1998).

Crecimiento del sector servicios

Una proporción creciente de los trabajadores está empleado en el sector servicios. En contraste con el empleo industrial, los servicios aumentaron como proporción del empleo global del 66% en 1995 al 71% en 2005 en los países desarrollados. Los servicios incluyen el comercio al por mayor y al por menor, hoteles y restaurantes, transporte, almacenamiento y comunicaciones, finanzas, actividades inmobiliarias y de negocios incluida la investigación y el desarrollo, la administración pública, la educación, la salud y el trabajo social, servicios a la comunidad y el servicio doméstico.

Muchos de estos trabajos implican el contacto con el público (clientes, consumidores, pacientes, y así sucesivamente) que puede conducir a riesgos de estrés y violencia en el trabajo. La necesidad de llevar a cabo tareas administrativas adicionales se ha incrementado en profesiones de la enseñanza o de la asistencia sanitaria, y ha habido un aumento de la atención de los servicios sociales en la comunidad, lo que implica que estas personas no tienen lugar de trabajo fijo (AESST, 2002).

Integración y globalización

La reducción progresiva de las fronteras que tuvo lugar entre los mercados nacionales y locales primero, regionales después e internacionales actualmente, es un tema dominante en la historia económica reciente. La liberalización de los controles comerciales a los fabricantes, la relajación de las restricciones a la inversión extranjera directa y otros movimientos de capital, así como la drástica reducción en los costes del transporte y las telecomunicaciones, han fomentado el surgimiento de una economía de mercado global. Más empresas se enfrentan a una mayor competencia en sus mercados nacionales y de exportación. Como resultado de estos cambios, la intensificación de la competencia mundial de productos y servicios se traduce en un aumento de las presiones para adaptar los lugares de trabajo y conjugar la eficiencia y la calidad de los líderes del mercado o cerrar.

Cambios en las formas de gestión

21

En el mundo laboral han surgido numerosas novedades en la organización del trabajo, por ejemplo: el trabajo en equipo; la externalización de tareas de apoyo tales como la calidad y el mantenimiento; ampliación de funciones del puesto de trabajo, la rotación de puestos; la gestión del conocimiento; el teletrabajo; redes virtuales y los nuevos modelos de jornada laboral (OIT, 2006).

Algunos de estos cambios se han introducido desde una perspectiva de eficiencia en la gestión, y otros con el fin de mejorar la organización del trabajo y la calidad de la vida laboral para los trabajadores.

El estudio *High performance workplace practices and job satisfaction: Evidence from Europe* (Bauer TK, 2006) revela que las prácticas de alto rendimiento en el trabajo sí tienen un efecto positivo en la satisfacción del trabajo. Los factores clave para el bienestar de los trabajadores son la autonomía en el lugar de trabajo, la participación en la toma de decisiones y una mayor comunicación con sus compañeros. Sin embargo, la investigación concluye que las prácticas de trabajo en equipo, rotación en el empleo y el apoyo de recursos humanos tienen un impacto muy limitado.

Cambios en la fuerza de trabajo

La mano de obra europea ha cambiado en su composición y seguirá cambiando en las próximas décadas. Tres grandes tendencias pueden observarse.

La primera tendencia es el envejecimiento de la población activa. En todos los países europeos, la edad media de la fuerza de trabajo está aumentando y el porcentaje de trabajadores mayores de 50 años seguirá creciendo. Para el año 2006, se había llegado al punto en que los empleados de cincuenta años superaron a los de treinta. Las previsiones de Eurostat muestran que el número de trabajadores de más edad (entre 55 y 65 años) se ha incrementado en casi un 9% entre el 2005 y el 2010, pero el número de adultos jóvenes (25-39 años) se ha reducido un 4% en el mismo período. Esta tendencia continuará desde 2010 hasta 2030 (trabajadores de más edad > 15,5%, adultos jóvenes <10%) (Eurostat, 2010).

Los expertos que participaron en la elaboración de las previsiones señalan que los trabajadores de mayor edad son más vulnerables que los jóvenes a los riesgos que se derivan de unas condiciones de trabajo deficientes. Además, el hecho de que no se les ofrezca formación permanente agrava la carga mental y emocional, lo que puede repercutir en su salud y elevar las probabilidades de sufrir accidentes laborales. Para promover un trabajo saludable y seguro durante una vida laboral prolongada, han de ofrecerse condiciones de trabajo adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada trabajador, incluidos los de edad avanzada.

Una segunda tendencia es el creciente porcentaje de mujeres en la fuerza de trabajo. Las diferencias en los tipos de trabajos realizados por hombres y mujeres siguen siendo tradicionales, como los tipos de contratos y las oportunidades de desarrollo profesional. Muchas mujeres trabajan en el sector servicios donde hay un alto riesgo de estrés, violencia y factores de riesgo psicosocial. Más mujeres que hombres trabajan en empleos donde las exigencias son altas, pero donde tienen poco control individual sobre su trabajo.

Una tercera tendencia es la inmigración. Los trabajadores inmigrantes están en dos grandes categorías: las personas altamente cualificadas, empleados muy solicitados que por lo general tienen la posibilidad de

obtener los papeles necesarios para vivir y trabajar en el país anfitrión; y los no cualificados, que a menudo tienen dificultades en la obtención de visados y permisos de trabajo, pero son igualmente muy demandados para trabajos con menor estatus, empleos no cualificados y peor pagados, caracterizados por peores condiciones de trabajo, y que los trabajadores nacionales normalmente no quieren realizar. Un problema adicional en estos empleos es que los carteles y advertencias de seguridad y salud en el trabajo son importantes pero inefectivos si no se encuentran en un idioma que los trabajadores puedan leer, o si los niveles de alfabetización son bajos. Los trabajadores inmigrantes están expuestos a mayores riesgos de seguridad en el trabajo que otros trabajadores en puestos similares (Research on the changing world of work, European Agency for Safety and Health at Work, 2002).

Cambios en los contenidos del trabajo

Nuevas formas de trabajar

Las organizaciones modernas son a menudo más descentralizadas y tienden a usar “métodos de producción ajustada” (obtención de bienes y servicios con menor despilfarro). El resultado de estos cambios ha sido una reducción en el personal contratado directamente. Muchas compañías actualmente se limitan a llevar a cabo las funciones básicas de la casa y las funciones auxiliares se han externalizado. Esto da lugar a cadenas de proveedores y subcontratistas. La forma en que funcionan las organizaciones y la forma de trabajo en general se ha vuelto más complicada y menos estable. Hay ahora más inestabilidad en los contratos de trabajo y en los contenidos de los puestos de trabajo. Las empresas hacen un mayor uso de contratos de corta duración, trabajadores temporales y trabajadores independientes o trabajadores por cuenta propia. Muchos empleados manejan volúmenes de información cada vez mayores y han de hacer frente a cargas de trabajo superiores, exigiéndoles mayor flexibilidad y amplitud de tareas junto a una mayor presión en el ámbito laboral. Algunas relaciones contractuales se han hecho más informales. Ha aumentado el número de trabajadores a tiempo parcial, siendo éstos la mayoría mujeres. Las nuevas tecnologías también pueden influir en la manera como la gente se emplea, ya que por ejemplo, hay más posibilidades para trabajar por cuenta propia desde el hogar.

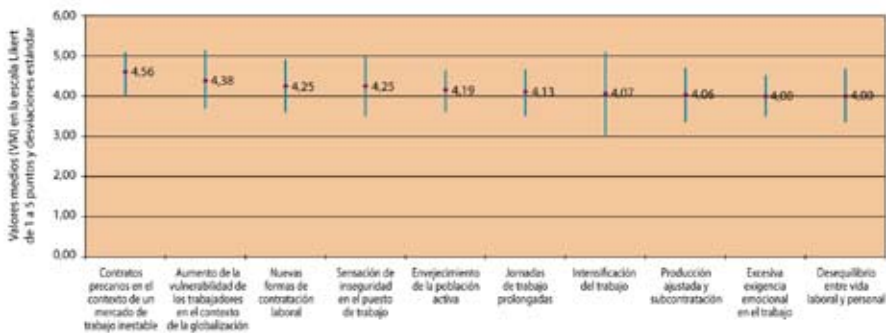
25

La aparición de contratos de trabajo más precarios, junto con la tendencia a la producción ajustada y a la subcontratación, pueden afectar a la salud y la seguridad de los trabajadores. Los trabajadores sujetos a contratos precarios suelen realizar las tareas más peligrosas, trabajar en peores condiciones y recibir menos formación en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Los estudios y los datos cuantitativos muestran que los trabajadores con un contrato temporal o de duración determinada tienen menos seguridad en el trabajo, menos control sobre su tiempo de trabajo, menos perspectivas de desarrollar una carrera profesional, menos formación y tienden a realizar las tareas menos cualificadas. El trabajo en mercados

laborales inestables puede ocasionar sentimientos de inseguridad y acrecentar el estrés profesional. Diversos estudios han mostrado que un aumento del estrés relacionado con el trabajo también aumenta la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (FHA, 2005). Estas cuestiones tienen una dimensión de género, ya que las mujeres son las más presentes en los empleos temporales y a tiempo parcial (Rantanen, 1998).

Figura 2. Riesgos psicosociales emergentes



Los 10 principales riesgos psicosociales emergentes identificados en la encuesta.
 MB: VM > 4: riesgo considerado emergente por amplio consenso; 3,25 < VM ≤ 4: riesgo considerado emergente.

Fuente: Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2005.

Nuevas cualificaciones

El actual proceso de transformación económica y tecnológica requiere una constante renovación y actualización de conocimientos por parte de los trabajadores, los empresarios y las administraciones. Esto favorece a los países con mejores condiciones de satisfacer esta demanda de mejora de la capacidad. En otras palabras, el crecimiento actual es una habilidad de los países desarrollados (Ashton y Sung, 2002).

En los países industrializados, las trabajos que exigen mayores cualificaciones, registran el mayor crecimiento de todas las ocupaciones. Teniendo en cuenta la transformación económica y tecnológica, la capacitación de los trabajadores (educación formal, formación profesional y la formación en actividades específicas de la empresa) asume un papel cada vez más importante para ayudar a las personas a desarrollar habilidades para encontrar y conservar un empleo formal.

Pequeñas y medianas empresas

El porcentaje de pequeñas y medianas empresas (PYMES) se ha incrementado. Las evidencias científicas muestran que los problemas de salud en el trabajo son mucho más altos en las pequeñas empresas. Las pequeñas y medianas empresas pueden carecer de los recursos y los conocimientos necesarios para gestionar la salud laboral. Además en las empresas más pequeñas también puede ser que no exista una estructura de gestión formal, cosa que también afecta a los procesos de gestión de la salud y la seguridad. Cuanto más aumenta el número de PYMES se requieren más inspecciones de trabajo. A medida que el número de estas empresas aumenta, supone una carga adicional sobre las inspecciones de trabajo, tratando de apoyar a un mayor número de lugares de trabajo, ya que generalmente estas empresas son las que tienen menos recursos y conocimientos para abordar las cuestiones de seguridad en el lugar de trabajo (AESST, 2002).

Ritmo y carga de trabajo

El ritmo y la carga de trabajo están aumentando en todos los países de Europa, los 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. Las jornadas laborales son impredecibles, especialmente largas (realización de horas extras no voluntarias), con el fin de semana añadido de trabajo y el uso cada vez mayor de trabajos parciales. Unas cargas de trabajo excesivas y unos horarios laborales variables o impredecibles no parecen haber ido acompañados de un incremento en la autonomía de los empleados sobre sus tareas. Estos nuevos “factores de riesgo” están asociados con la carga psicológica, ya que los horarios de trabajo inestables aumentan los riesgos de enfermedades mentales, cardiovasculares y osteomusculares (Rantanen, 1998; AESST, 2002; 2006).

Crisis y salud mental

No hay datos precisos aún sobre las repercusiones de la actual crisis en la salud porque falta perspectiva, pero la Organización Mundial de la

Salud ya ha avisado que la crisis financiera global probablemente causará un aumento en los problemas de salud mental e incluso en los suicidios, dado que a las personas les cuesta lidiar con la pobreza y el desempleo. Cientos de millones de personas en todo el mundo ya se están viendo afectadas por condiciones mentales como la depresión y el desorden bipolar, y el actual descalabro de los mercados podría exacerbar los sentimientos de desesperación entre las personas vulnerables a estas enfermedades.

En nuestro país, a nivel local, tenemos algunos datos. Por ejemplo, la Unitat de Salut Laboral de Barcelona detectó en el 2009 un aumento del 7%, respecto del año anterior, en los problemas de salud mental. En zonas como el Baix Llobregat, de mayor peso industrial, los servicios de salud elevan hasta el 15% o el 20% el aumento de este tipo de enfermedades. Los servicios de atención primaria y los de salud mental no pueden absorber el aumento de demanda, y no pueden crecer en recursos. Las consecuencias son la hipermedicación y la automedicación, especialmente de ansiolíticos y antidepresivos. Otro efecto es el aumento del consumo de tabaco y de alcohol. Los colectivos más vulnerables a la crisis son las personas menos cualificadas y con menor nivel de estudios y las mujeres con trabajos manuales (Artazcoz, 2010).

Algunos expertos consideran que la actual crisis económica mundial comportará algunos de los retos más grandes que se hayan presentado nunca para la salud pública. Enumeran diez: desnutrición y consumo de alimentos menos nutritivos; incremento de la población sin hogar; el paro y lo que comporta: pobreza relativa, pérdida de autoestima, comportamientos poco saludables, aumento de suicidios, etc.; drogadicción, depresión y otros problemas de salud mental (más tasas de alcoholismo, suicidios...); mortalidad aumentada; salud infantil deteriorada; violencia (producto de la frustración, desesperación por estar en paro, subocupación...); problemas de salud ambiental y laboral; injusticia social y violación de derechos humanos; problemas de disponibilidad, accesibilidad de los servicios de atención médica, etc. Como observan estos autores muchos problemas de salud mental graves vendrán derivados de algunas de las consecuencias de la crisis como el paro, la violencia o la falta de vivienda (Levy y Sidel, 2009).

Consecuencias de estos cambios en el futuro

El mundo del trabajo ha cambiado radicalmente en la organización y la composición y seguirá cambiando en las próximas décadas. Los Estados miembros de Europa tendrán que hacer frente a estos cambios, que pueden tener un impacto positivo o negativo en la seguridad y la salud. Un panorama de las tendencias en el lugar de trabajo y de las posibles consecuencias se muestran en la Tabla 1. Es evidente que la salud pública y las intervenciones de salud laboral en los problemas de salud mental entre los trabajadores serán un reto importante para el futuro si queremos el mantenimiento de una fuerza laboral saludable.

Tabla 1. Cambios en el trabajo en la Unión Europea y posibles implicaciones

CAMBIOS EN LOS CONTENIDOS DEL TRABAJO	POSIBLES CAMBIOS EN MATERIA DE SST / IMPLICACIONES
Tecnologías de la información y comunicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo mental exigente, la carga mental puede ser muy intensa • Posible aumento del estrés si la interface de usuario y el equipo no es fácil de usar • Formación en nuevas tareas, muy importantes, pero no siempre disponibles • Posibilidad de ser supervisado en el ritmo de trabajo por la máquina • Posible falta de conciencia de los riesgos del trabajo
Crecimiento del sector servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Puede tener menos desarrollados los sistemas de seguridad y salud • Gran número de PYMES y trabajadores temporales • Algunas áreas implican atención al cliente, con el posible aumento de riesgos de violencia y estrés • Más servicios de asistencia prestada en la comunidad con personal sin lugar de trabajo fijo

<p><i>Nuevas formas de trabajo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · estructura organizacional más plana · fragmentación e incremento de complejidad · organizaciones más básicas · trabajo a tiempo parcial · trabajadores temporales · trabajadores autónomos · trabajadores en situación precaria, en general 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social de trabajadores • Muchos trabajos menos cualificados y monótonos • Más expuestos a los peligros del trabajo y menos acceso a la formación • Aumento de la tensión relacionada con el trabajo • Un aumento en el estrés relacionado con el trabajo también aumenta la mortalidad cardiovascular • Mayor dificultad en asegurar los servicios de SST, tales como la información o los servicios de salud laboral • Reducción del control de la dirección, incluido el control de la SST • Posible falta de claridad en las responsabilidades y toma de decisiones • Las organizaciones más básicas puede tener menos capacidad para hacer frente a la prevención
<p>Integración y Globalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posible efecto negativo sobre la capacidad para gestionar las relaciones contractuales • Posible factor de estrés • Presiones para adaptar los lugares de trabajo y conjugar eficiencia y calidad • Posible falta de claridad en las responsabilidades en materia de SST y la toma de decisiones
<p><i>Nuevas cualificaciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · ocupaciones de alta cualificación, incluida la asistencia técnica profesional, y categorías de la administración · aumento de la complejidad de las tareas 	<ul style="list-style-type: none"> • Posible pérdida de control sobre el trabajo • Necesidad de formación • Posibilidad de estrés laboral • Posible aumento de los problemas de salud mental y cardiovasculares • Posible confusión sobre las responsabilidades en materia de SST
<p><i>Cambio de las estructuras de gestión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · teletrabajo · aumento trabajo de 24 horas · aumento de intensidad y ritmo de trabajo · funciones variadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Los hogares no diseñados como oficinas • Posible aislamiento social • Aumento trabajo a turnos • Posible aumento de estrés, problemas de salud mental y cardiovascular y la fatiga • Confusión sobre la responsabilidad en materia de SST

Aumento de PYMES y micronegocios	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor tasa de accidentes en PYMES • Falta de estructura de gestión • Falta de recursos y conciencia en materia de prevención • Aumento de inspecciones de trabajo
<p>Cambios en la fuerza de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> · edad · más mujeres en el mundo laboral · inmigración 	<ul style="list-style-type: none"> • Peligro de generalizar sobre disminución de la capacidad por edad sobre la base de la reducción de la capacidad cognitiva y física. La experiencia no siempre se reconoce • Problemas particulares de aprendizaje de nuevas habilidades para enfrentar los cambios • Necesidad especial de formación • Concentración en empleos con alto riesgo de estrés, problemas cardiovasculares, fatiga, y alto riesgo de violencia • Posible estrés si las organizaciones no se adaptan a diferentes culturas • Muchos inmigrantes en los trabajos con peores condiciones laborales
Crisis financiera mundial	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la pobreza y el desempleo • Pérdida de la autoestima • Sentimientos de desesperación en las personas más vulnerables • Hipermedicación y automedicación (ansiolíticos y antidepresivos) • Incremento del consumo de tabaco y alcohol • Injusticia social y violación de derechos humanos • Problemas de disponibilidad y accesibilidad a los servicios médicos

Fuente: European Agency for Safety and Health at Work. Research on the changing world of work – Implications on occupational safety and health in some Member States of the European Union, 2002, 2006, y elaboración propia.

La desigual distribución de los factores de riesgo psicosociales

Situación socioeconómica

Durante las últimas dos décadas se ha producido un aumento de la desigualdad de ingresos en muchos países industrializados. Varios estudios sugieren que la distribución relativa de los ingresos dentro de la sociedad es un determinante muy importante para la salud. Los estudios epidemiológicos han demostrado que la pobreza y otras desigualdades sociales están fuertemente asociados con la enfermedad mental a través de una variedad de mecanismos, incluyendo la mala nutrición, las condiciones de vida antihigiénicas, acceso insuficiente a la atención médica, falta de oportunidades de educación y empleo. La enfermedad mental, a su vez, contribuye a estos resultados, por lo que es un círculo vicioso. Por lo tanto una reducción del gasto social y en salud por parte del estado puede aumentar la carga de la enfermedad mental no tratada y, finalmente, el coste será mayor de lo que se ahorra (Jenkins 2001; Muntaner y Benach, 2010).

33

Un nivel socioeconómico bajo es uno de los principales factores de riesgo para la salud mental. También ha habido un aumento de la pobreza entre las mujeres, con tasas muy altas entre las madres solteras de todos los países de la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo* (OCDE). La pobreza y una condición socioeconómica baja están estrechamente vinculados con problemas de salud mental. La prevalencia de síntomas depresivos en personas con bajos ingresos oscila entre el 49% y el 75%, siendo aún mayor entre las madres solteras (Spencer 2003; Pritchard y Puzey 2004).

La falta de apoyo social y la falta de relaciones sociales son claramente factores de riesgo para la salud mental. El apoyo social se ha convertido en un amortiguador de los eventos estresantes de la vida y un predictor importante del bienestar emocional y físico. La investigación ha demostrado que las mujeres de menor nivel socioeconómico tienen menos recursos para hacer frente a eventos estresantes de la vida, una situación

socioeconómica desfavorable a menudo va de la mano con el menor apoyo social (Bassuk et al 2002; Michelsen y Bildt 2003; Wang et al. 2002).

Uno de los orígenes de una condición socioeconómica baja es la falta de educación, lo que significa que un bajo nivel de educación se convierte en un factor de riesgo para la salud mental. La falta de vivienda o las malas condiciones de ésta son también factores de riesgo. Por otro lado unas mejores condiciones de vida y los avances médicos implican que la gente vive más tiempo, lo que se traducirá en que el número de personas con demencia aumentará rápidamente en los próximos decenios. El estado civil está reconocido como una variable importante asociada con trastornos mentales. Se ha reconocido que parejas duraderas tienen mejor salud mental (Isohanni 1998; Jenkins 2001; Fratiglioni, von Strauss E y Winblad, 2001; Murrell et al. 2003; Outram et al. 2004; Willitts et al. 2004; Wade y Pevalin 2004; Overbeek et al. 2006).

Factores de riesgo psicosocial en el trabajo

Según nos muestran las sucesivas Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo, gran volumen de trabajo y/o estar sometido a mucha presión, es algo relativamente extendido entre la población activa europea. En 2005, casi dos tercios de todos los trabajadores de la UE-25 informó que trabajaban con plazos muy ajustados de entregas y una proporción similar dijo tener que trabajar a un “ritmo elevado”. Alrededor del 40% de todos los trabajadores están expuestos además a tareas monótonas o repetitivas.

La falta de control sobre el trabajo y el escaso apoyo social también son comunes: más de un tercio de los trabajadores no tienen control sobre el orden de las tareas, y una proporción ligeramente inferior no tiene control sobre los métodos de trabajo o el ritmo. Un tercio de todos los trabajadores informa de poco apoyo social por parte de sus colegas profesionales.

El 16% de todos los trabajadores sufre largas jornadas laborales, en particular los hombres (22% frente al 9% para las mujeres). Este resultado refleja el hecho de que las mujeres trabajan más a tiempo parcial (32% versus 7% en hombres). El trabajo por turnos afecta al 17% de la

fuerza de trabajo. La Cuarta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo encontró que los trabajadores por turnos eran más propensos a no tener control sobre las tareas, los métodos y sobre el ritmo de su trabajo. Por otra parte, existe una relación clara entre el trabajo por turnos y la dificultad de compaginar trabajo y otros compromisos sociales (Parent-Thirion et al. 2007).

Comparativamente el número de trabajadores que están expuestos a la intimidación y/o acoso (5%), la discriminación por edad (3%) y la atención sexual no deseada (2%) es relativamente bajo. El último afecta tres veces más a las mujeres trabajadoras que a los hombres trabajadores, en particular a las mujeres jóvenes menores de 30 años de edad. Más de uno de cada dos trabajadores cree que no está bien remunerado por el trabajo que hace y casi dos tercios consideran que su trabajo no ofrece buenas perspectivas de promoción profesional. Ambas opiniones son más frecuentes entre las mujeres. El 13% de todos los trabajadores temen que podrían perder sus empleos en los próximos seis meses.

En la Tabla 2 se resumen algunas de estas condiciones.

Tabla 2. Condiciones de trabajo UE-25 por género

	Total	Porcentaje Hombres	Mujeres
Organización y contenido del trabajo			
Trabajar a ritmo elevado	60	63	56
Trabajar con plazos ajustados de entrega	62	68	54
Tareas cortas y repetitivas < 10 min.	39	37	41
Tareas monótonas	43	42	44
Sin control sobre el trabajo			
Sin control sobre orden de tareas	36	37	36
Sin control sobre los métodos de trabajo	33	33	33
Sin control sobre la velocidad del trabajo	31	31	31
Bajo apoyo social			
Poca colaboración de colegas profesionales	33	33	33
Poca colaboración de los supervisores	44	46	42
Jornada laboral			
Largas jornadas laborales	16	22	9
Trabajo a turnos	17	17	17
Acoso y discriminación			
Intimidación, acoso	5	4	6
Inseguridad laboral, satisfacción salarial y posibilidades de promoción profesional			
Podría perder empleo en los próximos 6 meses	13	13	13
Trabajo mal remunerado	56	53	59
Pocas perspectivas de desarrollo profesional	68	66	71

Fuente: IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, 2005.

Edad

Los trabajadores jóvenes menores de 25 años están más expuestos a condiciones de trabajo relacionadas con el estrés en comparación con la generación anterior, por ejemplo, la realización de trabajos a alta velocidad (67%), las tareas monótonas (52%) y los turnos de trabajo (20%). Además, los trabajadores jóvenes se quejan más a menudo de que no tienen ningún control sobre el orden, métodos o velocidad del trabajo. Por otro lado, dicen que experimentan un mayor apoyo de colegas profesionales o supervisores.

Sector de actividad y ocupación

Los sectores más afectados por el trabajo a ritmo elevado y con plazos ajustados son la construcción, la hostelería, el transporte y las comunicaciones (todos con más del 70% en al menos una de las dos categorías). En cuanto a las profesiones, son los trabajadores de oficios artesanales y operadores de instalaciones y máquinas los que más a menudo tienen una alta intensidad de trabajo. El trabajo en estos sectores también es más probable que esté asociado con el desempeño de las tareas repetitivas y monótonas, especialmente en la fabricación y la agricultura (Tablas 3 y 4).

La falta de control sobre el trabajo es más común entre los trabajadores de la industria manufacturera y la minería, hostelería, transporte y comunicación. Por ocupaciones, el menor control sobre el orden, los métodos y la velocidad del trabajo se puede encontrar entre los operadores de instalaciones y máquinas, en las oficios no cualificados y en las fuerzas armadas, mientras que los altos directivos, managers, agricultores y pescadores reportan los más altos niveles de control. El apoyo de colegas profesionales y supervisores es menos común para los oficios no cualificados, así como para los trabajadores agrícolas. La falta de apoyo social, declarada por los trabajadores agrícolas es, sin duda, debida a la alta tasa de empleo por cuenta propia y sin empleados en este sector.

Los trabajadores de la agricultura y la pesca, así como los de hostelería revelan una tasa relativamente alta de largas jornadas de trabajo. Por ocupación, son los trabajadores agrícolas y los altos directivos los que más

a menudo trabajan diez horas al día. El trabajo a turnos es más común entre los empleados en hostelería, el transporte y las comunicaciones.

Los trabajadores de hoteles y restaurantes y de la construcción son los más preocupados por perder sus empleos en los próximos seis meses. Por profesión son los instaladores de máquinas y trabajadores no cualificados los que temen por su empleo.

Los trabajadores del sector educativo, sanidad y hostelería son los que sienten mayores niveles de intimidación y acoso.

Tabla 3. Distribución de condiciones laborales por sector económico (%)

Sector	Condiciones de trabajo																	
	Trabajar a ritmo elevado	Trabajar con plazos ajustados de entrega	Tareas cortas y repetitivas	Tareas monótonas	Sin control sobre orden de tareas	Sin control sobre los métodos de trabajo	Sin control sobre la velocidad del trabajo	Poca colaboración de colegas profesionales	Poca colaboración de los supervisores	Media semanal de horas de trabajo	Largas jornadas laborales	Trabajo a turnos	Intimidación, acoso	Podría perder empleo en los próximos 6 meses:	Trabajo mal remunerado	Pocas perspectivas de desarrollo profesional		
Agricultura y pesca	62	66	36	58	24	23	18	42	52	48	38	5	4	11	76	90		
Fabricación	65	69	42	49	48	42	39	33	45	40	12	25	4	16	57	72		
Electricidad, gas y agua	54	63	42	43	27	23	15	31	39	40	13	16	6	14	48	53		
Construcción	73	77	49	50	42	37	35	28	45	42	16	5	3	18	47	67		
Comercio mayorista y minorista	60	53	42	42	38	34	34	34	44	38	14	16	6	15	58	73		
Hostelería y restauración	76	67	50	49	44	42	43	31	47	39	28	30	9	20	61	75		
Transportes y comunicación	64	73	34	46	45	44	37	38	47	40	25	24	7	14	56	70		
Intermediación financiera	55	67	32	36	21	28	23	25	32	37	13	6	2	8	35	44		
Servicios inmobiliarios	55	70	30	37	26	24	20	35	43	37	19	9	3	15	47	54		
Administración pública y defensa	51	57	31	43	37	32	29	23	36	38	15	18	5	7	51	58		
Educación y salud	51	51	35	34	32	23	27	27	41	32	12	21	8	8	61	69		

Fuente: IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, 2005.

Tabla 4. Distribución de condiciones laborales por ocupación (%)

Ocupación	Condiciones de trabajo															
	Trabajar a ritmo elevado	Trabajar con plazos ajustados de entrega	Tareas cortas y repetitivas	Tareas monótonas	Sin control sobre orden de tareas	Sin control sobre los métodos de trabajo	Sin control sobre la velocidad del trabajo	Poca colaboración de colegas profesionales	Poca colaboración de los supervisores	Media semanal de horas de trabajo	Largas jornadas laborales	Trabajo a turnos	Intimidación, acoso	Podría perder empleo en los próximos 6 meses	Trabajo mal remunerado	Pocas perspectivas de desarrollo profesional
Altos directivos	60	66	29	35	15	13	18	36	52	46	37	9	4	6	44	58
Profesionales	51	60	27	28	24	17	19	30	40	36	16	12	6	9	49	53
Técnicos	58	64	35	32	29	26	26	26	36	37	12	14	5	11	51	60
Trabajadores de oficina	58	62	39	45	36	36	32	29	37	35	5	13	6	15	54	66
Trabajadores de servicios y ventas	61	50	43	42	38	38	37	35	44	35	16	26	6	14	59	69
Trabajadores de agricultura y pesca	62	70	38	61	17	12	15	46	61	50	46	3	3	7	81	92
Artesanos y trabajadores cualificados industria manufacturera	72	77	48	50	50	39	36	31	46	41	13	17	4	16	56	74
Operarios de maquinaria	67	68	46	59	65	61	51	37	47	42	20	35	4	19	64	86
Trabajadores no cualificados	54	49	45	56	45	42	38	42	53	34	11	19	6	19	64	85
Fuerzas armadas	59	52	27	37	45	41	39	22	46	42	27	18	1	8	49	43

Fuente: IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, 2005.

Diferencias entre países

Un empleo con alta intensidad de trabajo, se indica en las respuestas a las preguntas sobre “trabajo a muy alta velocidad” y “trabajar con plazos ajustados”. Esto es más común en los países UE-15 que en los nuevos Estados miembros, mientras que las tareas monótonas y turnos de trabajo están más generalizados a la inversa. Las tasas más altas de trabajo a turnos se encuentran en Eslovenia (30%) y Eslovaquia (28%), la más baja en Dinamarca (9%) y en Portugal (10%). El apoyo de los compañeros y la asistencia de los superiores es más común entre los trabajadores de los nuevos Estados miembros que en los “antiguos” Estados miembros (Tabla 5).

Los encuestados de Chipre, la República Checa, Alemania y Grecia estaban más de cerca la categoría de una organización del trabajo con alta tensión, mientras que los países nórdicos estaban más de cerca del enfoque de una organización “activa” del trabajo con altas demandas y alto control sobre el proceso del trabajo.

Uno de cada cuatro trabajadores de los nuevos Estados miembros piensa que podría perder su trabajo en los próximos seis meses en comparación con uno de cada diez en la UE-15. En lo que respecta al acoso, la Cuarta Encuesta Europea encuentra grandes variaciones entre países, que van desde el 17% en Finlandia y el 12% en los Países Bajos, al 3% en Chipre, Estonia y Hungría y el 2% en Italia.

Tabla 5. Condiciones laborales: principales diferencias entre estados “antiguos” y nuevos miembros de la UE

	UE25	UE15	UE10
Trabajar a ritmo elevado	60	61	52
Trabajar con plazos ajustados de entrega	62	62	59
Tareas cortas y repetitivas	39	40	30
Tareas monótonas	43	42	49
Poca colaboración de colegas profesionales	33	35	23
Poca colaboración de los supervisores	44	46	34
Largas jornadas laborales	16	15	20
Trabajo a turnos	17	16	23
Podría perder empleo en los próximos 6 meses	13	11	25
Trabajo mal remunerado	56	53	71
Pocas perspectivas de desarrollo profesional	68,4	67	76,1

Fuente: IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, 2005.

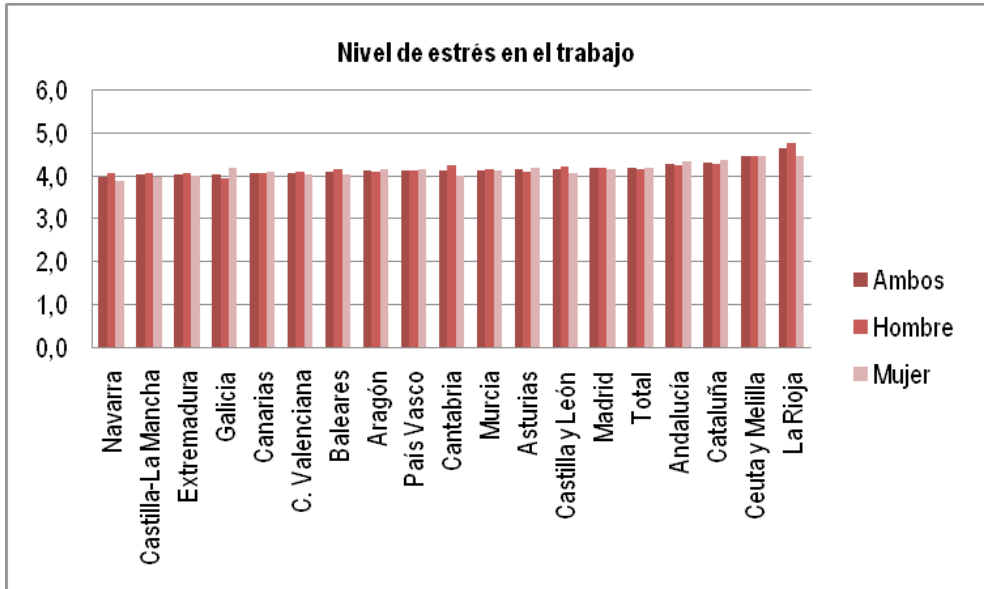
Diferencias entre Comunidades Autónomas

Por primera vez en 2006, la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2006), dedica un módulo a las condiciones laborales de los encuestados.

Los resultados que se presentan en la Figura 3 muestran que, en relación con el estrés, no hay diferencias marcadas entre las distintas Comunidades Autónomas (media de 4 a 4,7). Navarra, seguida de Castilla La Mancha, Extremadura y Galicia, son las que declaran padecer menos estrés laboral. En las 3 primeras son las mujeres las que manifiestan tener menor estrés, y en Galicia, por el contrario, son los hombres. En el extremo

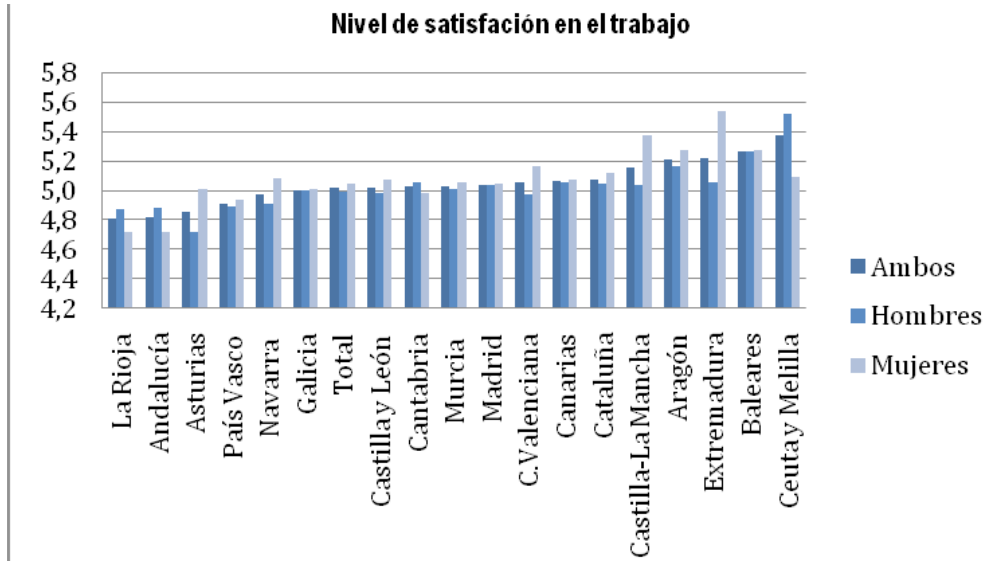
superior y por encima de la media de España, se sitúan La Rioja, Ceuta y Melilla, Cataluña y Andalucía. Tampoco hay diferencias marcadas entre población femenina y masculina.

Figura 3. Nivel de estrés en el trabajo, Encuesta Nacional de Salud, España 2006.



Al igual que pasa con el estrés, tampoco se observan diferencias importantes entre las distintas Comunidades Autónomas (media 4,8 a 5,4) en cuanto al nivel de satisfacción en el trabajo. Los que dicen estar más satisfechos en el trabajo son Ceuta y Melilla, Extremadura y Baleares y los menos satisfechos La Rioja, Andalucía y Asturias (Figura 4). Podemos decir que Andalucía y la Rioja son las Comunidades Autónomas que refieren tener peor situación en estas condiciones laborales.

Figura 4. Nivel de satisfacción en el trabajo, Encuesta Nacional de Salud, España 2006.



El impacto del trabajo en la esfera mental

En los últimos años, ha habido un cambio en las preocupaciones principales de la salud laboral, de los factores físicos hemos pasado al impacto de los factores psicosociales en la salud. Es evidente que la vida laboral moderna es físicamente más segura pero es mucho más exigente mentalmente. Como consecuencia de esto, la investigación sobre factores de riesgo relacionados con el trabajo (incluidas las cuestiones de salud mental) ahora se centra en estos factores (Stansfeld et al. 2003).

El estrés laboral es el resultado de un desajuste entre lo que se requiere de los trabajadores y sus capacidades, recursos o necesidades. Se caracteriza por lo siguiente (Boedecker y Klindworth, 2007).

Demandas: el estrés se produce en muchas circunstancias diferentes, pero es particularmente fuerte cuando la capacidad de una persona se ve amenazada por las demandas. La inseguridad sobre el rendimiento satisfactorio y el miedo a las consecuencias negativas derivadas de la falta de rendimiento puede provocar emociones negativas de gran alcance como ansiedad, ira o irritación. Los riesgos psicosociales como el diseño del trabajo, la organización y la gestión, una elevada exigen-

cia de la tarea y el poco control sobre el trabajo, junto con cuestiones como el acoso y la violencia en el trabajo, puede causar estrés laboral. Los riesgos físicos, como el ruido y la temperatura, también pueden causar o añadir estrés laboral.

Apoyo social: la experiencia del estrés se intensifica cuando no hay ayuda disponible de colegas o supervisores. El aislamiento social y la falta de cooperación aumenta el riesgo de estrés prolongado en el trabajo. Por el contrario, el desempeño de tareas con un alto grado de control personal y la variedad de habilidades en un ambiente de trabajo con buenas relaciones sociales de colaboración y apoyo, es una contribución positiva al bienestar de los trabajadores y a la salud. Cuando las exigencias del trabajo superan las capacidades del empleado pero éste es capaz de percibir la situación como una oportunidad, entonces se convierte en una situación de aprendizaje y desarrollo.

Efectos: el estrés laboral no es una enfermedad, pero si es intensa y se prolonga por algún tiempo, se cronifica y puede conducir a problemas de salud mental y de salud física. Aunque el proceso de evaluación de demandas y recursos es psicológico, los efectos del estrés pueden ser muy perjudiciales para la salud física y social, la innovación y la productividad. Con respecto a la salud mental y la enfermedad cardiovascular, es importante señalar que las respuestas a corto plazo para el estrés incluyen respuestas fisiológicas (por ejemplo, presión arterial elevada), psicológicas (irritabilidad, tensión) y de comportamiento (fumar o consumo excesivo de alcohol).

Estrés laboral y alteraciones mentales

El estrés laboral se ha relacionado con un aumento del riesgo para una amplia gama de trastornos mentales. Estos trastornos incluyen síntomas típicos (por ejemplo, agotamiento mental, irritabilidad, sentimientos depresivos, síndrome de burn-out), así como también trastornos mentales como la depresión mayor, la ansiedad o la dependencia del alcohol (Figura 5).

Figura 5. Asociación el estrés laboral y los trastornos mentales



Fuente: Boedeker y Klindworth, *Hearts and minds at work in Europe*, 2007

43

El riesgo de un trastorno mental común se incrementa (en un 80%) entre los trabajadores que sufren alto estrés laboral o que perciben desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, en comparación con los trabajadores con bajos niveles de estrés. Además, poco apoyo social o pobres relaciones interpersonales en el trabajo también se asocian con un aumento del riesgo (30%). El riesgo de morbilidad psiquiátrica es dos veces más alta entre los trabajadores con conflictos interpersonales en el trabajo en comparación con aquellos que no tienen conflictos (Stansfeld et al. 1998; Stansfeld y Candy 2006).

Las asociaciones entre el estrés laboral y las enfermedades mentales son más fuertes en hombres que en mujeres, y están relacionados con las bajas por enfermedad y el aumento de las tasas de jubilación anticipada. Por ejemplo, en los hombres el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa aumenta el riesgo de la jubilación anticipada debido a los trastornos psiquiátricos en un 50%. Las trabajadoras muestran un aumento del riesgo del 30%. En total se ha estimado que un promedio del 19% de los casos de depresión entre las mujeres y del 12% entre los hombres se deben al estrés laboral (LaMontagne et al. 2006; Bödeker et al. 2006).

En un contexto de creciente inseguridad en el empleo y aumento del desempleo, los siguientes datos son significativos: los trabajadores que experimentan la pérdida de empleo o que sufren de inseguridad laboral crónica muestran un riesgo claramente mayor de morbilidad psiquiátrica que los que tienen un empleo seguro. Un estudio australiano calcula que los trabajadores que informaron de un alto estrés laboral en combinación con alta inseguridad en el empleo, tenían catorce veces más probabilidades de experimentar una depresión que los que tenían trabajos seguros y estables (Ferrie et al. 2002; Stansfeld y Candy 2006; LaMontagne et al. 2006).

En la Encuesta de Condiciones de Trabajo Europea llevada a cabo en el año 2000, el 28% de los trabajadores en la UE-15 sufría de estrés en el trabajo. El estudio llevado a cabo un año más tarde en los países candidatos revela tendencias similares: el 28% de los trabajadores de los 12 países candidatos sufría de estrés. En términos de cifras, el 23% de los trabajadores de la UE-15 informó de que el trabajo le afectaba causando fatiga general, el 15% informó de que el trabajo les provocaba dolores de cabeza, el 11% que el trabajo les hace elevar su irritabilidad, el 8% reportó problemas para dormir, y el 7% de ansiedad. En la encuesta de 2001 realizada en los países candidatos, las cifras siguen la misma tendencia (Tabla 6), a excepción de la fatiga general que fue casi dos veces superior en los países candidatos que en la UE-15, 41% y 23% respectivamente (Paoli y Merllié, 2000; Paoli y Parent-Thirion, 2003).

Tabla 6. Prevalencia y tendencias en el tiempo del estrés laboral

Pregunta	EU15			CC12	NMS10	AC2
	1995	2000	2005	2001	2005	2005
¿Afecta tu trabajo a tu salud?	57	60	31	69	56	53
Estrés	28	28	20	28	30	31
Fatiga generalizada	20	23	18	41	41	44
Dolores de cabeza	13	15	13	15	24	28
Dolor de espalda	30	33	21	34	39	39
Irritabilidad	11	11	10	11	12	11
Problemas para dormir	7	8	8	8	12	16
Ansiedad	7	7	8	7	7	9
Enfermedad del corazón	1	1	1,4	4,8	5,6	8,1

EU15: Estados Miembros de la UE antes de la adhesión de Mayo 2004

CC12: Países Candidatos (10 de ellos) unido a la EU en Mayo 2004

EU10: Países que se unieron a la UE en Mayo 2004

AC 2: Acceding Countries (Romania and Bulgaria) que se unieron a la UE en Enero 2007

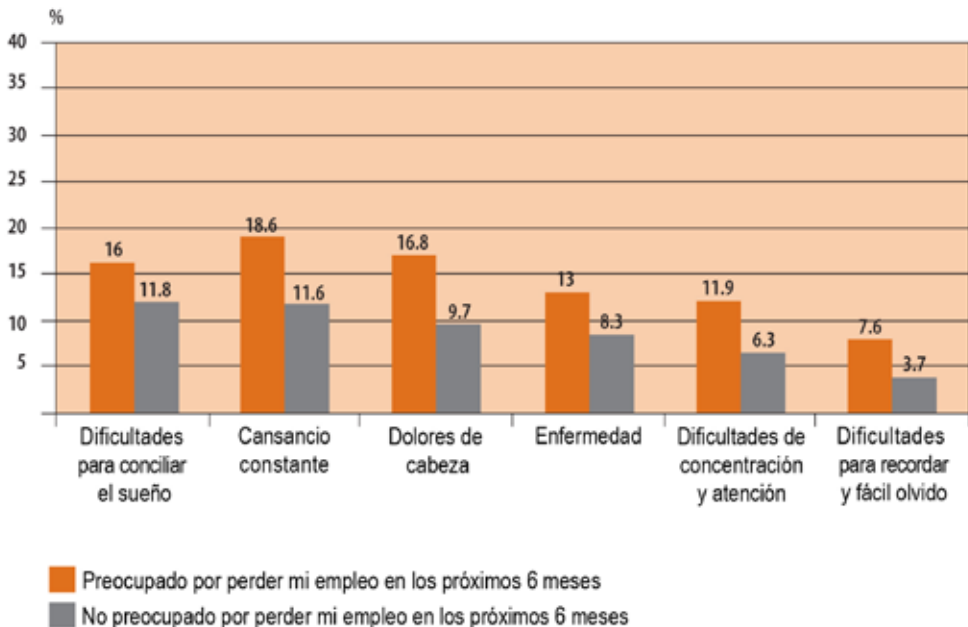
EU25: Estados miembros hasta Enero 2007

EU27: Estados Miembros de la UE tras la adhesión de Enero 2007

Fuente: European Agency for Safety and Health at Work, 2008.

Según la VI Encuesta Española de Condiciones de Trabajo, el 14,5% de los trabajadores estaban preocupados por perder su empleo durante los próximos 6 meses. Esa percepción de inseguridad en el empleo se relaciona con la edad: siendo el 25,8% de los trabajadores de 16-24 años, y el 7,2% en el grupo de 55-64 años. También se observa que el 16% de los trabajadores que temían por la pérdida de su empleo, en los próximos seis meses mostraban problemas tales como dificultad para conciliar el sueño o dormir mal en comparación con el 11,8% de los trabajadores que no los informó. El mismo patrón se observó en la presentación de otros síntomas: entre los trabajadores que temen perder sus puestos de trabajo el 18,6% reportó la sensación de cansancio constante, en comparación con un 11,6% que no; dolores de cabeza 16,8% y 9,7% respectivamente; enfermedad el 13% y el 8,3% respectivamente; dificultades para concentrarse y mantener la atención 11,9% y 6,3%; y dificultades para recordar, u olvidar las cosas fácilmente, 7,6% y 3,7% respectivamente (Figura 6).

Figura 6. Problemas de salud debidos a inseguridad laboral en trabajadores españoles



Fuente: VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2007

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2006) referidos al nivel de estrés en el trabajo en relación con la clase social del sustentador principal y su situación laboral se muestran en las Figuras 7 y 8. Los porcentajes son muy parecidos, tanto para hombres como para mujeres, y los que manifiestan peores situaciones de estrés en el trabajo alcanzan porcentajes del 22%.

Al valorar el nivel de estrés por situación laboral del sustentador principal observamos que las medias son bastante homogéneas, con la excepción de los trabajadores de Ayuda familiar que sufren menor estrés (Figura 7). Los resultados por clase social del sustentador principal se muestran en la Figura 8.

Figura 7. Nivel de estrés por situación laboral.

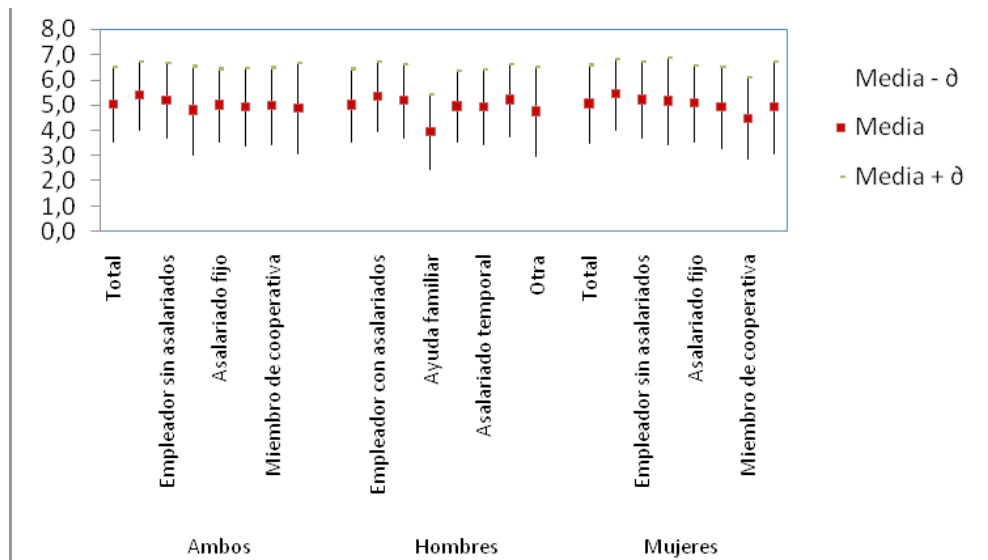
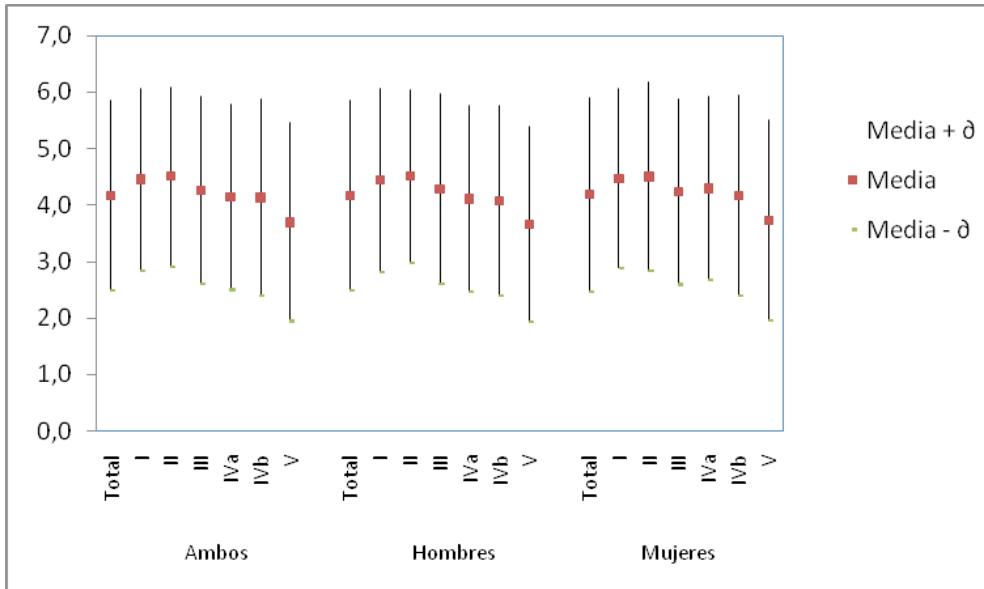
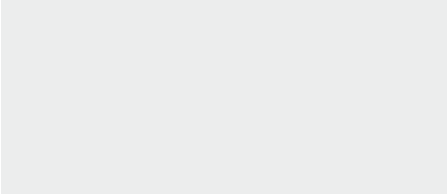


Figura 8. Nivel de estrés según clase social basada en la ocupación.



Las asociaciones entre el estrés laboral y los problemas de salud mental o las enfermedades mentales se encuentran, además, en las siguientes condiciones de trabajo:

- Existe una fuerte asociación entre el acoso laboral y la depresión. Los trabajadores que han sufrido acoso laboral (bullying) corren un riesgo cuatro veces mayor de depresión que los que no han sido acosados. Por otra parte, la Cuarta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo encontró que las personas afectadas por violencia, intimidación y acoso en el trabajo tienden a referir niveles más altos de ansiedad y de irritabilidad (Kivimaki et al. 2006; Parent-Thirion et al. 2007).
- El estrés laboral puede ser responsable de problemas del sueño. Estos problemas están especialmente asociados con la depresión y el síndrome de burn-out. Se encontró que los trabajadores expuestos a estrés en el trabajo (medido por la exposición a un alto desequilibrio entre esfuerzo y recompensa) son cuatro veces más propensos a sufrir alteraciones del sueño. El trabajo a turnos y semanas de trabajo largas son identificados también como factores de riesgo para los problemas graves del sueño (Akerstedt, 2006).



· Como se mencionó anteriormente, también existe una asociación entre el estrés laboral y el consumo excesivo de alcohol y su dependencia, especialmente entre los hombres (Siegrist y Rödel, 2006).

Los trastornos mentales en la carga global de enfermedad

En general, la tasa de mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento para las personas menores de 64 años es relativamente baja en la UE-25 en comparación con las otras causas de muerte. Sin embargo, los trastornos mentales están relacionados con tasas de aumento de la mortalidad por otras causas. De acuerdo con los resultados de un estudio realizado en Finlandia, los hombres y las mujeres con algún trastorno mental muestran un riesgo elevado de muerte por causas naturales, en particular por enfermedad cardiovascular y enfermedades respiratorias (Joukamaa et al., 2001). El seguimiento de más de 800 trabajadores desde 1973 por los investigadores del Instituto Finlandés de Salud Laboral y la Universidad de Helsinki confirmó que el estrés laboral duplica el riesgo de muerte cardiovascular.

49

La enfermedad mental grave es tan debilitante como la enfermedad física y con los mismos efectos a largo plazo en la supervivencia de los trabajadores. Una de cada dos personas en los países industrializados desarrollará un trastorno mental en algún momento de su vida, y un trastorno psiquiátrico lo suficientemente grave como para impedirle trabajar. También aumentará en ella el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular, algunos cánceres o riesgo de cometer suicidio (Melchior et al., 2010).

El equipo de Melchior analizó una base de datos con información de 19.962 trabajadores de Francia; se concentró en el absentismo por enfermedad, ya sea por motivos psiquiátricos o físicos, entre 1990 y 1992. Luego, asoció esos datos con los datos de la mortalidad registrada entre 1993 y el 2008. Se consideraron factores de riesgo como la edad y otras bajas por enfermedad. Los trabajadores que no habían ido a trabajar por motivos psiquiátricos tenían mucho más riesgo de morir que los empleados sin baja laboral por enfermedad: seis veces más por suicidio, casi el doble por enfermedad cardiovascular y más de 1,5 veces por cánceres asociados con el tabaquismo.

Por otra parte existe un mayor riesgo de suicidio. Aunque el suicidio o intento de suicidio no es una medida directa de las enfermedades mentales, podría ser visto como una posible consecuencia de problemas de salud mentales. Se estima que hasta un 90% de los casos de suicidio son precedidos por un historial de enfermedades mentales, sobre todo por la depresión (Boedeker, 2007).

En la actualidad, en la UE, hay alrededor de 58.000 suicidios cada año (más que las muertes anuales por accidentes de tráfico (50.700). En el grupo de edad de 20-44 años, el suicidio es responsable del 12% de todas las muertes y por lo tanto casi tan comunes como los accidentes de transporte (13%). Con respecto a este riesgo elevado de muerte por causas naturales y el suicidio, el estudio realizado en Finlandia encontró que, en comparación a las personas sin trastornos mentales, los hombres tienen 1.6 veces y las mujeres 1,4 veces más riesgo (Joukamaa et al., 2001).

La Organización Mundial de la Salud estima que los trastornos depresivos representan por sí solos casi el 15% de los “años vividos con discapacidad” como resultado de enfermedades crónicas en Europa. La discapacidad funcional asociada con trastornos mentales es elevada y muchas veces supera la de los trastornos físicos crónicos, tales como enfermedades del corazón o diabetes.

Según la revisión *Size and Burden of Mental Disorders in Europe*, más del 27% de la población europea adulta (18-65 años) presentará al menos una forma de trastorno mental durante un determinado año. Esto significa que alrededor de 83 millones de personas sufren trastornos mentales anualmente. Además los datos disponibles en algunos de los estudios revisados, sugieren también que casi una de cada dos personas en la UE es o ha sido afectada por trastornos mentales en algún momento de su vida (Wittchen y Jacobi, 2005).

Los dos trastornos mentales más comunes entre las personas de 18 a 65 años en la UE son la depresión y la ansiedad. La prevalencia durante 12 meses de la depresión mostró un rango del 3-10%. Los trastornos de ansiedad mostraron una prevalencia del 12% en un año para la población adulta. Los trastornos con menor presencia en la población fueron los trastornos alimenticios, los obsesivo-compulsivo y las adicciones a sustancias ilegales (Tabla 7).

Tabla 7. Número estimado de los sujetos en la población general de la UE (18 a 65 años) afectados por trastornos mentales en los últimos 12 meses

Diagnóstico (DSM-IV)	estimación 12 meses	
	%	millones
Depresión	6,9	18,4
Fobias específicas	6,4	18,5
trastornos somatomorfos	6,3	18,9
Dependencia del alcohol	2,4	7,2
Fobia social	2,3	6,7
Trastorno de pánico	1,8	5,3
Trastorno de ansiedad generalizada	1,7	5,9
Agorafobia	1,3	4
Trastorno bipolar	0,9	2,4
Trastorno psicótico	0,8	3,7
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,7	2,7
Dependencia de sustancias ilegales	0,5	2
Trastornos alimenticios	0,4	1,2
Cualquier trastorno mental	27,4	82,7

Fuente: Wittchen y Jacobi, 2005.

Cronicidad y comorbilidad

Los trastornos mentales y adictivos son a menudo enfermedades de larga duración, crónicas y recurrentes. La Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) encontró una media de duración de los episodios depresivos de tres meses. Además, alrededor del 20% de las personas con depresión tuvo un episodio crónico (duración de 24 meses o más). Una característica importante es la comorbilidad con otros trastornos mentales y físicos. La comorbilidad es la presencia o efecto de uno o más trastornos o enfermedades, además de una enfermedad o trastorno primario. Se ha estimado que más del 50% de los trastornos mentales son comórbidos. Por lo tanto diagnósticos de sólo depresión o trastorno de ansiedad únicamente son relativamente difíciles de dar (Spijker et al. 2002; Wittchen y Jacobi 2005).

The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) encontró que el 53% de las personas que sufrían depresión habían tenido al menos algún otro trastorno mental, durante los

12 meses anteriores, concretamente, ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de pánico y trastornos de estrés post-traumático. Con respecto a los trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de pánico, las tasas fueron del 69% y 64%, respectivamente. Comparado con esto, las tasas de comorbilidad de la dependencia del alcohol y el abuso del alcohol son relativamente bajos (28% y 21%) (ESEMeD, 2004).

Los datos muestran que los patrones de comorbilidad y la cronicidad de las enfermedades mentales son importantes cuestiones en relación con el desarrollo de estrategias de prevención adecuadas.

Género y edad

A pesar de la considerable variación en los métodos y diseños de los estudios en cuestión, hay una clara evidencia y consistencia de mayores tasas de prevalencia de 12 meses de los trastornos mentales en mujeres que en hombres. Según el estudio ESEMeD, la prevalencia de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad es por lo menos dos veces mayor en mujeres que en hombres (Tabla 8). Por otra parte, los hombres tienen puntuaciones consistentemente más altas para la salud mental positiva y menores niveles de malestar psicológico que las mujeres. Por el contrario, los hombres eran más propensos a sufrir trastornos de abuso del alcohol y de sustancias. Esta diferencia de género es bastante constante en todos los países (The Mental Health Status of the European Population, 2003; ESEMeD 2004).

Tabla 8. Prevalencia de trastornos mentales en los últimos 12 meses en seis países europeos (%)

	Total	Hombres	Mujeres
Trastorno mental	9,6	7,1	12
Trastorno del estado de ánimo	4,2	2,8	5,6
Trastorno de ansiedad	6,4	3,8	8,7
Problemas con el alcohol	1,0	1,7	0,3

Fuente: ESEMed, 2004.

Las diferencias significativas de género se encontraron para el trastorno del estado de ánimo de ansiedad comórbido. Los trastornos de

ansiedad son tres veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Por el contrario, el alcohol fue claramente más común entre los hombres (ESEMeD, 2004).

Las tasas de suicidio también revelan diferencias notables entre hombres y mujeres: la tasa es mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres. En la UE-25 en su conjunto, la tasa para los varones fue de 16 por 100.000 y para las mujeres casi el 5 por 100.000 en 2004. Esta proporción varía de un país a otro.

La Tabla 9 presenta el desglose de las estimaciones de prevalencia. Con la excepción de la dependencia de sustancias, que fue más frecuente entre los jóvenes, la prevalencia de los trastornos mentales sólo difiere ligeramente entre los distintos grupos de edad. Esto apunta a otra característica importante de los trastornos mentales: mientras que las condiciones de discapacidad de otras enfermedades, como las cardiovasculares, son más relevantes en la vida adulta, los trastornos mentales y del comportamiento a menudo comienzan a una edad relativamente temprana, en particular la ansiedad y los trastornos somatomorfos. Esto puede significar que las personas pueden vivir durante mucho tiempo bajo los efectos de la mala salud mental. Sin embargo, también significa que, además de efectos negativos sobre la vida privada, los trastornos mentales son a menudo perjudiciales para sus carreras profesionales y la productividad, porque están presentes durante los años de formación y de incorporación y desarrollo de la carrera profesional.

Tabla 9. Prevalencia de trastornos mentales en los últimos 12 meses por sexo y edad

	Mujeres				Hombres			
	Total	18-34	35-49	50-65	Total	18-34	35-49	50-65
Trastorno afectivo/estado de ánimo	12,2	10,7	14,2	11,8	6,1	7	6,2	4,8
Trastorno de ansiedad	16,3	17	15,9	16,2	7,8	7	8	8,4
Trastorno somatomorfo	15	14,9	15,2	14,7	7,1	5,7	7,3	8,6
Trastorno psicótico	2,5	3,2	1,9	2,4	2,6	2,6	3,2	1,9
Dependencia de sustancias	1,3	1,7	1,6	0,4	5,6	9,6	3,9	2,9
Cualquier Trastorno mental	33,2	35,1	33,5	31	21,7	23,3	22	19,4

Fuente: Jacobi, 2005.

Los datos del sistema de salud de Alemania, Austria y Suecia indican que los días de trabajo perdidos por bajas por enfermedad debidos a trastornos de salud mental, aumentan con la edad (tabla 10). Por ejemplo, en Austria el número de días de baja por enfermedad por cada 1.000 empleados en el grupo de edad de 51-60 años es 2,5 veces mayor, y la duración de la baja por enfermedad, es casi dos veces mayor que en el grupo de 21 a 30 años, aunque la diferencias entre los grupos de edad en algunos países son menos marcadas.

Los empleados mayores de 60 años son una excepción porque revelan una tasa relativamente baja de casos de baja por enfermedad. En Austria, muestran la menor probabilidad de enfermarse de todos los sectores de edad. Esto podría ser explicado por la menor incidencia de problemas de salud mental o un proceso de selección, ya que las personas con enfermedades crónicas graves por lo general han dejado de trabajar a la edad de 60 años (Tabla 10).

Tabla 10. Baja por enfermedad debida a trastornos mentales y del comportamiento

Edad	Días de baja por cada 1000 empleados			Bajas por cada 1000 empleados			Duración de cada baja (días)		
	Austria	Alemania	Suecia	Austria	Alemania	Suecia	Austria	Alemania	Suecia
<=20	155,09	227,81	243,99	8,59	18,02	0,83	18,3	12,6	90,6
21-30	283,57	710,55	2092,54	12,05	28,97	5,42	23,5	24,5	151,2
31-40	441,07	915,56	4436,41	14,91	29,65	11,03	28,6	30,9	222,5
41-50	572,13	1305,71	5695,59	17,1	37,59	13,84	33,5	34,7	271,3
51-60	716,31	1798,66	5503,46	16,69	41,92	13,1	42,9	42,9	315,5

Fuente: Boedeker y Klindworth, *Hearts and minds at work in Europe*, 2007.

La Tabla 11 muestra la asociación entre el suicidio y las tasas de lesiones autoinfligidas y la edad, tanto en hombres como en mujeres. En general, las tasas tienden a aumentar con la edad. En la UE-25 en su conjunto, las tasas entre las personas de 60 a 75 años es del doble que los de 15-29 años.

Tabla 11. Suicidio y autolesiones en población activa de UE-25 por edad y sexo, 2004

		15-29	30-44	45-59	60-75
UE25	Total	8,4	14,1	18	16,6
	Hombres	13,7	22,4	27,7	25,6
	Mujeres	3	5,7	8,5	8,8
UE15	Total	7,4	12,7	15,1	15,1
	Hombres	11,7	19,6	22,2	22,7
	Mujeres	3	5,7	8,1	8,5
UE10	Total	12,7	22,2	31,5	25,2
	Hombres	22	38,3	54,4	45
	Mujeres	3,1	5,9	10,1	10,8

Fuente: OMS / Europa, 2006, tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000.

Posición socioeconómica y ocupación

Las revisiones recientes han mostrado la evidencia constante de la relación negativa entre la posición socioeconómica y la mala salud mental. Los llamados trastornos mentales comunes (sobre todo la depresión no psicótica y la ansiedad) son significativamente más frecuentes en poblaciones con desventajas sociales (medido por el nivel educativo, situación laboral, ingresos o situación económica). Las asociaciones más consistentes fueron con el desempleo, la baja educación, los bajos ingresos o el bajo nivel de vida. Según los resultados del estudio ESEMeD, los desempleados tienen un riesgo 2,5 veces mayor de sufrir cualquier trastorno mental en comparación con los asalariados y un 80% más de riesgo de depresión. Este riesgo es particularmente elevado en relación con los trastornos afectivos y trastornos de alcoholismo. Los encuestados con discapacidad o con enfermedad también tenían un mayor riesgo de trastornos del estado de ánimo y ansiedad (ESEMeD 2004; The state of mental health in the European Union, 2004; Fryers et al. 2005).

Además, los resultados de la Cuarta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo de 2005 indican que la prevalencia de problemas de salud relacionados con los trastornos mentales difiere ampliamente entre los sectores económicos y ocupaciones. Las tasas más altas de estrés se registraron en los sectores de la "agricultura y pesca" y en "educación y salud". En el primero se muestran altos niveles de fatiga general y problemas para dormir, mientras en el segundo las tasas de ansiedad e irrita-

bilidad son comparativamente más altos (Tabla 12). Los trabajadores del sector de la construcción también muestran una tasa relativamente alta de fatiga general, mientras que la irritabilidad fue más frecuente entre los trabajadores de hoteles y restaurantes, y en el sector del transporte y la comunicación. Por el contrario, los trabajadores de la intermediación financiera, sector inmobiliario y de comercio al por mayor y al por menor, mostraron niveles relativamente bajos de problemas relacionados con la salud mental.

Tabla 12. Trabajadores que sufren estrés laboral, fatiga general, ansiedad e irritabilidad por sector económico (%)

Sector	Estrés	Fatiga generalizada	Ansiedad	Irritabilidad	Problemas para dormir
Agricultura y pesca	28,5	43,3	9,4	9,8	10,7
Fabricación	23,3	24,5	7,5	10,6	9,2
Electricidad, gas y agua	21,8	21,6	7,0	11,6	6,0
Construcción	22,5	28,0	6,2	9,9	4,5
Comercio mayorista y minorista	16,2	15,3	5,0	7,2	5,3
Hostelería y restauración	23,3	22,6	7,1	12,6	8,4
Transportes y comunicación	24,2	22,9	6,8	13,6	13,2
Intermediación financiera	14,8	13,7	6,1	6,3	6,9
Servicios inmobiliarios	18,4	13,8	8,1	8,5	7,4
Administración pública y defensa	22,7	18,0	11,1	12,6	10,1
Educación y salud	28,5	23,7	12,7	15,5	12,0

Fuente: Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2005, UE-25.

El nivel más alto de estrés se puede encontrar entre los trabajadores de la agricultura y la pesca, operadores de maquinaria, trabajadores cualificados y profesionales. Con la excepción de los profesionales, estos trabajadores también manifiestan los mayores índices de fatiga general (Tabla 13).

Profesionales, trabajadores de la agricultura y la pesca y de las fuerzas armadas revelan niveles relativamente altos de ansiedad, mientras que la irritabilidad es más prevalente entre los operadores de maquinaria, las fuerzas armadas y los artesanos, y trabajadores cualificados de industrias manufactureras.

Tabla 13. Trabajadores que sufren estrés laboral, fatiga general, ansiedad e irritabilidad por ocupación (%)

Sector	Estrés	Fatiga generalizada	Ansiedad	Irritabilidad	Problemas para dormir
Altos directivos	22,1	20,1	7,8	10,8	9,6
Profesionales	25,4	20,0	10,7	12,2	10,1
Técnicos	18,7	15,0	7,2	9,1	6,8
Trabajadores de oficina	16,4	13,8	7,0	8,9	6,5
Trabajadores de servicios y ventas	19,5	16,7	7,4	10,0	7,1
Trabajadores de agricultura y pesca	31,1	51,2	11,1	10,8	12,3
Artesanos y trabajadores cualificados industria manufacturera	25,3	29,6	6,6	11,1	6,9
Operarios de maquinaria	18,4	31,5	7,3	14,1	14,1
Trabajadores no cualificados	17,3	20,3	6,6	7,9	6,5
Fuerzas armadas	22,4	19,9	10,1	13,0	8,3

Fuente: Encuesta Europea de condiciones laborales 2005, UE-25.

La prevalencia de la depresión entre las diferentes ocupaciones se observó por el consumo de antidepresivos. La Tabla 14 muestra la tasa de prescripciones de antidepresivos por ocupación de las personas aseguradas en Alemania. Los hombres desempleados muestran la tasa más alta, seguida por los trabajadores sociales, asistentes de atención domiciliaria y enfermeros de hospital. En las mujeres, el uso de antidepresivos es más frecuente entre las ingenieras y las desempleadas.

Tabla 14. Recetas de antidepresivos por ocupación en Alemania (%)

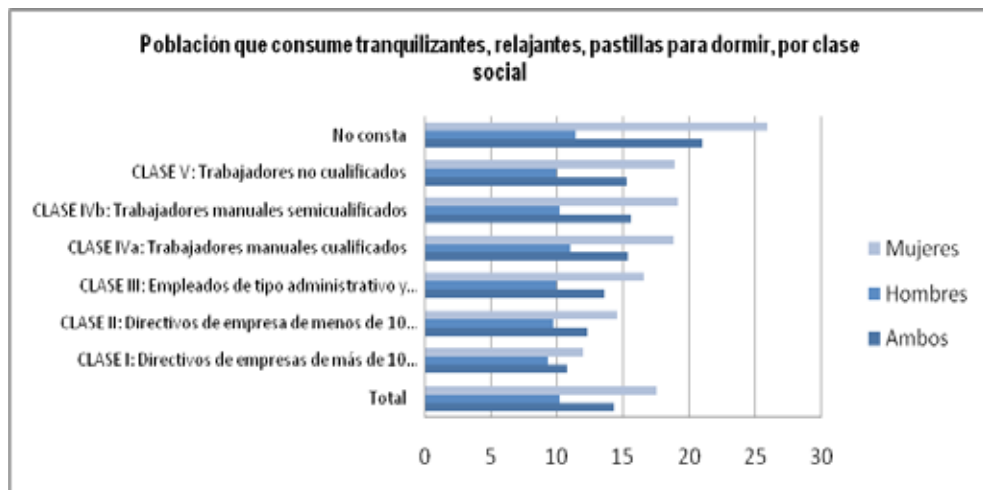
Hombres	%	Mujeres	%
Todos los empleados	1,8	Todos los empleados	3,6
Otros montadores	2,4	Empaquetadores de mercancías	4,9
Vigilantes	2,4	Técnicos	5,0
Porteros y conserjes	2,4	Teleoperadoras	5,1
Basureros	2,5	Celadoras	5,2
Carteros, mensajería	2,5	Carteros, mensajería	5,3
Seguridad, salud y control de calidad	2,5	Personal doméstico	5,3
Ingenieros electrónicos	2,6	Seguridad, salud y control de calidad	5,7
Enfermeros	2,7	Limpieza	5,7
Cuidadores, pedagogos	2,9	Otros	6,9
Trabajadores sociales, personal y asistentes de atención domiciliaria	3,0	Ingenieros electrónicos	7,0
Desempleados	3,3	Desempleados	6,4

Fuente: Boedeker y Klindworth, *Hearts and minds at work in Europe*, 2007

Las desigualdades socioeconómicas se reflejan también en las tasas de suicidio. Entre los hombres, el suicidio es más frecuente en los grupos con un nivel educativo menor en la población de la UE. Entre las mujeres sin embargo, estas desigualdades son mucho menos pronunciadas.

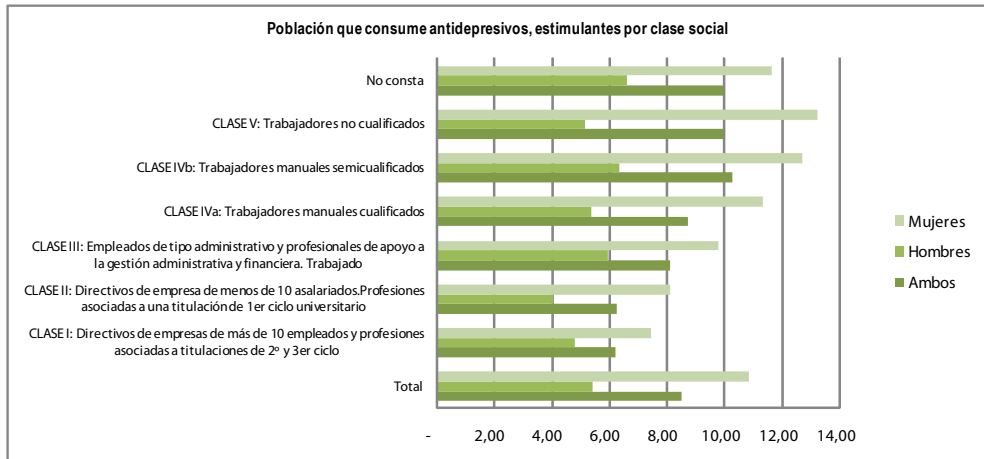
Por lo que se refiere a España, y en relación con el estatus social, analizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006, se hace evidente que a medida que descendemos en la escala social del sustentador principal, el porcentaje de consumidores de medicamentos tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, se incrementa. Esto sucede hasta la Clase IVb. El porcentaje máximo de población que consume medicamentos (19,12%) se da en las mujeres pertenecientes a la clase IVb: trabajadores manuales semicualificados. En el caso de los hombres esta tendencia creciente se aprecia de igual forma, aunque el máximo consumo se encuentra en la clase IVa, trabajadores manuales cualificados, con un 10,94 % de consumidores. La diferencia en el porcentaje de consumo entre población femenina y masculina se incrementa a medida que descendemos en la escala social del sustentador principal, apreciándose la mayor diferencia en las clases IV y V, en que la diferencia es del 9% (Figura 9).

Figura 9. Población que consume tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, por clase social.



En el caso del consumo de antidepresivos, estimulantes, el comportamiento entre la población masculina y femenina es distinto en relación con la clase social del sustentador principal. En las mujeres, a medida que descendemos en la escala social, el porcentaje de consumidoras de medicamentos antidepresivos se incrementa hasta llegar a la V: trabajadores no cualificados; mientras que en los hombres no existe tendencia, posiblemente por que la frecuencia de consumo es casi la mitad (Figura 10).

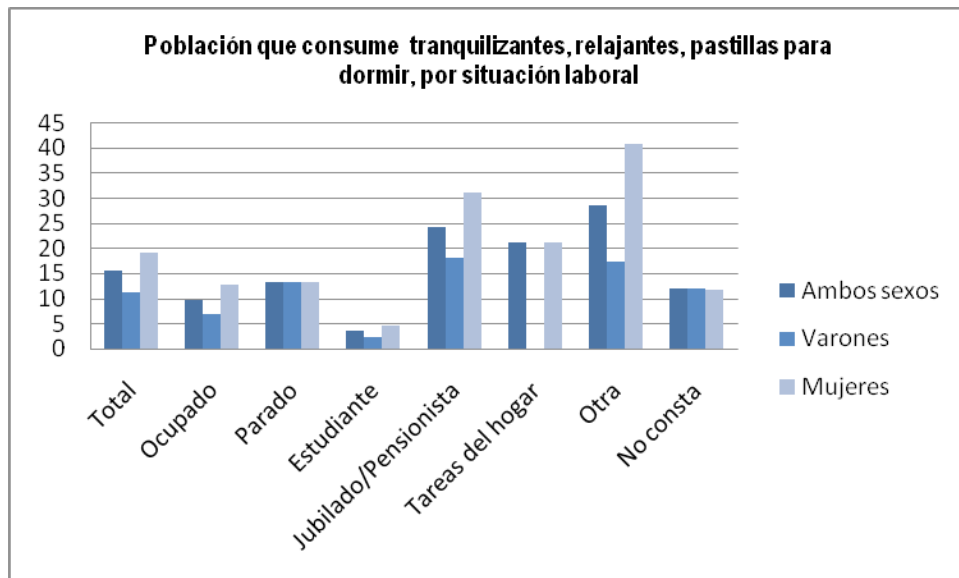
Figura 10. Población que consume antidepresivos, estimulantes, por clase social.



En relación con la actividad económica, la frecuencia del consumo de medicamentos tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, que presentamos en la Figura 11, evidencian que ser jubilado o pensionista es un factor condicionante para que aumente el porcentaje de población que consume medicamentos. En el otro extremo se encuentran los estudiantes, grupo que presenta la frecuencia más baja de consumidores de medicamentos.

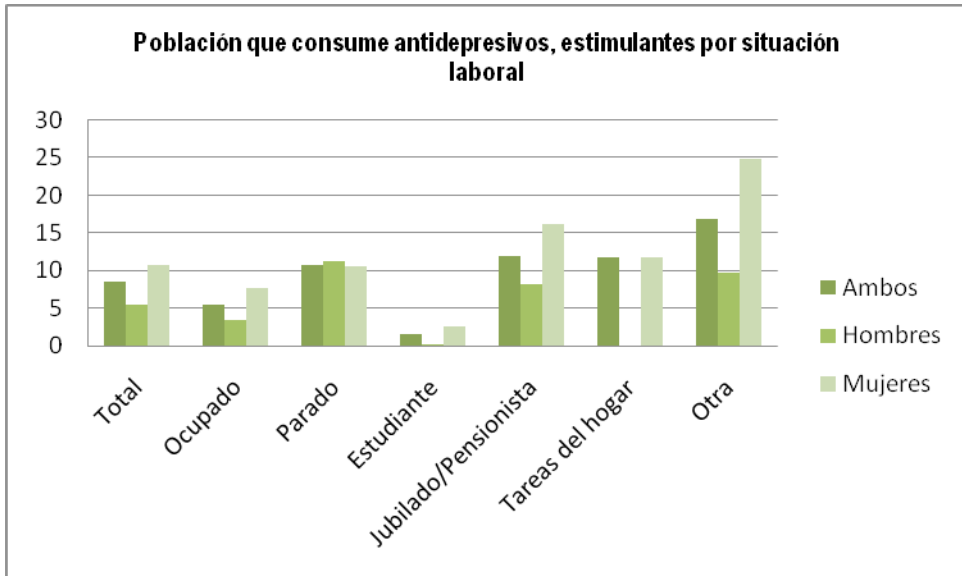
En la comparación entre ocupados y parados, el porcentaje de población que consume medicamentos es mayor en los parados, tanto para los hombres como para las mujeres. Esta diferencia es menor en las mujeres.

Figura 11. Población que consume tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, por situación laboral.



Los datos sobre el consumo de antidepresivos, estimulantes, por situación laboral se presentan en Figura 12. Como vemos, se repite casi el mismo patrón que en el caso del consumo de tranquilizantes. Las diferencias reseñables con respecto a ellos es que los antidepresivos los toman con mayor frecuencia las mujeres paradas que las jubiladas/pensionistas, y que el consumo es ligeramente superior en la población masculina parada que en la femenina.

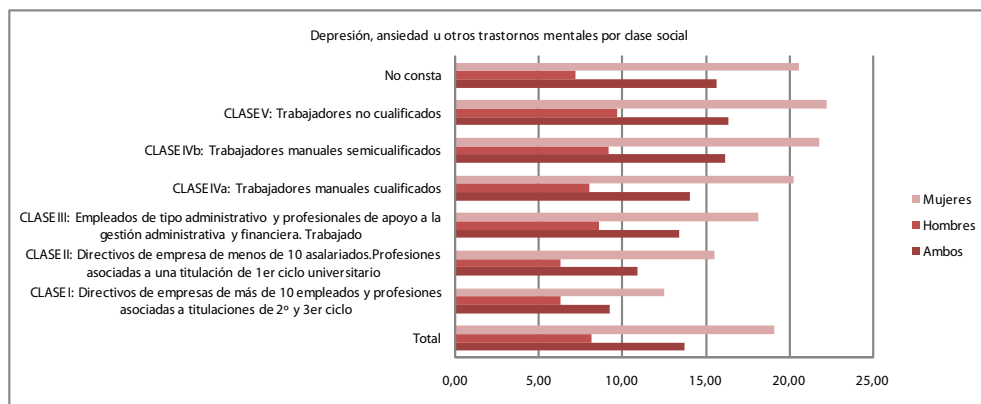
Figura 12. Población que consume antidepressivos, estimulantes, por situación laboral.



Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales

Al igual que sucede en otros países de nuestro entorno europeo, a medida que descendemos en la escala social del sustentador principal, la proporción de personas que padecen estas enfermedades aumenta hasta llegar a la clase V: Trabajadores no cualificados, en la que la proporción de personas que han padecido estas enfermedades o problemas en los 12 últimos meses, es de 16,37%. Este mismo patrón de comportamiento se observa tanto en la población femenina como en la masculina, aunque en las mujeres el porcentaje siempre es mayor, 22,22% frente al 9,72% de los hombres. La diferencia de frecuencia entre las clases I y la V es de 1,56% para los hombres y de un 3,10% para las mujeres (Figura 13) (ENS, 2006).

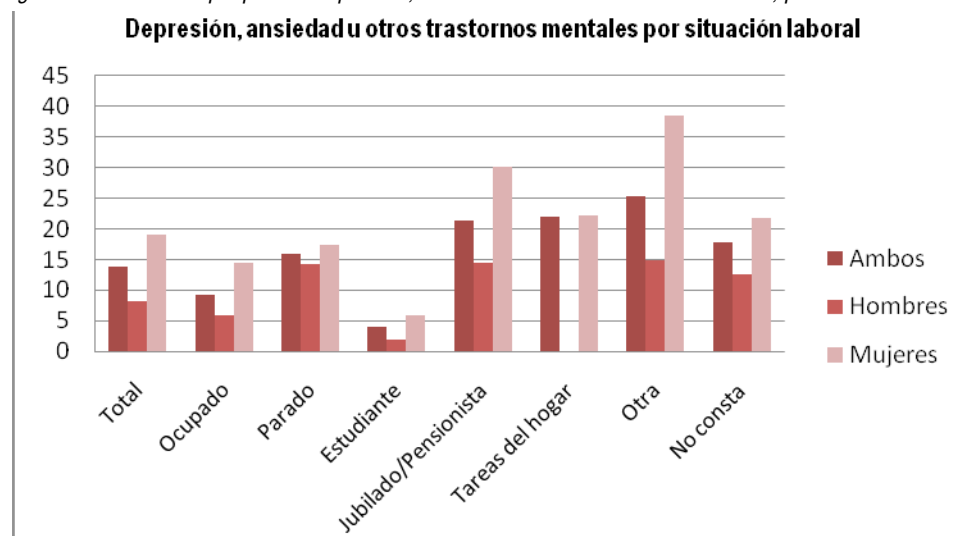
Figura 13. Población que padece depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, por clase social.



En relación con la situación laboral, en todos los grupos laborales el porcentaje es mayor para las mujeres que para los hombres. Los jubilados/pensionistas presentan el porcentaje más alto, 30,11% para las mujeres frente al 14,34% para los hombres. En el límite inferior están los estudiantes con un 1,84% para los hombres y un 5,96 las mujeres.

La comparación entre ocupados y parados es desfavorable para estos últimos, tanto para los hombres como para las mujeres. El porcentaje en los hombres parados es prácticamente igual que el de los jubilados, 14,13% en parados y 14,34% en los jubilados (Figura 14).

Figura 14. Población que padece depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, por clase social.



Comparaciones internacionales

En general, hay que señalar que las comparaciones entre distintos países son difíciles porque los estudios varían en su diseño y métodos. Sin embargo, los hallazgos del estudio ESEMeD muestran claras diferencias entre los seis países examinados (Tabla 15). El riesgo de tener algún trastorno mental es más del doble en Francia que en Italia, este último muestra tasas relativamente bajas para todos los trastornos mentales. Por otra parte Francia, Bélgica y los Países Bajos revelan un aumento significativo del riesgo de cualquier trastorno del estado de ánimo, mientras que el mayor riesgo para cualquier trastorno de ansiedad se encontró en Francia, Alemania y los Países Bajos.

Tabla 15. Prevalencia y riesgo relativo de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad en seis países europeos

País	Trastornos del estado de ánimo		Trastornos de ansiedad		Trastornos mentales	
	%	Probabilidad	%	Probabilidad	%	Probabilidad
Bélgica	6,2	1,5	6,9	1,3	12,0	1,6
Francia	8,5	2,1	12,0	1,9	18,4	2,2
Alemania	3,6	0,9	6,2	1,4	9,1	1,3
Italia	3,8	1,0	5,8	1,0	8,2	1,0
Holanda	6,9	1,4	8,8	1,6	14,9	1,7
España	4,9	1,3	5,9	1,0	9,2	1,2

Fuente: ESEMeD, 2004. El índice de probabilidad midió el riesgo relativo usando Italia como referencia.

La Tabla 16 muestra también que hay grandes discrepancias entre las tasas de suicidio en los diferentes Estados miembros. En general, la tasa para las personas menores de 64 años en los 10 nuevos Estados miembros es casi dos veces mayor que en el EU-15. En general, las tasas oscilan desde 2,4 muertes por cada 100.000 habitantes en Grecia a 38 muertes por cada 100.000 habitantes en Lituania. Lituania muestra, con mucho, las más altas tasas anuales de suicidio masculino en la UE-25 con 67 muertes por cada 100.000 hombres menores de 64 años, seguido de Hungría, Estonia y Eslovenia. Entre las mujeres, las tasas son más altas en Lituania, Eslovenia y Finlandia.

Tabla 16. Tasas de mortalidad estandarizadas (0-64) para el suicidio y autolesiones por sexo y país

Pais	Total	Hombres	Mujeres	Pais	Total	Hombres	Mujeres
Austria	12,6	19,3	5,9	Lituania	38,2	67,4	11,8
Bélgica				Luxemburgo	11,8	18,7	4,7
Chipre	0,8	1,3	0,3	Malta	4,8	5,3	4,3
República Checa	12,9	22	3,9	Holanda	8,5	11,5	5,3
Dinamarca	10,6	15,4	5,6	Polonia	15	26,3	4
Estonia	17,7	32,2	4,7	Portugal	7,5	11,8	3,4
Finlandia	18,9	28,5	9,1	Eslovaquia	12,3	21,8	3,1
Francia	14,8	21,9	7,8	Eslovenia	20,2	29,7	10,5
Alemania	9,5	14,7	4,2	España	5,9	9	2,8
Grecia	2,4	4	0,9	Suecia	11,4	16,4	6,1
Hungría	21,7	36,7	7,7	Reino Unido	6,7	10,4	3
Islandia	11,9	16,2	7,4	UE25	10,4	16,3	4,5
Irlanda	11,5	18,7	4,3	UE15	9,1	13,7	4,4
Italia	5,1	7,8	2,4	UE10	16,9	29,2	51
Letonia	21,2	38	6,1				

Fuente: OMS Europa, base de datos de mortalidad Europea, junio de 2006

Comparaciones entre Comunidades Autónomas

Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales.

En las Figuras 15, 16 y 17 se presentan los datos que recogen la frecuencia de estas enfermedades. Los hombres padecen con menor frecuencia que las mujeres enfermedades mentales en los últimos 12 meses. Es importante conocer si existen diferencias significativas en la frecuencia de padecer depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en función de la comunidad de residencia. Y podemos observar que los riojanos son los que con menor frecuencia padecen trastornos mentales, y la diferencia de frecuencias con los gallegos, que son los que padecen trastornos mentales con mayor frecuencia, es de 15,87 puntos.

La máxima diferencia entre las frecuencias de trastornos mentales entre la población femenina y la masculina se encuentra en Asturias con 16,8 puntos, y en Galicia, con 14,36 puntos, mientras que la más reducida se localiza en La Rioja y en Castilla y León (4,29 y 6,64 puntos respectivamente) (Figura 15).

Figura 15. Población que ha padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales por Comunidad Autónoma. 2006.



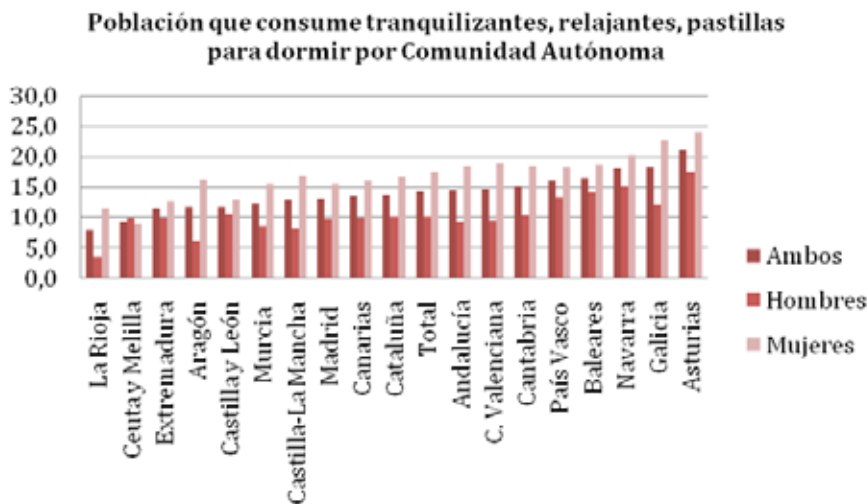
Consumo de medicamentos tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir. Antidepresivos, estimulantes.

65

Por lo que se refiere al consumo de medicamentos en función de la comunidad de residencia, en la Figura 16 se recogen los porcentajes de población que consumen medicamentos tranquilizantes, relajantes, y pastillas para dormir por Comunidad Autónoma. Tal como ocurría con los trastornos mentales, en todas las comunidades el porcentaje de mujeres que está tomando estos medicamentos es superior al de los hombres, con la excepción de Ceuta y Melilla, donde el mayor consumo es en hombres. La máxima diferencia entre las frecuencias de consumo de la población femenina y masculina se encuentra en Galicia y en Aragón con 10 puntos, mientras que la más reducida se localiza en Castilla y León y Baleares, donde 2,28 y 2,79 puntos separan las poblaciones consumidoras.

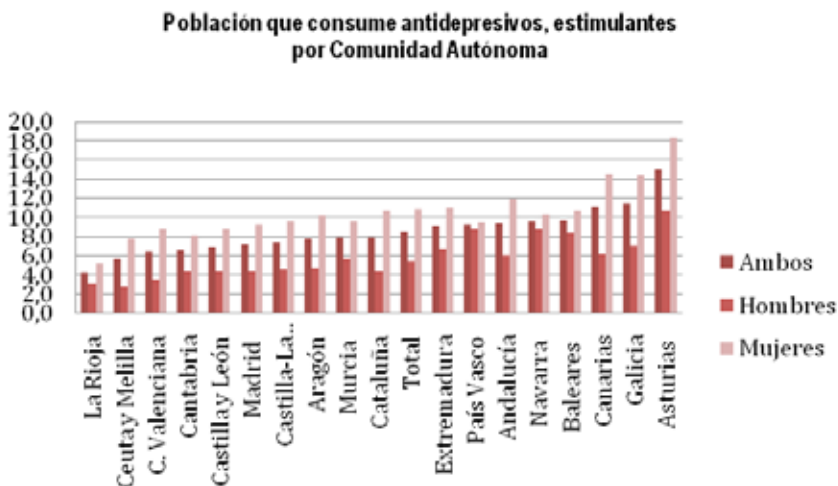
Otro aspecto de interés es el de las diferencias de consumo entre las diferentes comunidades autónomas. La mayor frecuencia de consumidores de medicamentos se encuentra en Asturias y la más baja en La Rioja, siendo este comportamiento concordante con el de trastornos mentales. La variabilidad entre Comunidades Autónomas es muy importante tanto en hombres como en mujeres, ya que en el primer caso la diferencia entre Asturias y La Rioja es de 13,98 puntos y en el caso de las mujeres la distancia es de 12,64 puntos.

Figura 16. Población que consume tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir por Comunidad Autónoma, 2006



En relación con el consumo de antidepresivos y estimulantes, en la Figura 17 se recogen los porcentajes de población que consumen estos medicamentos por Comunidad Autónoma. Como podemos observar el comportamiento es similar al descrito con anterioridad para los que consumen medicamentos tranquilizantes, relajantes, y pastillas para dormir.

Figura 17. Población que consume antidepresivos, estimulantes por Comunidad Autónoma, 2006



Tendencias

La Organización Mundial de la Salud ha comunicado que los problemas de salud mental y las enfermedades mentales, y su papel como causantes de absentismo por enfermedad e incapacidad para el trabajo, es cada vez mayor. La depresión es la segunda causa más frecuente de discapacidad en el mundo desarrollado.

Los datos disponibles sobre las bajas por enfermedad debidas a los trastornos mentales y el uso de antidepresivos, indicadores que dan información acerca de la carga general de los trastornos mentales, parecen confirmar esta tendencia general:

- En Noruega, las bajas por enfermedad con diagnósticos psiquiátricos se han duplicado entre 1994 y 2000. Este aumento se produjo tanto en hombres (de 0,8% a 2,2%) como en mujeres (de 1,7 a 4.6%) y en todos los grupos de edad (Hensing, Andersson, Brage, 2006).
- Mientras los trastornos psiquiátricos causaban el 14% de todas las bajas por enfermedad superior a 60 días a principios de 1990 en Suecia, esta figura se ha incrementado al 23% en 2000 (Hensing y Wahlström, 2004).
- Los datos del sistema de salud de Alemania mostraron un aumento del 28% de las bajas laborales por problemas de salud mental entre 1991 y 2004, mientras que los datos correspondientes a otras enfermedades importantes, como enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos y enfermedades del sistema digestivo revelan un descenso continuo en el mismo periodo (Boedeker, 2007).
- La cantidad media de antidepresivos por cada 1.000 habitantes (definida en dosis diarias) en Suecia y Finlandia pasó de 9 y 7, respectivamente, en 1990 a casi 68 y 52 respectivamente en 2005 (National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2006).

En contraste con estas tendencias de la morbilidad, las tasas de suicidio para los menores de 65 años han ido disminuyendo, tanto para hombres y mujeres en la mayoría de los países de la UE-25 en los últimos veinte años. Esta tendencia general es más fuerte en mujeres que en hombres.

Tabla 17. Cambios de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad (SMR) para suicidio y autolesiones en población activa entre 1981 and 2004

Total	SMR 1981	SMR 2004	Cambio 1981-2004	% de disminución
UE25	12,2	10,4	-1,8	14,8
UE15	10,6	9,1	-1,5	14,2
UE10	19,6	16,9	-2,7	13,8
Hombres				
UE25	18,1	16,3	-1,8	9,9
UE15	15,3	13,7	-1,6	10,5
UE10	31,7	29,2	-2,5	7,9
Mujeres				
UE25	6,3	4,5	-1,8	28,6
UE15	5,9	0,4	-1,5	25,4
UE10	8,1	5,1	-3,0	37,0

Fuente: OMS Europa, base de datos de mortalidad Europea, junio de 2006

En resumen, la combinación de alta prevalencia, inicio temprano y la cronicidad de los trastornos mentales, es una contribución importante a la carga total de enfermedad. La mayoría de los trastornos mentales relacionados con la discapacidad, incluida la mortalidad prematura, especialmente por suicidio, aumenta de manera significativa a la carga global de la enfermedad.

La carga económica de los trastornos mentales

Producción pérdida debida a los trastornos mentales

A la vista de su alta prevalencia, no es sorprendente que los trastornos mentales sean los principales causantes de las pérdidas de producción (y productividad) en el lugar de trabajo. Un número creciente de estudios muestran que la enfermedad mental es la principal causa de absentismo laboral, bajas de corta duración, bajas de larga duración, jubilación anticipada o pensión de invalidez. Con respecto a la carga económica que relacionamos con el trabajo, cabe destacar los siguientes hallazgos:

- Los trastornos mentales se asocian con una pérdida de días de trabajo de las personas que los sufren tres veces mayor que las personas sin ellos. Los niveles más altos de discapacidad se encuentran en las personas que hayan sufrido tres o más trastornos mentales diferentes en el mismo año (ESEMeD, 2004).
- Los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad se han clasificado como más frecuentes en días perdidos de trabajo que los trastornos físicos (ESEMeD, 2004).
- Los trastornos mentales constituyen el 30% del número total de jubilaciones anticipadas en Suecia y Alemania en 2002 y 2003, respectivamente.

Las ausencias debidas a los problemas de salud mental son diferentes en su naturaleza en comparación a las debidas a otros problemas de salud, porque tienen un alto riesgo de recurrencia y se caracterizan por períodos más largos de ausencia en el trabajo, en particular, en el caso de la depresión. La duración media de una baja debida a la depresión es de 95 días, comparado con 66 días en los otros problemas mentales (Mental Health Economics European Network, MEEHN, 2006).

Varios autores han subrayado que los trastornos mentales no sólo afectan a la producción, debido a la pérdida de empleo, el absentismo y la jubilación anticipada. Podrían ser también responsables de los malos resultados en el lugar de trabajo o de las pérdidas de productividad. Uno de los hallazgos más sorprendentes de los estudios sobre el rendimiento laboral deficiente debido a los trastornos mentales, es que tenían un mayor impacto en la reducción del trabajo que en la pérdida del trabajo. Por ejemplo, la depresión y la ansiedad están más consistentemente asociadas con el presentismo que con el absentismo laboral. Además, se estima que el coste de la reducción del rendimiento en el trabajo de las personas con enfermedades mentales no tratadas, como la depresión, puede ser cinco veces mayor que el del absentismo (Kessler y Frank, 1997; Dewa y Lin, 2000; Sanderson y Andrews, 2006).

Con respecto a las personas con problemas de salud mental grave, un aspecto crítico se refiere, además, a la participación en el mercado de trabajo. El grupo MEEHN encontró evidencia de que las tasas de empleo de estas personas son muy bajas. Además, pueden ser excluidas del mercado laboral a una edad temprana, debido a que varios trastornos mentales a menudo comienzan en la adolescencia o al principio de la edad adulta (MEEHN, 2006).

El coste de los trastornos mentales

Debido a la combinación de alto predominio o prevalencia, inicio temprano y posiblemente el curso a largo plazo de la enfermedad, la carga económica asociada a los trastornos mentales es inmensa. El coste anual total para el año 2004 en Europa era estimado en 240 mil millones de euros (Tabla 18). La mayoría de estos costes (el 55%) se relaciona con los costes indirectos, que ascendieron a 132 billones de euros (Andlin-Sobocki et al., 2005).

Esto se debe principalmente a la reducción de la productividad durante los años de empleo y a la jubilación prematura. Entre los trastornos mentales, los costes indirectos de los trastornos del estado de ánimo (depresión y los trastornos bipolares) fueron los más altos (75 billones de €), seguidos por los costes indirectos de las adicciones (alcohol, drogas).

Tabla 18. Coste de los trastornos mentales en Europa* por tipo de enfermedad (millones €)

	Total	Costes de atención médica	Costes directos no médicos	Costes indirectos
Trastornos mentales	239.542	97221	9.336	132985
Trastornos del estado de ánimo	105.666	28639	-	77027
Adicciones	57.274	16655	3.962	36657
Trastornos de ansiedad	41373	22072	-	19301
Trastornos psicóticos	35.229	29855	5.374	-

Fuente: Andlin-Sobocki et al., 2005.

* EU25, Iceland, Norway, Switzerland.

En Alemania, los trastornos depresivos son responsables de casi el 7% de las jubilaciones prematuras, y la incapacidad laboral por motivos

relacionados con la depresión se prolonga dos veces y media más que la incapacidad provocada por otras enfermedades; el monto total de la producción perdida por el absentismo atribuible a trastornos de la salud mental se estima en más de 5.000 millones de marcos anuales, es decir 3 mil millones de euros (Gabriel y Liimatainen, 2000).

En Francia se ha estimado que en el año 2000, de la población activa francesa de 23,53 millones, entre 220.500 y 335.000 (1% a 1,4%) personas se vieron afectadas por una enfermedad relacionada con el estrés. El coste para la sociedad del estrés laboral se sitúa entre el 10% y el 20% de todos los gastos de Accidentes de Trabajo y Enfermedad del sistema de seguridad social (INRS, 2008).

En Holanda, para evaluar los aspectos económicos de una inadecuadas condiciones de trabajo, se ha desarrollado un modelo de costes de las condiciones de trabajo. El modelo evalúa el impacto en la salud, accidentes laborales, rendimiento de las empresas y la inversión en mejoras (Koningsveld, 2003). El análisis de los datos de 2001 indica que el coste estimado total de las inadecuadas condiciones de trabajo en los Países Bajos ese año fue de 6.000 millones de euros, equivalente al 2,96% del PNB. La mayoría (83% del total de diagnósticos) de los costes para la sociedad son por absentismo laboral y discapacidad, causada principalmente por trastornos musculoesqueléticos (43%) y enfermedades psicológicas (40%). Otros diagnósticos asociados con altos costes fueron las enfermedades cardiovasculares (5%), problemas con el sistema nervioso, incluyendo ojos y oídos (4%), y accidentes de trabajo (4%) (Tabla) (Koningsveld, 2003).

71

Tabla 19. Estimación de los gastos totales de la enfermedad relacionada con el trabajo por trabajador en 2001, Países Bajos

	Todos los sectores y servicios	
	EUR por trabajador	% del total
Costes de enfermedad relacionada con el trabajo	1.368	77,3
Costes de absentismo	527	29,8
Coste de incapacidad laboral	609	34,4
Coste de subvenciones	103	5,8
Coste de atención médica	129	7,3
Coste de la prevención	400	22,7
Medidas preventivas de Seguridad y Salud en el trabajo	120	6,8
Inversión y gastos de la Compañía en prevención	157	8,9
Investigación y desarrollo SST	10	0,6
Coste legal	2	0,1
Administración por empresa	102	5,8
Legislación e inspección	6	0,3
Subvenciones y ayudas	3	0,2
Costes totales por trabajador y año	1.768	100

Fuente: Koningsveld, 2003.

En el Reino Unido, 70 millones de días se pierden cada año por problemas de salud mental. 10 millones de estos son el resultado de la ansiedad, la depresión y el estrés que, según los empleados, es causada directamente por su trabajo o las condiciones de éste. En 2005/06 el estrés laboral, la depresión y la ansiedad costó a Gran Bretaña más de £ 530.000.000.

Por lo que se refiere a nuestro país, tras las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral la ocupan los trastornos mentales.

El coste total de las enfermedades mentales se ha estimado a la baja en 2002 en 7.019 millones de euros, de los que los costes médicos directos representan el 39,6% y suponen al menos un 7,3% del total del gasto sanitario público para ese año. En cuanto a los costes médicos directos, los gastos más llamativos son las hospitalizaciones (19,1% del coste total estimado) y los medicamentos (15,6%). En conjunto, los costes totales representaron cerca del 1% del producto interior bruto (PIB) de la población española (Oliva et al 2009).

Por lo que se refiere a la ansiedad, los costos médicos directos de este trastorno fueron de 369.000.000 €, que llega aproximadamente el 1% del gasto sanitario público en España. El enorme peso de los costos de los medicamentos es de particular interés y es la partida presupuestaria principal incluida en los gastos médicos (52,6%), seguido de los gastos ambulatorios (visitas a consulta externa y primaria atención), que representan el 31,5% de los costes médicos directos y los costes hospitalarios, lo que representa el 15,9% de todos los costes de la atención de la salud (Oliva et al 2009).

Los trastornos mentales son los responsables de, aproximadamente, el 11% de la carga de la enfermedad en términos de consumo de recursos, discapacidades laborales e impacto en la calidad de vida de los pacientes. Se prevé que esta proporción aumente hasta casi un 15% en 2020, por lo que las intervenciones o tratamientos para los trastornos mentales serán cada vez más necesarios (Oliva et al 2009).

BIBLIOGRAFIA

- Akerstedt T (2006). Psychosocial stress and impaired sleep. *Scand J Work Environ Health* 32(6):493-501.
- Akizumi Tsutsumi, MD; Kazunori Kayaba, MD; Kazuomi Kario, MD; Shizukiyo Ishikawa, MD. Study on Occupational Stress and Risk of Stroke. Vol. 169 No. 1, January 12, 2008; Prospective. *Arch Intern Med*. 2008; 169(1):56-61.
- Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen H-U, Olesen J (2005). Costs of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 (Supplement 1):1-27.
- Ashton DN, Sung J (2002). Supporting workplace learning for high performance working. Geneva, ILO.
- Banyard VL (1999). Childhood maltreatment and the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry* 69(2):161-71.
- Barry S. Levy y Victor W. Sidel (2009). Crisis económica y salud pública. *Medicina Social*, vol 4, núm. 2.
- Bassuk EL, Mickelson KD, Bissell HD, Perloff JN (2002). Role of kin and non-kin support in the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry* 72(1):39-49.
- Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health* 30(2):81-3.
- Boedeker W, Klindworth H et al. Hearts and minds at work in Europe (2007). BKK Bundesverband. Essen.
- Commission of the European Communities (2005). Green Paper. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels, European Commission.

Comisión Europea, Guidance on work-related stress — Spice of life or kiss of death?, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2002 (http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2002/ke4502361_en.html).

Dewa CS, Lin E (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science & Medicine* 51:41-5.

ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2004). 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109(Suppl.420):28-37.

European Agency for Safety and Health at Work. Research on the changing world of work. Implications on occupational safety and health in some Member States of the European Union. Disponible en: <http://agency.osha.eu.int/publications/reports>.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2005). High performance workplace practices and job satisfaction. Disponible en: <http://eurofound.eu.int/ewco/2005/04/EU0504NU03.htm>

European Working Conditions Survey, 2005. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin, 2006.

The European Opinion Research Group (2003). The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2. Disponible en: <http://Europe.eu.int/comm/health/ph-determinants/life-style/mental-eurobaro.pdf>

Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health-related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol. Community Health* 56:450-454.

Finnish Heart Association (2005). Action Plan for Promoting Finnish Heart Health for the Years 2005-2011. Helsinki, Finnish Heart Association.

- Freeman C, Soete L, Efendioglu U (1995). Diffusion and the employment effects of information and communication technology. *International Labour Review*. Geneva, ILO; 134(4-5),587-603.
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T (2005). The distribution of common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005,1:14.
- Gabriel P, Liimatainen MR. Mental health in the workplace: Introduction. *Oficina Internacional del Trabajo*, Ginebra, octubre de 2000.
- Jacobi (2005). German National Health Interview and Examination Survey – Mental Health Supplement, Wittchen.
- Gonzalez Roma V., Hernández A., Peiro J.y Muñoz P.Estrés de rol e indicadores de riesgo de trastornos cardiovascular. *Ansiedad y Estrés* 1995, 1 (2-3), 141-156.
- Härmä M (2006). Workhours in relation to work stress, recovery and health. *Scand J Work Environ Health* 32(6):502-514.
- Hensing G, Andersson L, Brage S (2006). Increase in sickness absence with psychiatric diagnoses in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Medicine* 2006, 4:19.
- Hensing G, Wahlström R (2004). Chapter 7. Sickness absence and psychiatric disorders. *Scandinavian Journal of Public Health* 32(Suppl 63):152-180.
- International Labour Office (2006). Changing patterns in the world of work. *International Labour Conference, 95th Session 2006, Report I*. ILO, Geneva.
- INRS. Le stress au travail. Disponible en : <http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>
- Jenkins R, World Health Day (2001). minding the world's mental health. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 36(4):165-168.

- Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lethinen L (2001). Mental disorders and cause specific mortality. *British Journal of Psychiatry* 179:498-502.
- Kessler RC, Frank RG (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological medicine* 27:861-873.
- Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: a prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 2002;325.
- Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta analysis. *Scand J Work Environ Health* 32 (6, special issue):431-442.
- Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med* 60:779-783.
- Knutsson A (2003). Health disorders of shift workers. *Occupational Medicine* 53:103-108.
- Koningsveld, E.A.P., Zwinkels, W., Mossink, J.C.M., Thie, X. and Abspoel, M., National costs of working conditions for workers in the Netherlands 2001, Werkdocument 203, Ministry of Social Affairs and Employment, The Hague, The Netherlands, 2003.
- Kouvonen A, Kivimäki M, Virtanen M, Heponiemi T, Elovainio M, Pentti J, Linna A, Vahtera J (2006). Effort reward imbalance at work and the co-occurrence of lifestyle risk factors: cross-sectional survey in a sample of 36,127 public sector employees. *BMC Public Health* 6:24.
- Kristensen TS, Kornitzer M, Alfredsson L (1998). Social Factors, Work, Stress and Cardiovascular Disease Prevention in the European Region. Brussels, European Heart Network.
- LaMontagne AD, Louie A, Keegel T, Ostry A, Shaw A (2006). Workplace stress in Victoria: Developing a systems approach. Victoria, Victorian Health Promotion Foundation.

- Lohela M, Björklund C, Vingård E, Hagberg J, Jensen I. Does a change in psychosocial work factors lead to a change in employee health? 2009;JOEM 51(2):195-203.
- Melchior, Jane E. Ferrie, Kristina Alexanderson, Marcel Goldberg, Mika Kivimaki, Archana Singh-Manoux, Jussi Vahtera, Hugo Westerlund, Marie Zins, and Jenny Head. Does Sickness Absence Due to Psychiatric Disorder Predict Cause-specific Mortality? A 16-Year Follow-up of the GAZEL Occupational Cohort Study Maria. *American Journal of Epidemiology*, Mayo 2010.
- Mental Health Economics European Network I: Final report – Annex XI, Paper C, Mental Health and Employment. Disponible en: <http://www.mhe-sme.org/assets/files/documents/Employment%20and%20Mental%20H.doc>
- Michelsen H, Bildt C (2003). Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological wellbeing, heavy consumption of alcohol. *Occupational & Environmental Medicine* 60(7):489-96.
- Oliva Moreno J; López Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero, Duque-González. The socioeconomic costs of mental illness in Spain, *European Journal of Health Economics* 10 (4):361-369.
- O'Reilly D, Stevenson M (2003). Mental health in Northern Ireland: have “The troubles“ made it worse? *Journal of Epidemiology & Community Health* 57(7):488-492.
- Outram S, Mishra GD, Schofield MJ (2004). Sociodemographic and health-related factors associated with poor mental health in midlife Australian women. *Women & Health* 39(4):97-115.
- Overbeek G, Ten Have M, Vollebergh W, de Graaf R (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology* 20(2):284-291.
- Parent-Thirion A, Fernandez Macias E, Hurley J, Vermeylen G (2007). Fourth European Working Conditions Survey. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

- Paoli, P. & Merllié, D., Third European Working Conditions Survey 2000, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2001. Disponible en: [http:// eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0121.htm](http://eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0121.htm).
- Paoli, P. & Parent-Thirion, A., Working Conditions in the acceding and candidate countries, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2003. Disponible en: [http:// www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0306.htm](http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0306.htm)
- Pelfrene E, De Backer G, Mak R, de Smet P, Kornitzer M (2002). Job stress and cardiovascular risk factors. Results from the BELSTRESS study. *Arch Public Health* 60:245-268.
- Pritchard JW, Puzey JW (2004). Homelessness – on the health agenda in Wales? *Reviews on Environmental Health* 19(3-4):363-379.)
- Rantanen J (1998). The changing world of work', Agency conference proceedings. Disponible en: <http://agency.osha.eu.int/publications/conference/conference98/index.html>
- Sanderson K, Andrews G (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry* 51:63-75.
- Siegrist J, Rödel A (2006). Work stress and health risk behaviour. *Scand J Work Environ Health* 32(6):473-481.
- Schmidt MV, Sterlemann V, Müller MB. Chronic stress and individual vulnerability. *Ann N Y Acad Sci.* 2008 Dec;1148:174-83.
- Schumpeter J (1975). *Capitalism, Socialism and Democracy*. New York, Harper; p. 82-85.
- Scarpa A (2003). Community violence exposure in young adults. *Trauma Violence & Abuse* 4(3):210-227.
- Spencer N (2003). Social, economic, and political determinants of child health. *Pediatrics* 112(3):704-6.

- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, 181:208-213.
- Stansfeld S, Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental ill health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 32(6):443-62.
- Stansfeld S, Bosma H, Hemingway H, Marmot MG (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. *Psychosomatic Medicine* 60:247-255.
- Stansfeld SA, Head J, Rasul F, Singleton N, Lee A (2003). Occupation and mental health: Secondary analyses of the ONS Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain. Research Report 168. London, Health and Safety Executive.
- Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, Ferrie JE (2004). Organisational downsizing, sickness absence and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ* 6:328:555.
- Van der Hulst M (2003). Long workhours and health. *Scand J Work Environ Health* 29(3):171-188.
- Wade TJ, Pevalin DJ (2004). Marital transitions and mental health. *Journal of Health & Social Behavior* 45(2):155-170.
- Wang HX, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *Journal of Epidemiology* 155(12):1081-1087.
- Wittchen H-U, Jacobi F (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15:357-376.
- Willitts M, Benzeval M, Stansfeld S (2004). Partnership history and mental health over time. *Journal of Epidemiology & Community Health* 58(1):53-8.

