

MATERIAL TÉCNICO

DOCUMENTOS TÉCNICOS



SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA SOBRE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL EN EL PERSONAL SANITARIO



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



Título:

Síntesis de la evidencia sobre factores de riesgo psicosocial y salud mental en el personal sanitario.

Autor:

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.

Elaborado por:

Marina Ortiz López (coordinación), CNNT

Laura Gómez Armesto, CNNT

Paula Lara Gonzalo, CNNT

Denís Losada Varela, CNNT

Grupo de trabajo del proyecto "Problemática de los Servicios de Prevención para proteger de forma integral la salud mental en el sector sanitario":

Marina Ortiz López (coordinación), CNNT

Laura Gómez Armesto, CNNT

Paula Lara Gonzalo, CNNT

Denís Losada Varela, CNNT

Maria Victoria de la Orden Rivera, SSCC

Ángeles de Vicente Abad, SSCC

Edita:

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.

C/ Torrelaguna, 73 - 28027 Madrid

Tel. 91 363 41 00, fax 91 363 43 27

www.insst.es

Maquetación:

KENAF Servicios gráficos S.L.

C/ González Dávila, 20 - 4º Izquierda - Oficina 43 D - 28031 Madrid

Tlfn: 91.380.64.71 / e-mail: info@kenaf.es

Edición: Madrid, agosto 2025

NIPO (en línea): 118-25-022-1

Hipervínculos: El INSST no es responsable ni garantiza la exactitud de la información en los sitios web que no son de su propiedad. Asimismo, la inclusión de un hipervínculo no implica aprobación por parte del INSST del sitio web, del propietario del mismo o de cualquier contenido específico al que aquel redirija.

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado:

<http://cpage.mpr.gob.es>

Catálogo de publicaciones del INSST:

<http://www.insst.es/catalogo-de-publicaciones>



SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA SOBRE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL EN EL PERSONAL SANITARIO

01	Introducción	4
	1.1. Trabajo y salud mental	4
	1.2. Caracterización del personal sanitario	6
	1.3. Diagnóstico de situación: salud mental y personal sanitario	8
	1.4. Directrices europeas y españolas en materia de salud mental en el personal sanitario	9
	1.5. Marco teórico-conceptual	12
	1.5.1. Factores de riesgo psicosocial y riesgo psicosocial como variables independientes	12
	1.5.2. Salud mental como variable dependiente	13
02	Objetivos y preguntas de investigación	15
03	Método	16
	3.1. Palabras clave	17
	3.2. Estrategia de búsqueda	18
	3.3. Criterios de inclusión y exclusión	19
	3.4. Cribado de artículos	19
04	Resultados	21
	4.1. Factores de riesgo psicosocial en el personal sanitario	22
	4.2. Riesgos psicosociales: conflicto trabajo-familia, acoso y violencia en el trabajo	29
	4.3. Salud mental en el personal sanitario	32
05	Conclusiones	35
06	Bibliografía	38
	ANEXO I	46
	Palabras clave proyecto "Problemática de los Servicios de Prevención para proteger de forma integral la salud mental en el personal sanitario"	46
	ANEXO II	47
	Criterios de inclusión y exclusión	47
	ANEXO III	48
	Artículos científicos. Autoría, año y título	48

01



INTRODUCCIÓN



1.1. Trabajo y salud mental

La protección y la promoción de la salud mental son asuntos prioritarios en materia de seguridad y salud en el trabajo (SST), tanto a nivel nacional como internacional. A pesar de ser multicausal, la salud mental está íntimamente relacionada con el trabajo, en la medida en que unas condiciones de trabajo adecuadas favorecen una buena salud mental y aquellas que no lo son pueden suponer el origen de distintos malestares, pudiendo también agravar problemas de salud mental previos no vinculados con el trabajo (OMS, 2024a).

02

03

04

05

06

01

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el “completo estado de bienestar físico, psicológico y social”, y la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a la comunidad” (OMS, 1948/2025).

En este sentido, el concepto de salud es inseparable de su dimensión mental y, por ello, la prevención de riesgos laborales también aspira a evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo que puedan suponer un deterioro de este componente de la salud.

La literatura científica ha operativizado la salud mental de distintas formas a la hora de conectarla con sus antecedentes laborales. La mayor parte de las investigaciones abordan la cuestión desde el punto de vista de los distintos trastornos psicológicos o conductas asociadas, como el estrés, la angustia mental, los malestares afectivos, la depresión, la ansiedad, los problemas de sueño e incluso el riesgo de suicidio o las conductas suicidas (Magnavita, 2014; Zhang *et al.*, 2011; Portela *et al.*, 2004).

No obstante, en la línea de la propuesta de la OMS (1948/2025), la salud mental como concepto no debe limitarse únicamente a los trastornos mentales o psicopatologías diagnosticables a nivel clínico, que derivan de la aplicación de manuales diagnósticos como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 2024b). Aunque no produzcan niveles clínicos basados en diagnósticos precisos, unas condiciones de trabajo deficientes pueden generar cambios perniciosos de carácter cognitivo, afectivo o conductual, perjudicando igualmente la salud mental de la población trabajadora.

De este modo, aunque el deterioro o pérdida de salud mental vinculada con el trabajo puede tener diversos orígenes, en el ámbito de la prevención de riesgos laborales se pone el foco en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, que, de ser deficientes, constituyen los denominados factores de riesgo psicosocial.

La literatura científica, a través de revisiones sistemáticas, ha identificado numerosos factores de riesgo como el trabajo a turnos, la alta o baja exigencia de las tareas, el bajo apoyo social, la falta de control o autonomía, la injusticia en el lugar de trabajo, la inseguridad laboral, la prolongación de la jornada laboral, los conflictos interpersonales, la ambigüedad y la sobrecarga de rol, el trabajo con exposición al público, entre otros (Punnett, 2022; Portela, 2004). Estos factores son antecedentes o precursores de la generación de riesgos psicosociales que, entre otras consecuencias, pueden materializarse en el deterioro o pérdida de la salud mental. Asimismo, como se verá más adelante, no solo las condiciones de organización del trabajo generan pérdida de salud mental, ni tampoco este es el único efecto que pueden generar sobre la salud (Moss *et al.* 2016).

02

03

04

05

06

01

1.2. Caracterización del personal sanitario

El personal¹ del sector sanitario abarca una variedad de puestos y lugares de trabajo que hacen posible la prestación de los distintos servicios de salud al conjunto de la población. A pesar de la heterogeneidad de los puestos de trabajo que conforman el sector sanitario, el presente documento alude en exclusiva al personal sanitario, debido a que este colectivo presenta unas características particulares en cuanto a exposición a riesgos psicosociales y condiciones de trabajo que lo distinguen de otros perfiles del sector sanitario, como los puestos de gestión, administración o soporte, entre otros. De este modo, se justifica así la necesidad de producir un conocimiento científico-técnico que contribuya a prevenir y proteger, en este caso, la salud mental de dicha población trabajadora.

De acuerdo con la Encuesta de Población Activa (EPA), en el año 2024 estuvieron ocupadas en España una media de más de 830.000 personas dentro de la categoría de “profesionales de la salud” (INE, 2024). Asimismo, el último informe publicado por el Ministerio de Sanidad relativo a los recursos humanos del sector, en este caso correspondientes al año 2023, cifraba en 205.366 los efectivos del personal médico en ejercicio (4,3 por cada 1.000 habitantes) y en 293.600 en el caso del personal de enfermería (6,1 por cada 1.000 habitantes), en ambos casos incluyendo tanto el sector privado como el público (Ministerio de Sanidad, 2024a). La mayor parte de ellos desempeñan su actividad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), sobre el que se dispone, además, de datos más segregados que permiten una radiografía más precisa del sector. En el año 2023 el SNS contaba con 763.355 personas empleadas, de las cuáles el 51,6 % lo constituía el personal médico y de enfermería, este último el colectivo más numeroso en el conjunto de la sanidad española (Ministerio de Sanidad, 2024b). Ambos colectivos prestan sus servicios mayormente en hospitales, seguidos de los centros de salud pertenecientes a la Atención Primaria y los Servicios de Emergencia y Urgencia 061/112 (Ministerio de Sanidad, 2024a).

Dentro del personal médico es importante diferenciar, a grandes rasgos, al colectivo de médicos/as de familia o generalistas de los denominados especialistas. El primer grupo es responsable de proporcionar atención integral y continuada a toda persona que solicite asistencia médica, pudiendo implicar para ello a otros profesionales de la salud. En el caso de la medicina especializada u otro tipo de personal médico, la accesibilidad de sus servicios se limita en función de la edad, sexo y/o diagnóstico de los y las pacientes (Gallo Vallejo *et al.*, 1999).

Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermeras define su actividad como aquella que comprende labores de cuidados autónomos y en co-

02

03

04

05

06

¹ La autoría de este informe, en cumplimiento del artículo 14 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, ha utilizado un lenguaje inclusivo y no sexista. No obstante, en algunas ocasiones se ha optado por el uso del femenino plural al referirse al personal médico y de enfermería. Esta elección responde a un hecho objetivo: las mujeres constituyen el 62,2 % del personal médico en España —una proporción aún mayor en especialidades como medicina de familia o pediatría— y más del 70 % del personal de enfermería, tal como se detalla en la página siguiente.

En relación con este último colectivo, cabe señalar que el propio *International Council of Nurses* traduce su nombre al español como “Consejo Internacional de Enfermeras”. Asimismo, como se expondrá en los resultados del informe, se ha considerado esencial visibilizar la clara feminización del personal sanitario en el análisis de sus condiciones psicosociales y del impacto que estas tienen sobre su salud mental.

01

laboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, estén enfermas o sanas, en todos los contextos. Su actividad incluye además la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas enfermas, discapacitadas y moribundas (CIE, 2025).

En cuanto al análisis del personal sanitario con perspectiva de género, cabe tener presente que más de la mitad del personal médico del SNS y más del 70% del personal de enfermería lo componen mujeres (Ministerio de Sanidad, 2024a). El personal sanitario se caracteriza por una marcada segregación horizontal, como evidencia el hecho de que las mujeres representen un porcentaje significativamente mayor en actividades de menor cualificación profesional y valoración social, como es el caso del personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), donde el 85,5 % son mujeres y el 14,5 % hombres (INE, 2022). En contraste, aunque también predominan en el personal médico, su presencia es menos acentuada en una profesión de mayor cualificación y prestigio social, con un 62,25 % de mujeres y un 37,75 % de hombres (*ibid.*). Además, existe una clara segregación vertical en el caso del personal médico, que en la atención primaria del SNS está integrado por un 73 % de mujeres (principalmente en las disciplinas de medicina familiar y pediatría), frente a la mayor masculinización de especialidades como la cirugía, la anestesiología, la psiquiatría o la cardiología (Ministerio de Sanidad, 2024a; OMC-CGCOM, 2022). Este contexto es relevante de cara a valorar las diferencias salariales y la valoración profesional y social asociada a cada especialidad, así como la distribución de poder dentro de la estructura de los hospitales y centros sanitarios, cuestión fundamental en el análisis de los riesgos psicosociales.

Además del personal médico y de enfermería, en 2023 el SNS contó con 369.792 profesionales adicionales, el 84,6 % de los cuales desempeñaba su labor en hospitales. Entre estos se encuentran, sin ánimo de ser exhaustivos, el colectivo de TCAE, odontología, fisioterapia, farmacia y psicología clínica, así como otros perfiles sanitarios y no sanitarios, como el personal administrativo o quienes trabajan como conductores/as de ambulancias (Ministerio de Sanidad, 2024a).

La literatura científica revisada en este informe se compone principalmente de estudios centrados en el personal médico y de enfermería, ubicados en hospitales de distintos países, si bien algunos artículos contaban con una muestra más amplia donde se contemplaban otros puestos de trabajo asociados al personal sanitario. En definitiva, es importante tener en cuenta que los factores de riesgo psicosocial emergen en organizaciones laborales integradas por multitud de perfiles, aunque lo más característico y definitorio de la actividad sanitaria es, posiblemente, la gestión del trato con los pacientes y sus implicaciones para las tareas de las distintas personas trabajadoras involucradas. Es por ello por lo que, a pesar de la necesidad de estudios que aborden las particularidades psicosociales de la sanidad española, de sus lugares de trabajo o de los distintos puestos que la integran, la presente revisión no ha introducido estos criterios a la hora de seleccionar los artículos. En este sentido, la mayoría de la literatura científica revisada se basa en muestras compuestas principalmente por personal de enfermería y medicina, lo cual coincide con la composición mayoritaria del personal que trabaja en el sector sanitario en España.

02

03

04

05

06

01

Por último, es también importante señalar que las actividades sanitarias, a tenor de los datos recogidos por el módulo especial de la EPA del año 2020 (INE, 2020) se caracterizan por una marcada inseguridad laboral y temporalidad en el empleo, que indudablemente también condiciona la salud mental de la población trabajadora. Sin embargo, el proyecto de investigación en el que se inscribe este informe está centrado en el estudio de las condiciones de trabajo en sentido estricto, particularmente, en los factores psicosociales que son objeto de la prevención de riesgos laborales.

1.3. Diagnóstico de situación: salud mental y personal sanitario

El diagnóstico de situación elaborado por el INSST (2023a) sobre “Salud mental y trabajo” pone de manifiesto datos relevantes en relación con la salud mental y las actividades sanitarias y de servicios sociales. A continuación, se pasa a analizar los datos de las siguientes fuentes de información recogidas en dicho informe:

1. Encuesta de Población Activa (EPA). Módulo especial del año 2020 sobre “Accidentes laborales y problemas de salud relacionados con el trabajo”.
2. Sistema de información de accidentes de trabajo por patologías no traumáticas (PANOTRATSS) para el periodo 2017-2020. Datos cedidos por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social al INSST.
3. Sistema de información de accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo (Delt@). 2017-2020. Datos cedidos por la Subdirección General de Estadística y Análisis Sociolaboral al INSST.
4. Datos en España de la Encuesta Europea de Salud, del año 2020.

Los análisis llevados a cabo en el **módulo especial de la EPA** indican que las actividades sanitarias y de servicios sociales están entre las más expuestas a factores laborales que pueden afectar a la salud mental, junto con las de transporte y almacenamiento, de actividades financieras y de seguros y de administración pública y defensa. En lo que respecta a las actividades sanitarias y de servicios sociales, cabe enfatizar que la prevalencia de problemas de salud mental (estrés, ansiedad o depresión) causados o agravados por el trabajo es superior en el caso de las mujeres. Además, los profesionales de ambos sexos son quienes presentan en esta encuesta una mayor exposición, en comparación con el resto de las actividades, a la presión de tiempo o sobrecarga de trabajo (45,2 %), al trato difícil con el público (32,6 %) y a la falta de autonomía o influencia sobre el trabajo (8,3 %). Asimismo, son la segunda profesión con mayor exposición a la violencia o amenaza de violencia (12,8 %) -solo dos décimas por detrás del personal de administraciones públicas y de defensa-, la segunda con mayor porcentaje de exposición a acoso o intimidación (7,3 %) y la segunda que refiere una mayor inseguridad laboral (13,1 %) dentro del sector servicios. Finalmente, un 1,7 % de la población trabajadora de actividades sanitarias y de servicios sociales manifestó que la enfermedad más importante que había sufrido había sido un trastorno mental, el mayor porcentaje de la encuesta solo igualado por las actividades de la categoría “información y comunicaciones; actividades finan-

02

03

04

05

06

01

cieras, seguros, inmobiliarias". Porcentaje que, segregado por sexo, es nuevamente superior en el caso de las mujeres (un 2 % frente al 0,8 % de los varones).

Los análisis del **PANOTRATSS (2017-2020)** indican que, en términos absolutos, la actividad sanitaria notificó un mayor número de patologías no traumáticas clasificadas como "trastornos mentales y del comportamiento" (18,2 %). Destaca en este caso el personal médico, que representan un 8,5%, el de enfermería y partería, con un 5,5 %, y las TCAE, con un 3,3 %. El 3 % restante está representado por personal técnico auxiliar de farmacia, de emergencias sanitarias y de otras áreas técnicas. En conjunto, en las actividades sanitarias se detectó una media de 32,6 días de baja de los casos notificados y clasificados como trastornos mentales y del comportamiento.

Además, los análisis del **Delt@ (2017-2020)** muestran que uno de cada cuatro accidentes clasificados como "daño psicológico debido a agresiones y amenazas" se producen en actividades sanitarias (25,4 %), de los cuáles el personal médico supone el 9% de los casos, el de enfermería y partería el 6,8 %, las TCAE el 3,8 % y el personal técnico auxiliar de farmacia, emergencias sanitarias y otro personal de cuidados el 2 %. En definitiva, en las actividades sanitarias se detectó una tasa de incidencia acumulada de accidentes de trabajo con daño psicológico debido a agresiones y amenazas de un 66,29 por cada 100.000 casos.

Para finalizar, cabe referirse a los datos en España de la **Encuesta Europea de salud (2020)**, que se realiza cada cinco años, y que en su última edición destaca una asociación de sintomatología compatible con el deterioro de la salud mental, como los problemas para dormir, el cansancio o el escaso apetito, con las actividades sanitarias y de servicios sociales (11,2 %). Asimismo, la encuesta refleja una importante prevalencia en este colectivo de depresión autopercebida (4,7 %), de ansiedad autopercebida (6,6 %), y de consumo de medicación como tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, antidepresivos y estimulantes (10,4 %).

1.4. Directrices europeas y españolas en materia de salud mental en el personal sanitario

En Europa, el **Marco estratégico de la Unión Europea en materia de salud y seguridad en el trabajo (2021-2027)** refleja la importancia de abordar los riesgos psicosociales y la salud mental en el personal sanitario, invitando a los interlocutores sociales a que elaboren orientaciones para el sector. Este marco estratégico busca fomentar una visión conjunta sobre la salud y la seguridad en el personal sanitario y de los cuidados, instando a los Estados miembros a que aborden activamente los peligros del sector mediante procedimientos de trabajo seguros y una formación adecuada, intensificando la supervisión y la recopilación de datos sobre los riesgos psicosociales (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2025).

En esa línea, el **Panel de Expertos de la Comisión Europea sobre formas efectivas de invertir en salud** llegó a varias conclusiones sobre el apoyo a la salud mental del personal sanitario y otros trabajadores/as esenciales. Entre ellas, destaca la identificación de los factores específi-

02

03

04

05

06

01

cos que influyen en la salud mental de estos colectivos, así como de las posibles intervenciones sobre la misma, valorando su eficacia y rentabilidad junto con la de otras recomendaciones y medidas (Comisión Europea, 2025a).

En este sentido, cabe señalar que el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea, en el marco del programa de acción **UEproSalud** (dirigido al personal sanitario para el período 2021-2027), han considerado que el personal que actúa en contextos sanitarios ha sido esencial durante la crisis de la COVID-19 (Comisión Europea, 2025b). En este sentido, la investigación en la que se inscribe el presente informe se ha propuesto ir más allá del contexto de la pandemia y profundizar sobre las raíces de la salud mental del personal sanitario, habida cuenta de la importancia de su actividad.

En España, la salud mental ha tenido un papel protagonista en una variedad de estrategias diseñadas por las instituciones públicas, en aras de fortalecer el estado del bienestar y promover condiciones de trabajo que no supongan un riesgo para la salud integral de la población trabajadora.

En primer lugar, el Ministerio de Sanidad (2022) impulsa y promueve la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el período 2022-2026**, que ha sido diseñada en colaboración con las comunidades autónomas. La estrategia destaca la importancia de contribuir activamente a mejorar los entornos laborales a través de intervenciones basadas en un triple enfoque:

- Proteger la salud mental reduciendo los factores de riesgo relacionados con el trabajo.
- Promover la salud mental desarrollando los aspectos positivos del trabajo y las cualidades y capacidades de las personas trabajadoras.
- Tratar de solucionar los problemas de salud mental, con independencia de su causa.

Además, tal y como se indica en la estrategia, las intervenciones en materia de salud mental en las empresas deben formar parte de un plan integrado de salud y seguridad que abarque la prevención, la detección temprana, el apoyo y la reincorporación o readaptación al trabajo.

En segundo lugar, la salud mental y el personal sanitario tienen un espacio propio en la **Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo para el período 2023-2027**, aprobada por el Consejo de Ministros en marzo de 2023 y consensuada por la Administración General del Estado, la administración autonómica y los interlocutores sociales (INSST, 2023b).

El segundo objetivo de esta estrategia alude a la gestión de los cambios derivados de las nuevas formas de organización del trabajo, la evolución demográfica y el cambio climático, enfocados desde una óptica preventiva. En la sexta línea de actuación derivada de dicho objetivo se hace una mención especial a la salud mental, indicando la voluntad de alinear esta estrategia con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, destacada anteriormente. Dicho alineamiento responde a la

02

03

04

05

06

01

necesidad de “cuidar a quien cuida”, como es el caso del personal sanitario, sociosanitario y de otros trabajos esenciales.

Según datos del módulo especial del año 2020 de la Encuesta de Población Activa (INE, 2020), referidos en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, un 32% de la población ocupada afirma estar expuesta a presiones temporales o sobrecargas de trabajo con potenciales efectos sobre la salud mental. Estas exigencias no se distribuyen por igual en todas las profesiones, destacando su prevalencia en sectores tan dispares como el sanitario o el financiero. Por otra parte, el cuarto objetivo de la estrategia se refiere al interés por reforzar la protección de las personas trabajadoras en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad, incluyendo al personal sanitario, sociosanitario y asistencial en su tercera línea de actuación.

En este contexto, los organismos autonómicos con competencias en materia de SST han elaborado también sus propias estrategias en dicha materia. En ellas se pone de manifiesto la importancia de los riesgos psicosociales, que constituyen un campo prioritario de actuación. En términos generales, estas estrategias abordan cuestiones como la investigación, la sensibilización, la divulgación y el asesoramiento en materia de riesgos psicosociales, nombrando frecuentemente al personal sanitario en tanto que constituye un colectivo especialmente afectado por estos riesgos. Por ejemplo, **la Estrategia del Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el trabajo 2023-2028** plantea en su cuarto objetivo una línea específica de “mejora de la protección de las personas trabajadoras de los sectores sanitarios, sociosanitarios y asistencial” (ICASST, 2023). Otro ejemplo es el **Acuerdo Estratégico de Prevención de Riesgos Laborales de Castilla-La Mancha 2022-2026**, donde se aborda al personal sanitario de forma específica en las líneas de acción 47, 48 y 106 (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2022).

Por último, otras actuaciones en materia de SST y salud mental en el sector sanitario se han materializado en forma de campañas, con la meta de concienciar a la población trabajadora, fomentar la cultura preventiva y la actitud positiva hacia la prevención. Las campañas dirigidas al personal sanitario en materia de riesgos psicosociales han estado destinadas, en su mayoría, a las agresiones que sufren por parte de pacientes o familiares de éstos, es decir, a la violencia de origen externo, y, dentro de ésta, a la denominada violencia de servicios. Entre otros ejemplos, se puede destacar la campaña “#StopAgresiones” de la Sanidad de Castilla y León, iniciada en 2017 (Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2025), o la emprendida por la sanidad catalana con el título de “La violència no és el camí” (Instituto Catalán de la Salud, 2022).

En cambio, hasta nuestro conocimiento, las enfocadas a la exposición a otros riesgos psicosociales han sido muy escasas; se han encontrado campañas orientadas a la fatiga laboral, la sobrecarga de trabajo y el agotamiento laboral del colectivo, aunque la mayoría proyectadas al periodo excepcional que supuso en el sector la pandemia de la COVID-19.

02

03

04

05

06

01

1.5. Marco teórico-conceptual

1.5.1. Los factores de riesgo psicosocial y los riesgos psicosociales como variables independientes

El marco teórico-conceptual en el que se inscribe la presente revisión bibliográfica exige, en primer lugar, diferenciar entre factores psicosociales, factores de riesgo psicosocial y riesgos psicosociales.

Los **factores psicosociales** hacen alusión a las condiciones o características del trabajo relacionadas con la organización, el contenido del trabajo, la realización de la tarea y las relaciones sociales. Por su propia definición, los factores psicosociales no tienen un carácter positivo o negativo con respecto a la salud (sea física, psíquica o social), sino que se encuentran presentes en todos los lugares de trabajo y pueden afectar tanto negativamente a la salud de la población trabajadora como de manera positiva, favoreciendo el desarrollo del trabajo (Nota Técnica de Prevención 926, INSST). Es lo que se conoce como el “proceso dual de la salud psicosocial” en el Modelo Teórico de Demandas y Recursos Laborales de Bakker y Demereuti (citado y desarrollado en la NTP 1166, INSST).

Los factores psicosociales que por una configuración deficiente o un diseño inadecuado presenten la probabilidad de afectar negativamente a la salud y el bienestar del trabajador son los denominados **factores de riesgo psicosocial** (INSST, 2015). De este modo, se deben adoptar medidas para evitar o reducir la intensidad de la exposición a los mismos, de acuerdo con el Criterio Técnico ITSS 104/2021 sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en riesgos psicosociales. Asimismo, es importante señalar que los factores de riesgo psicosocial no actúan de forma independiente unos de otros, sino que en la práctica se concatenan e interaccionan entre sí.

Por su parte, los **riesgos psicosociales** son aquellos hechos, acontecimientos, situaciones o estados que son consecuencia de la organización del trabajo y tienen una alta probabilidad de afectar negativamente a la salud de la población trabajadora (INSST, 2010). Tal y como se recoge en el ya citado Criterio Técnico 104/2021, los más reconocidos son el estrés, la violencia y el acoso en el trabajo. Los riesgos psicosociales son, además, de origen multicausal, ya que derivan tanto de la interacción entre los propios factores de riesgo psicosocial como con aspectos extralaborales o la percepción individual de cada persona.

Por otro lado, la literatura científica ha puesto de manifiesto que la exposición del personal sanitario a otro tipo de riesgos, como los ergonómicos o biológicos, puede estar también relacionada con problemas de salud mental, como en el caso de los riesgos propios de la transferencia y movilización de pacientes o aquellos derivados de la manipulación de agujas, sangre o desechos clínicos (Groneberg *et al.*, 2020; Tipayamongkholgul *et al.*, 2016; Twitchell, 2003). Precisamente, este tipo de factores son también considerados desde un punto de vista psicosocial por las *Directrices Básicas para la gestión de los riesgos psicosociales* editadas por el INSST (2022), dada su potencial influencia sobre la salud mental de la población trabajadora y su relación con la organización del trabajo. Sin embargo, la presente revisión bibliográfica se ha centrado exclusi-

02

03

04

05

06

01

vamente en los factores de riesgo psicosocial propiamente dichos, esto es: aquellos que se corresponden exclusivamente con la dimensión psicosocial de las condiciones de trabajo y de las características del mismo relacionadas con su organización, contenido, la realización de las tareas y las relaciones sociales dentro del personal sanitario.

Dada la variedad de modelos teóricos empleados en los artículos revisados, particularmente en lo que respecta a su conceptualización de los factores psicosociales, se ha decidido partir de la clasificación de factores de la NTP 926, que sirve además de base para el método FPSICO, ampliamente utilizado en España y en muchos servicios de prevención del sector sanitario. De este modo, en el apartado de resultados se ha matizado y justificado allá donde ha sido necesario el encaje de los factores y variables estudiadas en los artículos dentro de dicha clasificación.

De este modo, la revisión bibliográfica que expone este informe ha indagado sobre los factores de riesgo psicosocial, así como sobre aquellos riesgos psicosociales presentes en el personal sanitario, asumiendo estas variables² como independientes en relación con la salud mental, que es considerada como variable dependiente.

1.5.2. La salud mental como variable dependiente

La asociación entre la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y el padecimiento de distintas consecuencias para la salud mental viene respaldada por una sólida evidencia científica. Precisamente, el gran objetivo de este informe, como se concretará en el próximo apartado, ha sido el de recoger la literatura científica que ha podido demostrar dicha asociación en el caso del personal sanitario de distintos contextos.

Una revisión de 72 revisiones (*meta-review*) publicada en 2021 recogió el conjunto de evidencia cuantitativa disponible sobre la conexión entre la exposición a factores de riesgo psicosocial y sus repercusiones sobre la salud mental (Niedhammer *et al.*, 2021a). Sus resultados mostraron una asociación significativa entre algunas de las más habituales situaciones psicosociales en el trabajo y una variedad de trastornos y conductas relacionadas con el empeoramiento de la salud mental. Uno de los daños con mayor evidencia es la depresión, que se relaciona significativamente con las altas exigencias cuantitativas, la baja autonomía, la inseguridad, las bajas compensaciones o la violencia o las amenazas (*ibid.*). Otro estudio encabezado por Isabelle Niedhammer (2021b), elaborado a partir de los resultados de la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EWCS, por sus siglas en inglés), basada en una muestra de más de 35,000 personas trabajadoras, identificó igualmente un aumento significativo de la depresión en relación tanto a unas elevadas exigencias cuantitativas y emocionales como a un bajo control y un bajo apoyo social (Niedhammer *et al.*, 2021b). Más allá de los trastornos depresivos, Niedhammer *et al.* (2021a) presentan en su revisión la existencia demostrada de otras consecuencias sobre la salud mental como son los trastornos de ansiedad (asociados con la inseguridad en el trabajo), los trastornos del sueño (relacionados con la violencia y las amenazas) y el

02

03

04

05

06

² Por variable independiente nos referimos a aquella variable que representa la causa o el factor que se supone influye en el fenómeno estudiado, mientras que una variable dependiente es aquella que representa el efecto o resultado de la variable independiente.

01

consumo de psicotrópicos (que conectan con la inseguridad y el conflicto trabajo-familia).

Por otra parte, si bien este informe se centra en los daños sobre la salud mental derivados de la exposición a factores o riesgos de índole psicosocial en el personal sanitario, es importante destacar que este tipo de riesgos no solo afecta a la salud mental y, además, la salud mental no solo se ve deteriorada por la exposición a este tipo de riesgos.

En este sentido, existe una sólida evidencia que muestra cómo factores de riesgo psicosocial como las altas exigencias en el trabajo, el bajo control o el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa pueden generar problemas de salud física (Johnson *et al.*, 1996; Kivimäki *et al.*, 2006; Melchoir *et al.*, 2007; Rosengren *et al.*, 2004; Stansfeld y Candy, 2006; Tennant, 2001). Asimismo, otros estudios también inciden en el efecto perjudicial de los riesgos psicosociales sobre la salud física, además de la mental y la social (Bonde, 2008; Bosma *et al.*, 1998; Chen, Yu y Wong, 2005; Fischer *et al.*, 2005; Tennant, 2001; Wieclaw *et al.*, 2008).

Entre los daños específicos en la salud física derivados de la exposición a factores psicosociales destacan los trastornos musculoesqueléticos (TME). A pesar de que todavía persiste una cierta incertidumbre sobre los mecanismos causales de esta asociación, distintas investigaciones han evidenciado el papel causal de los factores de riesgo psicosocial en el desarrollo de TME (Bezzina *et al.*, 2023; Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2021). En el ámbito sanitario, se ha podido demostrar que la exposición a estos factores de riesgo conectaba con una mayor incidencia de dolores lumbares o articulares (Bernal *et al.*, 2015; Lamy *et al.*, 2014), aunque cabe señalar que esta asociación es de carácter bidireccional: mientras que los factores psicosociales pueden contribuir al desarrollo de los TME, la presencia de estos trastornos también puede influir en la percepción de ciertos factores psicosociales. Otras repercusiones físicas habituales derivadas del estrés relacionado con el trabajo y los riesgos psicosociales serían la hipertensión, la enfermedad cardíaca, las dificultades en la cicatrización de heridas, los trastornos gastrointestinales y la inmunocompetencia deficiente (Cox *et al.*, 2000).

En conclusión, la presente revisión bibliográfica ha analizado aquellos artículos que conceptualizan las condiciones psicosociales de trabajo (variable independiente) como precursoras de un deterioro de la salud mental (variable dependiente). De este modo, han quedado descartados tanto los artículos centrados en los efectos en la salud física derivados de la exposición a riesgos psicosociales, así como los que abordaban riesgos de otra naturaleza como precursores de una mala salud mental.

02

03

04

05

06

01

02



OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El objetivo general del presente estudio es examinar la asociación que la literatura científica ha establecido entre los factores de riesgo psicosocial y la salud mental en el personal sanitario.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Recoger el conocimiento científico existente sobre los factores de riesgo psicosocial a los que se ve expuesto el personal sanitario.
- Compendiar el conocimiento científico existente sobre las repercusiones en la salud mental del personal sanitario derivadas de la exposición a riesgos psicosociales.

Partiendo de estos objetivos, se definieron las siguientes preguntas de investigación, enfocadas en el personal sanitario:

- ¿Qué factores de riesgo psicosocial deterioran su salud mental?
- ¿Cómo se operativiza la salud mental del personal sanitario deteriorada por factores de riesgo psicosocial?

03

04

05

06

01

02

03



MÉTODO

Este documento se enmarca dentro del proyecto titulado “Problemática de los Servicios de Prevención para proteger de forma integral la salud mental en el sector sanitario”. El mismo se está realizando a fecha de publicación del presente documento mediante el método SIDIS (Sistema de Investigación, Divulgación, Innovación y Sensibilización), desarrollado por el Departamento de Investigación e Información del INSST. Se trata de un proceso de facilitación que guía el proyecto a través de cuatro etapas: propuesta (aproximación al problema), investigación, creación y divulgación (Figura 1).

El método SIDIS aborda y analiza el objeto de estudio desde el pensamiento sistémico y la creatividad. El primero analiza la realidad en la que se encuentra el problema preventivo desde una perspectiva integral, mientras que la creatividad permite obtener soluciones innovadoras al problema.

A través de esta metodología, se examina el sistema identificando los detalles clave de la investigación y detectando patrones de acción que se repiten con cierta regularidad. Estas repeticiones se representan mediante círculos o bucles de acción, que pueden ser viciosos o virtuosos, y revelan tanto las causas como la recurrencia del problema preventivo. Comprender los factores que generan este problema y la forma en que interactúan entre sí permite intervenir estratégicamente para modificar su dinámica y prevenir su persistencia.

Dentro de la etapa de investigación, se ha desarrollado la presente revisión bibliográfica enmarcada en la temática del proyecto, la cual se expone en esta síntesis de la evidencia científica. Dicha revisión bibliográfica parte de los objetivos y preguntas planteados en el epígrafe anterior, con el fin de cubrir la totalidad de aspectos sobre los que se pretende reunir conocimiento científico. En los siguientes apartados se describe el pro-

04

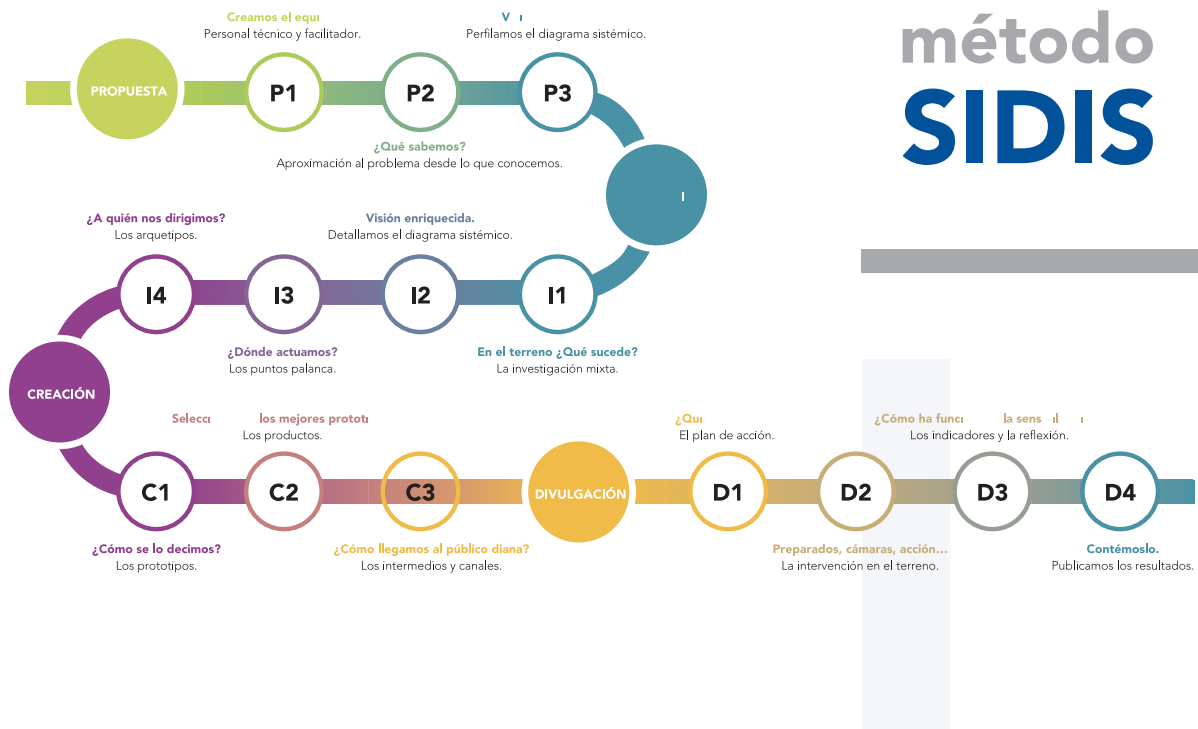
05

06

- 01
- 02
- 03

ceso de elaboración de las estrategias de búsqueda y el cribado de los artículos hallados en la investigación.

Figura 1. Proceso de facilitación: Etapas de la metodología SIDIS.



3.1. Palabras clave

Las palabras clave que conformaron las estrategias de búsqueda fueron detectadas durante revisiones previas de la literatura sobre salud mental en la población trabajadora. Dichas revisiones exploratorias comprendieron tanto literatura científica como literatura gris, esto es, documentos de carácter académico, técnico o científico publicados por organismos de reconocido prestigio y que, por lo tanto, no suelen estar indexados en bases de datos científicas. Una gran parte de las palabras clave se obtuvieron directamente en inglés y otras fueron traducidas para su inclusión en las estrategias finales de búsqueda. Además, tras el cribado de los artículos obtenidos a través de las estrategias definitivas de búsqueda se fue ampliando el número de palabras clave que conformaron la revisión. Todas ellas se encuentran agrupadas en seis bloques:

- 1º Factores de riesgo o riesgo psicosocial.
- 2º Estrés.
- 3º Salud mental.
- 4º Intervenciones.
- 5º Sector sanitario.

- 04
- 05
- 06

01

02

03

6° Salud ocupacional.

La configuración de estos grupos de palabras clave responde a los objetivos y preguntas de investigación planteados para el proyecto. Por su posible utilidad para futuras investigaciones y con la idea de ilustrar la metodología del informe, se han recogido en el Anexo I. Cabe aclarar que las palabras recopiladas en dicho anexo no son las palabras usadas en las estrategias de búsqueda (Figuras 2 y 3), sino todas aquellas que han sido recogidas hasta el momento en el marco del proyecto. A partir de esta fase se elaboraron las estrategias de búsqueda, sirviéndose de operadores booleanos que han permitido afinar y complejizar el proceso de búsqueda en base a los objetivos propuestos.

3.2. Estrategias de búsqueda

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se utilizó la base de datos SCOPUS, en la medida en que dispone de una amplia cobertura de la literatura científica revisada por pares en disciplinas como la psicología y sociología y en ámbitos como la salud laboral. Esta base de datos permite además realizar búsquedas avanzadas, analizar tendencias científicas y medir el impacto de publicaciones mediante métricas como el Índice H y el SCImago Journal Rank (SJR). La búsqueda se lanzó en diciembre de 2023 sin establecerse ningún tipo de límite temporal en los resultados obtenidos.

Se llevaron a cabo dos estrategias: una más amplia y otra más restrictiva. Con la primera se pretendía realizar una exploración genérica sobre el tratamiento de la salud mental en materia de seguridad y salud en el trabajo en el personal sanitario, para lo cual se unieron palabras claves relacionadas con intervenciones, salud ocupacional, salud mental y sector sanitario (Figura 2). Por otro lado, con la segunda estrategia se buscaba profundizar sobre factores de riesgo psicosocial presentes en la actividad sanitaria, que pudieran tener un impacto en la salud mental mediado por un proceso de estrés. En esta línea, se unieron palabras claves relacionadas con factores de riesgo, estrés, salud mental y sector sanitario (Figura 3).

Figura 2. Estrategia de búsqueda amplia.

```
(((((“Interventions” OR “Treatment” OR “Training” OR “Strategies” OR “Management”) AND (“Occupational health” OR “Occupational health and safety” OR “Occupational exposure” OR “OSH”) AND (“Psychological disorder” OR “Psychosocial illness” OR “Psychological health” OR “Mental illness” OR “Mental disorders” OR “Mental disease” OR “Mental health” OR “Depression” OR “Anxiety” OR “Post-traumatic stress disorder” OR “Cognition disorders”) AND (“Health Care Workers” OR “Health Care Sector” OR “Health Care Staff” OR “Health Care Professionals”))))))
```

04

05

06

01

02

03

Figura 3. Estrategia de búsqueda restrictiva.

```
(((((“Psychosocial risk” OR “Psychosocial Hazard” OR “Psychosocial factor” OR “Organizational Hazard” OR “Organizational working conditions” OR “Work organization” OR “Change of job” OR “Job Loss” OR “Incompatible work” OR “Stressful work Schedule” OR “Interpersonal interactions”) AND (“Job related stress” OR “Worker-Stress” OR “Work related stress” OR “Occupational stress” OR “Job strain” OR “Worker-strain”) AND (“Psychological disorder” OR “Psychosocial illness” OR “Psychological health” OR “Mental illness” OR “Mental disorders” OR “Mental disease” OR “Mental health” OR “Depression” OR “Anxiety” OR “Post-traumatic stress disorder” OR “Cognition disorders”) AND (“Health Care Workers” OR “Health Care Sector” OR “Health Care Staff” OR “Health Care Professionals”))))))
```

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Con el objetivo de cribar los artículos obtenidos en las búsquedas, se definieron distintos criterios de inclusión y exclusión. Estos criterios fueron consensuados por el equipo investigador a partir del marco teórico que se describe en el presente documento, y se fueron perfilando durante todo el proceso de cribado de artículos. Además de los criterios relacionados con las variables independientes y dependientes, alineados con el marco teórico, se acordó revisar exclusivamente artículos en español o inglés, y cuya muestra estuviera compuesta únicamente por personal sanitario sin psicopatologías previas. Por ello, se descartaron artículos publicados en otros idiomas y aquellos cuyas muestras solo comprendían parcialmente a personas de dicho sector.

En cuanto al tipo de estudios contemplados en las búsquedas, se decidió incluir tanto investigaciones aplicadas como revisiones y metaanálisis de artículos, en la línea de nuestro propósito de reunir la mayor evidencia científica posible.

Por otro lado, se incluyeron aquellos artículos que estudiaban al personal sanitario que desarrolla su labor en hospitales o centros de salud, excluyendo aquellos centrados en actividades realizadas en domicilios particulares o por personal docente sanitario.

Asimismo, se decidió excluir los estudios contextualizados en crisis sanitarias, pandemias o desastres naturales, debido al posible sesgo que podrían introducir en los resultados. Dicha decisión alude, eminentemente, al interés por evitar las investigaciones realizadas en el contexto de mayor impacto de la COVID-19, al constituir una situación excepcional que complica la comparación con la cotidianidad del personal sanitario. Finalmente, también se consideraron artículos que ponían el foco en la intervención como parte de la gestión preventiva.

El conjunto detallado de criterios de inclusión y exclusión puede consultarse en el Anexo II.

3.4. Cribado de artículos

El proceso de cribado de artículos constó de dos fases, que fueron llevadas a cabo por el conjunto del equipo investigador, una vez se eliminaron varios artículos duplicados. La totalidad de los artículos se repartió entre el equipo y se estableció un sistema de códigos de tres colores para clasificar los artículos según su cumplimiento con los criterios de

04

05

06

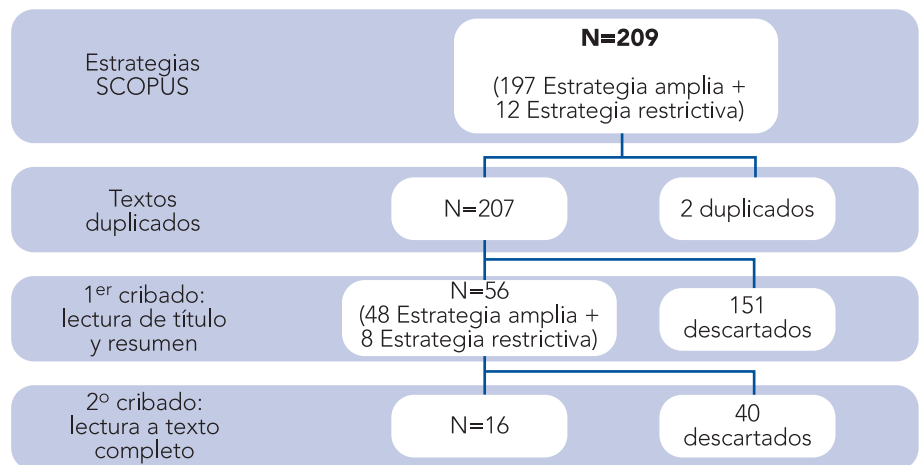
- 01
- 02
- 03

inclusión previamente definidos: verde para los que cumplían, naranja para aquellos en los que existían dudas y rojo para los que no cumplían y eran descartados. En los casos de discrepancia (color naranja o en los que la elección del artículo no fuese unánime) se sometía a debate con el resto del equipo investigador.

La primera fase consistió en un cribado inicial realizado a partir de la lectura del título y el resumen. Una vez alcanzado el consenso sobre los artículos seleccionados, se avanzó a la segunda fase, en la que se pasó a la descarga y revisión completa de los textos seleccionados, manteniendo el mismo sistema de clasificación por colores y de debate en caso de discrepancias. En esta segunda fase, a medida que se realizaba la lectura completa, todos los miembros del equipo plasmaban en una tabla la información más relevante para la confección de este informe. Si, tras la lectura completa, un artículo no cumplía con los criterios de inclusión, se marcaba en rojo; en caso de dudas, se utilizaba el color naranja para su posterior discusión en equipo. Además, al final de cada fase, el trabajo estaba sometido a una revisión adicional por la persona coordinadora del proyecto, que tomaba la última decisión con respecto a su inclusión o exclusión en caso de duda.

Tras la ejecución de las dos fases de cribado se obtuvieron 16 artículos que cumplen con los criterios de inclusión establecidos por el proyecto. Puede consultarse una representación gráfica del proceso de identificación y selección de los artículos en la Figura 4. A continuación, se exponen los resultados derivados de la evidencia científica recogida en torno a los factores de riesgo psicosociales y su asociación con la salud mental del personal sanitario.

Figura 4. Diagrama de flujo sobre identificación y selección de artículos.



- 04
- 05
- 06

01

02

03

04

○○○

RESULTADOS



La evidencia científica recogida ha permitido identificar aquellos factores de riesgo psicosocial que se han relacionado en mayor medida con el deterioro o la pérdida de salud mental en el personal sanitario de distintos contextos. Como se explicó en el marco teórico, este apartado parte de la clasificación de factores psicosociales de la NTP 926, matizando en cada caso su encaje con los distintos modelos empleados en cada artículo obtenido en la búsqueda. Con el objetivo de visibilizar los principales retos en materia psicosocial del personal sanitario, se ha decidido agrupar los resultados obtenidos en torno a los factores de riesgo psicosocial de mayor impacto.

05

06

01

02

03

04

Por otra parte, se ha dedicado un apartado específico a dos riesgos psicosociales de gran relevancia en el personal sanitario: el conflicto trabajo-familia y las violencias a las que están expuestos. Esta decisión responde a su protagonismo dentro de varios de los artículos revisados, especialmente en el caso de las agresiones, que además constituyen una de las principales preocupaciones de los servicios de prevención del sector.

Finalmente, un último epígrafe sintetiza los principales daños sobre la salud mental como consecuencia de la exposición a factores de riesgo psicosocial, con el objetivo de subrayar aquellos síntomas y malestares sobre los que se ha recogido mayor evidencia científica en su conexión con los distintos factores y riesgos analizados.

4.1. Factores de riesgo psicosocial en el personal sanitario

Altas demandas psicológicas: cognitivas y emocionales

Las demandas psicológicas comprenden aquellas exigencias de naturaleza cognitiva y emocional propias del desempeño de un puesto de trabajo determinado (NTP 926). Las altas demandas cognitivas aluden a aquellas exigencias excesivas en términos de cantidad, dificultad, concentración o tiempo requerido para llevar a cabo las tareas. Por otro lado, las demandas emocionales derivan del proceso de gestión de los sentimientos y expresiones necesarias para el desempeño adecuado del puesto, algo especialmente particular de la profesión sanitaria (Menghini y Balducci, 2021). Las exigencias emocionales responden, eminentemente, al trato continuo con pacientes, especialmente si estos se encuentran en condiciones difíciles que puedan complejizar la relación con el personal. Este tipo de situaciones suele dar lugar a la necesidad de que el personal esconda sus emociones para poder desempeñar su puesto de manera adecuada, lo que genera un malestar potencialmente dañino en combinación con otros factores de riesgo (Punnett, 2022).

No obstante, a pesar de la manifiesta relevancia de las demandas emocionales de la profesión sanitaria, muchos estudios (Hadžibajramović, 2019; Piko, 2006) han contemplado únicamente la dimensión cognitiva de las exigencias laborales, descartando la emocional. Esto se debe, entre otras causas, a la preponderancia en la literatura científica del Modelo de Demanda-Control-Apoyo de Karasek, Theorell y Johnson (citado y desarrollado en las NTP 603 y 604), que parte de que las personas trabajadoras expuestas a altas demandas psicológicas, combinadas con un bajo control y bajo apoyo social, tienen mayor probabilidad de sufrir tensión psíquica, asociada con un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental. En este modelo, las demandas psicológicas solo comprenden las cognitivas, lo que explica que aportaciones más recientes hayan tratado de enmendar esa laguna encajando dicha dimensión a sus análisis (Menghini, Balducci, 2021; Punnett, 2022).

Ansoleaga (2015) focalizó su estudio en el personal de un hospital pediátrico de alta complejidad³ en Chile, apoyándose tanto en el modelo de Demanda-Control-Apoyo (Karasek, 1979; Johnson, 1988; Karasek y

05

06

³ En la sanidad chilena, hospital que cuenta con una elevada capacidad resolutive en términos de de disponibilidad de recursos humanos, grado de especialización, equipamientos, procedimientos, horarios, entre otros.

01

02

03

04

Theorell, 1990) como en el de Desequilibrio Esfuerzos-Recompensas de Siegrist (1996), que entiende que cuando el esfuerzo del personal supera las recompensas recibidas, por un periodo de tiempo prolongado, genera emociones negativas. El artículo relaciona las demandas psicológicas de sanitarios y sanitarias con la cantidad, el volumen o la complejidad de las tareas que realizan, junto con otras cuestiones como la presión temporal, el nivel de atención requerido, o las interrupciones imprevistas. El estudio, en el que participaron 782 personas empleadas del hospital con una mayoría de paramédicas, junto con otros puestos como enfermeras, médicas y personal administrativo, mostró que un 47% de la plantilla reportaba altas demandas emocionales, con una significativa diferencia entre hombres (40%) y mujeres (49%). Asimismo, las demandas psicológicas (cognitivas) fueron asociadas con sintomatología depresiva, con distrés (o estrés negativo) elevado, así como con el consumo de psicotrópicos.

Punnett, (2022), por su parte, apoyándose en dos grandes encuestas realizadas en centros estadounidenses de enfermería especializada, coincide en relacionar las exigencias psicológicas cognitivas del personal sanitario con la presión temporal, las demandas conflictivas y las interrupciones frecuentes, que aparecen asociadas con un aumento de la tensión, el agotamiento y la depresión.

Del trabajo de Punnett destaca su análisis de la dimensión emocional de las exigencias laborales del personal, que concreta en la necesidad de esconder sus emociones para un adecuado desempeño, lo que la literatura científica revisada por la autora ha identificado como una conducta precursora de una baja satisfacción laboral, de padecer síndrome de burnout o depresión (*ibid.*)

En esa línea, Menghini y Balducci, (2021) han podido evidenciar cómo las demandas laborales constituyen un indicador muy valioso en el marco de toda evaluación psicosocial, realizada en su caso en tres centros de salud del norte de Italia, con un total de 787 empleados/as participantes. Los autores, aprovechando la ocasión de estas evaluaciones, adaptaron al contexto sanitario, por un lado, los indicadores de demandas emocionales derivados de la metodología COPSQ. y por otro, los indicadores de demandas excesivas de pacientes, basados en los trabajos de Dormann y Zapf (2004). De esta manera, comprobaron su capacidad de predicción respecto al agotamiento emocional, propio del síndrome de *burnout*. Las elevadas demandas emocionales, además, mostraron una particular correlación con las intenciones de los participantes de rotar de puesto (Menghini y Balducci, 2021).

Baja autonomía en el trabajo

La autonomía en el trabajo alude a la capacidad y posibilidad individual de la persona trabajadora para gestionar y tomar decisiones, sea en relación con la estructuración temporal de su actividad laboral o sobre cuestiones de procedimiento y organización del trabajo (NTP 926). En la literatura científica, la autonomía en el trabajo ha sido tradicionalmente operativizada a través del concepto de control, fruto de la preponderancia del ya citado modelo de Karasek, Theorell y Johnson (NTP 603 y 604).

05

06

01

02

03

04

El estudio de Ansoleaga (2015) se sirve del concepto de “latitud decisional”, que comprende el grado de libertad para decidir cómo hacer el trabajo, la influencia en su organización y la autonomía con relación al uso y desarrollo de las propias competencias. Su trabajo de campo en un hospital público de alta complejidad de Chile reflejó que el 48 % del personal tenía una baja latitud decisional, lo que permite explicar que uno de cada cinco trabajadores/as presentase *job strain*. El término define una situación laboral de riesgo caracterizada por la escasa latitud decisional en combinación con altas demandas psicológicas de carácter cognitivo, que como se vio previamente, también fueron reportadas como elevadas en este estudio. La autora sostiene que el personal sanitario expuesto a *job strain* tiene una probabilidad 2,5 veces mayor de presentar sintomatología depresiva, una probabilidad 3,3 veces mayor de presentar distrés elevado o muy elevado, y una probabilidad 1,5 veces mayor de consumir psicotrópicos. Igualmente, Punnet (2022) señala la falta de control como una de las causas fundamentales de la tensión y depresión que llegan a sufrir los profesionales sanitarios, aludiendo a “las pocas oportunidades para tomar decisiones” o a “la falta de control sobre los horarios”.

Menghini y Balducci (2021), por su parte, han investigado la asociación entre la baja autonomía en el trabajo y el agotamiento emocional, mientras que Moss *et al.* (2016) han estudiado su vínculo con el síndrome de *burnout*. En este sentido, es destacable que, en los resultados de ambos estudios, la falta de control no fue significativamente asociada con el agotamiento emocional, siendo las altas demandas y la falta de apoyo sus mayores predictores. Esta conclusión puede contrastar con la literatura científica en torno al síndrome de *burnout* en el personal sanitario, dado que el agotamiento emocional es uno de los síntomas clásicos del síndrome (junto con la despersonalización y la falta de realización personal). Precisamente, la revisión de artículos de Moss *et al.* (2016), centrada en estudios sobre el síndrome de *burnout* en el personal de cuidados intensivos, sí recoge la falta de control como uno de los factores de riesgo asociados al síndrome. En este sentido, los autores aclaran que la transversalidad de los estudios realizados no permite hablar de una relación temporal directa entre factores concretos y el desarrollo del síndrome, lo que encaja además con el carácter multicausal de los riesgos psicosociales (NTP 926; INSST, 2015). De este modo, se puede concluir que aumentar la autonomía en el trabajo constituye un aspecto fundamental en la prevención del deterioro de la salud mental en el ámbito sanitario, sea por su asociación con la sintomatología depresiva o por su contribución al desarrollo del síndrome de *burnout*.

Baja calidad en las relaciones y bajo apoyo social

De acuerdo con la NTP 926, las relaciones y el apoyo social se refieren a aquellos aspectos de las condiciones de trabajo que se derivan de las relaciones que se establecen entre las personas en el entorno de trabajo. Específicamente, el “apoyo social” constituye un factor moderador del estrés, que adquiere especial importancia en el personal sanitario. En relación con este factor, el INSST desarrolló, durante la pandemia, el proyecto PSICOVID, en cuyo marco se elaboró la guía titulada *Trabajar en tiempos de COVID-19: Buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios* (INSST, 2020). Esta guía se centró especialmente en

05

06

01

medidas orientadas a fomentar el apoyo social, un factor clave que, según una amplia evidencia científica, fortalece la capacidad para afrontar situaciones de estrés intenso y sostenido, al tiempo que mitiga sus efectos negativos sobre la salud.

02

03

La importancia del apoyo social se explica por su capacidad para mitigar los efectos derivados de otros factores de riesgo psicosocial a los que está expuesta la población trabajadora. Sin embargo, un bajo apoyo social constituye en sí mismo un factor de riesgo que, combinado habitualmente con otros factores presentes en el entorno, aumenta el riesgo de empeorar la salud mental de la persona trabajadora.

04

El apoyo social puede entenderse desde distintas perspectivas. Por un lado, se puede diferenciar entre apoyo instrumental, que alude a la colaboración para realizar el trabajo, y el apoyo emocional, que remite a la ayuda o sostén afectivo y/o emocional que pueden proporcionar las personas en un entorno laboral determinado. Por otra parte, el apoyo social puede proceder tanto de los superiores jerárquicos como de los compañeros o compañeras (estos últimos habitualmente definidos por la literatura como “pares”).

Entre los daños asociados al bajo apoyo social, siempre en combinación con otros factores de riesgo, la literatura destaca igualmente la depresión, la ansiedad, el agotamiento o el síndrome de *burnout* (Özyaman Boya et al., 2008; Punnett, 2022; Menghini y Baducci, 2021). Menghini y Balducci (2021), en su estudio con 787 empleados/as de tres centros de salud del norte de Italia, evaluaron sus relaciones para detectar problemas interpersonales o conflictos entre colegas o supervisores/as. A pesar de que esta variable fue tomada por los investigadores como una variable más en las evaluaciones de riesgos, finalmente emergió como un predictor muy relevante del agotamiento en el personal sanitario (*ibid.*).

Por otra parte, el trabajo de campo de Ansoleaga (2015) puso de manifiesto que un 15 % de su muestra presentó lo que se conoce como *iso-strain*, una situación laboral que combina el *job strain* previamente explicado (altas demandas y bajo control) con un bajo apoyo social. En comparación con sujetos ajenos a esta combinación de factores de riesgo, se demostró que tenían una probabilidad casi tres veces mayor de presentar síntomas depresivos y de estrés negativo (distrés) muy elevado (*ibid.*).

Trabajo a turnos y nocturno y jornadas prolongadas de trabajo

El tiempo de trabajo como condición de trabajo psicosocial hace referencia a distintos aspectos que tienen que ver con la ordenación y estructuración temporal de la actividad laboral, sea a lo largo de la semana o de cada día de la semana (NTP 926). En el caso del personal sanitario, el tiempo de trabajo se torna como factor de riesgo por la preeminencia del trabajo a turnos, el trabajo nocturno, las largas jornadas, o la falta de disponibilidad de descansos.

05

Tradicionalmente, el trabajo a turnos y nocturno ha sido considerado un factor de riesgo en sí mismo, en tanto que altera los ritmos biológicos o de sueño y puede también suponer un conflicto con la vida familiar y social. Un estudio de finales de la década de los 80 (Estryn-Behar et al. 1990),

06

01

02

03

04

basado en una muestra de 1505 mujeres empleadas en doce hospitales públicos de París, detectó una asociación significativa entre estrés laboral y varios indicadores de salud mental, como la fatiga o los problemas de sueño. Estos problemas eran mucho más comunes entre las enfermeras que trabajaban en horario nocturno (*ibid.*). La revisión de la literatura de Moss *et al.* (2016), centrada en el personal de cuidados intensivos, destaca que, en el caso particular del personal médico, la presencia del síndrome de *burnout* se asocia con el número de turnos nocturnos por mes, así como con el tiempo pasado desde la última semana no laborable. Asimismo, una encuesta en la que participaron trabajadores/as de la sanidad pública china coincide en los efectos nocivos de las largas jornadas de trabajo, relacionadas con el insomnio, la inestabilidad emocional o la fatiga laboral (Zhang *et al.*, 2011). Igualmente, las largas jornadas y el trabajo a turnos también han sido identificados como causas fundamentales de la tensión, el agotamiento y la depresión en el personal sanitario de la costa este de Estados Unidos (Punnett, 2022).

Esta pequeña representación de la extensa evidencia científica en torno a los riesgos derivados del tiempo de trabajo contrasta con otras aportaciones, entre las que destaca la investigación de Portela *et al.* (2004). Su trabajo de campo en dos hospitales de Río de Janeiro dio como resultado que los trastornos emocionales leves (depresión leve, tensión, ansiedad o insomnio) fueron menos frecuentes en el personal que hacía el turno de noche. Este resultado sugiere que la exposición a ciertos factores de riesgo en el trabajo diurno, como el estrés derivado de una alta carga laboral, podría superar los efectos adversos tradicionalmente asociados al trabajo nocturno (*ibid.*). Si bien las propias autoras del artículo reconocen que los horarios de trabajo de las enfermeras en Brasil pueden ser difícilmente comparables a los de otros países, sus resultados son relevantes en la medida en que sugieren que el trabajo nocturno puede llegar a reducir la exposición a otros factores de riesgo psicosocial, especialmente si dicho trabajo se articula adecuadamente y permite que exista un personal estable que resista sus efectos nocivos.

Sobrecarga de trabajo

La carga de trabajo se define como el nivel de demanda de trabajo a la que la población trabajadora ha de hacer frente, es decir, el grado de movilización requerido para resolver lo que exige la actividad laboral, con independencia de la naturaleza de la carga de trabajo. En este sentido, cabe considerar que las tareas del personal sanitario implican una carga de tipo cognitivo, emocional y también físico, como en el caso de movilización o transferencia de pacientes o residentes (Punnett, 2022). La carga de trabajo, independientemente de su naturaleza, es elevada cuando hay mucha carga (componente cuantitativo) y es difícil (componente cualitativo) (NTP 926).

El exceso de carga de trabajo se ha relacionado con los trastornos del sueño, la depresión, el estrés, la fatiga (Zhang *et al.*, 2011), así como con el síndrome de *burnout* (Moss, 2016). Una revisión sistemática de la literatura científica en torno a los riesgos laborales de los médicos cirujanos de Reino Unido destacó que la carga de trabajo diaria de estos facultativos aumenta la probabilidad de contraer una variedad de enfermedades comunes relacionadas con el trabajo, como los trastornos psiquiátricos o el agotamiento (Vijndren *et al.*, 2014).

05

06

01

El estudio de Tyler *et al.* (1998), que se apoya en un cuestionario administrado en un hospital británico y relleno voluntariamente por 155 profesionales de los departamentos de salud mental y de cirugía, reflejó que la carga de trabajo era el principal contribuyente a la percepción de que el trabajo es exigente. Asimismo, los resultados indicaron que la sobrecarga de trabajo favorecía la angustia psicológica y la insatisfacción del personal.

02

03

04

La carga de trabajo, en la línea de la definición planteada, se ve incrementada en aquellas situaciones en las que se producen interrupciones frecuentes, especialmente si éstas se perciben como relevantes o de atención urgente, así como cuando se requiere realizar varias tareas de manera simultánea (Punnet, 2022). Igualmente, la distinta naturaleza de la carga —cognitiva, emocional o física— entre los distintos puestos del personal sanitario permite entender su mayor o menor incidencia como factor de riesgo. De este modo, no es de extrañar que el personal de cirugía o salud mental, habida cuenta de las demandas cognitivas de los primeros o de las exigencias emocionales de los segundos, destaquen como los colectivos con mayor incidencia de la carga de trabajo sobre su salud mental, dentro de la literatura analizada (Tyler *et al.*, 1998; Vijendren *et al.*, 2014). Cabe tener también en cuenta el trabajo de Estry-Behar *et al.* (1990), con una muestra de 1505 mujeres empleadas en el sector sanitario, que destacó la alta carga mental de las enfermeras frente a otros puestos, debido a la elevada frecuencia de interrupciones de sus tareas, la necesidad diaria de reprogramar las tareas previstas y la sobrecarga de trabajo en general.

Conflicto de rol

Según la NTP 926, el desempeño de rol se refiere a los problemas que pueden derivarse de la definición de los cometidos de cada puesto de trabajo. Comprende tres dimensiones:

- La claridad de rol, que alude a la definición de funciones y responsabilidades de un puesto (qué debe hacerse, de qué manera, qué cantidad y/o calidad de trabajo es la esperada, cuál es el tiempo asignado para llevarlo a cabo y cuáles son las responsabilidades del puesto).
- El conflicto de rol, que se produce cuando en el desempeño de un puesto de trabajo existen demandas incongruentes, incompatibles, contradictorias o que pudieran suponer un conflicto de carácter ético para la persona trabajadora.
- La sobrecarga de rol, que se refiere a la asignación de cometidos y responsabilidades que no forman parte de las funciones del puesto de trabajo pero que se añaden a ellas.

05

06

En el marco de la literatura científica revisada, la investigación de Piko (2006) en dos hospitales húngaros midió expresamente el conflicto de rol en su población trabajadora junto con otros factores de riesgo. Los resultados reflejaron que el conflicto de rol contribuía al agotamiento emocional y a la despersonalización; también mostraron que el conflicto de rol y la antigüedad en la asistencia sanitaria estaban relacionados con la frecuencia de síntomas psicósomáticos como dolor lumbar, tensión en la cabeza, problemas para dormir, fatiga crónica o problemas diges-

01

02

03

04

tivos. A pesar de los resultados de este estudio, el resto de los artículos incluidos en la revisión no han incluido el desempeño de rol como una de las condiciones organizativas a estudiar, con la excepción del trabajo de Menghini y Balducci (2021), que no detectó una asociación significativa entre el conflicto de rol y el agotamiento emocional.

Bajo interés por la persona trabajadora

El interés por la persona trabajadora/compensación se trata de un factor psicosocial que la NTP 926 define como el grado de preocupación personal y a largo plazo de la empresa por la persona trabajadora, eminentemente en lo que respecta a su promoción, formación, desarrollo profesional o a mantener la percepción de que existe un equilibrio entre lo que la persona trabajadora aporta y la compensación que recibe por ello. Este factor, específico de la clasificación propuesta por el INSST, abarca otros factores con entidad propia en la literatura científica, y en particular dentro de la que conforma la presente revisión.

Uno de ellos se corresponde con la percepción de desequilibrio esfuerzo-recompensa, un factor de riesgo derivado del clásico modelo teórico de Siegrist (1996) en el que se apoyan varios de los artículos revisados. Este aspecto de las condiciones psicosociales se incluye como ítem 43 dentro del factor "interés por el trabajador/compensación", dentro de la clasificación de la NTP 926.

La aplicación del modelo de Siegrist permite detectar situaciones de desequilibrio en el entorno laboral, donde los altos niveles de esfuerzo y las bajas recompensas generan emociones negativas intensas y una reacción relacionada con el estrés. Asimismo, el modelo ayuda a anticipar la disminución en el bienestar y el aumento de la exposición a enfermedades como resultado de esta situación.

Dentro de la revisión de la literatura científica, varios artículos utilizaban este marco teórico para explicar la relación entre los factores de riesgo psicosocial y la salud mental del personal sanitario. Uno de ellos, como vimos en el epígrafe dedicado a las demandas psicológicas, es la investigación de Ansoleaga (2015) en un hospital pediátrico de alta complejidad en Chile. El 67% de la muestra de 782 funcionarios/as reportó un desequilibrio entre su esfuerzo y la recompensa recibida, que, en combinación con la exposición a *job strain* (altas exigencia y bajo control) e *iso strain* (*job strain* y bajo apoyo social) tenían el doble de probabilidades de sufrir síntomas de depresión y angustia elevada en comparación con los sujetos no expuestos. Un aspecto muy a tener en cuenta por su potencial interferencia con los requerimientos cognitivos, atencionales y de concentración de la profesión sanitaria, pudiendo comprometer la adecuada prestación del servicio.

Moss et al. (2016) y Hadžibajramovic et al. (2019), cuyos artículos están centrados en el síndrome de *burnout*, coinciden en la relación entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y el agotamiento emocional. Moss et al. (2016) definen este último concepto como una fatiga generalizada, que puede estar relacionada con dedicar tiempo y esfuerzos excesivos a una tarea o proyecto que no se percibe como beneficioso. Un síntoma fundamental en el desarrollo del síndrome que justifica la importancia de un seguimiento de las condiciones de trabajo para identificar dicho

05

06

01

agotamiento y prevenir el deterioro de la salud mental del personal (Hadžibajramovic *et al.*, 2019; Punnet, 2022).

02

Un segundo aspecto dentro del factor denominado interés por el trabajador/compensación en la NTP 926 se corresponde con la “valoración de formación” (ítem 42). Dentro de la literatura revisada, este ítem fue analizado desde dos aproximaciones distintas que pasamos a describir.

03

Estryn-Behar *et al.* (1990), que abordaron esta variable, se sirven de un índice de “formación interna insuficiente” para recoger los efectos de una inadecuada formación dentro del departamento, en relación con el nivel de explicación de las tareas a realizar, del progreso dentro del trabajo o de si existen momentos o espacios para comentar problemas en relación con los pacientes o la organización. Su investigación reflejó que cuanto mayor eran los índices de carga mental, de tensión por los horarios y de formación interna insuficiente, mayor era el índice de estrés laboral. Asimismo, este factor correlacionó positivamente con síntomas como fatiga, trastornos de sueño y una mayor puntuación en el cuestionario general de salud (GHQ, por sus siglas en inglés).

04

Por su parte, Sharma *et al.* (2008) tuvieron en cuenta en su investigación (centrada en varios colectivos de cirujanos de la sanidad pública británica) la percepción sobre la adecuación de la formación en comunicación y gestión. Aquellos con un bajo índice de *burnout* y puntuaciones estándar en el cuestionario general de salud reportaron una percepción positiva sobre dicha formación, mientras que, a la inversa, la percepción negativa sobre la formación coincidía con un mayor índice de *burnout* y de morbilidad psiquiátrica. Un resultado que, a tenor de la literatura científica, podría relacionarse con los beneficios que tiene en el trato con los pacientes la formación en habilidades comunicativas, que contribuye a reducir los síntomas de despersonalización (*ibid.*).

Finalmente, un tercer aspecto que técnicamente cabe incluir dentro del factor al que dedicamos este apartado alude a la denominada justicia en el trabajo. En el marco de la presente revisión, solo Magnavita y Heponiemi (2012) incluyeron este factor en su estudio, conectándolo además con las violencias que sufren los profesionales sanitarios. De este modo, abordaremos sus resultados a este respecto en el epígrafe posterior dedicado a los riesgos psicosociales, entre los que destaca de forma eminente la violencia.

4.2. Riesgos psicosociales: conflicto trabajo-familia, acoso y violencia en el trabajo

En el apartado previo se ha puesto de manifiesto el papel determinante de los factores de riesgo psicosocial en el deterioro de la salud mental de las personas trabajadoras. En este contexto, dichos factores actúan como estresores, es decir, como elementos generadores de estrés en el ámbito laboral. No obstante, el **estrés laboral**, entendido como riesgo psicosocial que mediatiza la relación entre estos factores y el probable deterioro de la salud mental, no se ha abordado como objeto específico de análisis. Esta exclusión responde a la asunción implícita de que todos los factores de riesgo psicosocial identificados previamente tienen la capacidad potencial de desencadenar situaciones de estrés. Sin embargo,

05

06

01

02

03

04

de la literatura han emanado dos riesgos psicosociales con entidad suficiente como para abordarlos en el presente epígrafe: El conflicto trabajo-familia y el acoso y violencia en el trabajo.

En primer lugar, el conflicto trabajo-familia, también conocido como doble presencia, es un riesgo laboral de carácter bidireccional, que alude a la interferencia de las exigencias laborales con las familiares y viceversa, si bien desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales se pone el foco en la gestión de esas exigencias y las condiciones de trabajo en su conjunto, en particular las de tipo organizativo (NTP 1185 y 1186). Asimismo, se trata de un riesgo laboral con dimensión de género, puesto que son las mujeres quienes asumen en mayor medida las tareas de cuidado de la familia, lo cual se hace incluso más relevante en un sector altamente feminizado como es el sanitario (Ministerio de Sanidad, 2024a).

Como anticipábamos con anterioridad, el conflicto trabajo-familia está íntimamente relacionado con la frecuencia del trabajo a turnos o nocturno en el personal sanitario, que redundando en que las personas trabajadoras no encuentren el tiempo suficiente para la familia, el ocio y el descanso (Portela et al., 2004). A pesar de ello, el estudio de Tyler et al. (1998) no encontró en su momento una relación significativa entre el conflicto trabajo-familia y el bienestar psicológico, apuntando a que su impacto podía venir condicionado por factores individuales.

Investigaciones más recientes, como las de Punnett (2022), han señalado la correlación entre el conflicto trabajo-familia y el agotamiento o la depresión, instando a que se favorezca una mayor flexibilidad a la hora de programar el trabajo para prevenir estos daños. Menghini y Balducci (2021), por su parte, sirviéndose de indicadores contextualizados al sector sanitario, identificaron que el conflicto trabajo-familia resultaba también relevante en la predicción del síndrome de *burnout*.

En segundo lugar, un riesgo psicosocial de gran incidencia en el ámbito sanitario es **el acoso y la violencia en el trabajo**, principalmente en forma de agresiones, pero también a través del acoso, las conductas discriminatorias o las distintas violencias que se pueden producir en el trabajo. Ciertamente, la violencia es un problema frecuente y generalizado en la actividad sanitaria (Magnavita, 2014). En este sentido, en el marco de este proyecto, se ha detectado que numerosas organizaciones en España disponen de protocolos frente a agresiones externas.

Dada la variedad de acciones que puede comprender el concepto de violencia en el trabajo, cabe concretar que la más habitual en el sector sanitario es la denominada violencia tipo II, de acuerdo con la clásica clasificación de la California Division of Occupational Health and Safety, recogida en la NTP 489 del INSST. La violencia tipo II designa aquellos actos violentos en los que existe algún tipo de relación profesional entre el causante y la víctima, producidos habitualmente durante la prestación del servicio. En la actividad sanitaria, este tipo de violencia suele proceder de los pacientes o sus familiares, si bien también cabe destacar la presencia en este ámbito de violencia tipo III, que se refiere a aquella perpetrada por personas con implicación laboral más directa, como en el caso de la ejercida por compañeros/as o superiores. Ambos tipos de violencia abarcan agresiones tanto físicas como verbales, en la medida en que generan un daño que, corporal o no, crea ambientes de trabajo hostiles.

05

06

01

02

03

04

Un aspecto a tener en cuenta en el análisis de la violencia en el sector sanitario es el tipo de establecimiento y de pacientes con quien trata la población trabajadora. Chen *et al.* (2007) estudiaron la exposición a la violencia del personal sanitario en un hospital psiquiátrico en Taiwán, a través de una serie de entrevistas en profundidad que buscaban detallar las situaciones de violencia y la experiencia de sus víctimas. Los autores recogen en su investigación que los actos violentos son más frecuentes en los hospitales psiquiátricos, tanto por las características de los y las pacientes como por el habitual carácter cerrado y restrictivo de estos espacios. En su estudio, el estrés postraumático y la ansiedad generalizada emergen como los principales daños a la salud mental derivados de la violencia, sea esta física o psicológica. Cabe destacar que Chen *et al.* reconocen la existencia de una cierta normalización de la violencia en este tipo de entornos sanitarios, en la medida en que la población trabajadora llega a asumir como “inevitable” que los y las pacientes tengan comportamientos violentos. Dicha asunción convive con la prevalencia del estrés derivado de la amenaza de que se produzcan agresiones, lo que redundando en la importancia de la dimensión psicológica de la violencia (*ibid.*).

Por su parte, los estudios de Magnavita (2012) y Magnavita y Heponiemi (2014), basados en varias investigaciones de la sanidad romana a partir de múltiples encuestas transversales realizadas entre los años 2003 y 2009, han aportado varias claves en el estudio de la violencia en el sector. En primer lugar, es de destacar que los puestos con mayor exposición a violencia física son los de enfermeras y médicas, lo que redundando en la idea de que una parte importante de las agresiones se producen durante la misma prestación del servicio sanitario. Sin embargo, Magnavita (2014) también ha subrayado que muchas agresiones no físicas proceden de los propios compañeros/as o superiores, llegando a superar, dentro este tipo de agresiones, a las de pacientes o familiares (*ibid.*).

Desde un punto de vista preventivo, Magnavita y Heponiemi (2012) relacionan la ocurrencia de violencia con la presencia de factores de riesgo psicosocial y el estrés producido por los mismos. Su estudio de la sanidad romana ha dado cuenta de la asociación entre el bajo apoyo social, las altas demandas y la percepción de injusticia organizacional con la aparición de distintos tipos de violencias (*ibid.*). En lo que respecta a la percepción de cómo de justa es la organización, los autores repararon en que aquellas personas que habían sufrido violencia verbal tenían niveles más bajos de percepción de justicia organizacional y social, mientras que entre aquellos/as que reportaron niveles elevados de la misma, ésta actuaba como un factor protector contra la violencia, junto con el apoyo social.

Finalmente, es también importante tener en cuenta que uno de los síntomas del síndrome de *burnout*, de gran incidencia entre el personal sanitario (Punnet, 2022; Moss *et al.*, 2016), es precisamente la despersonalización, caracterizada por el desarrollo de sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo por parte de las personas trabajadoras hacia las personas objeto de su trabajo. De este modo, el propio padecimiento del síndrome, con la despersonalización del/a paciente que conlleva, aumenta la probabilidad de que se generen situaciones potencialmente conflictivas, favoreciendo nuevos riesgos y complicando la prestación del servicio (NTP 705).

05

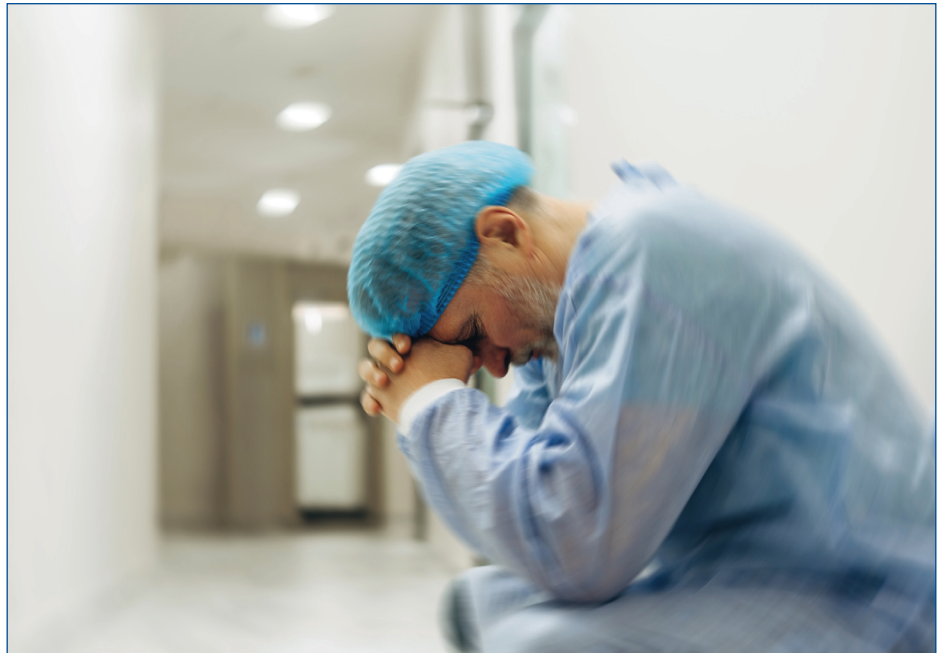
06

01

02

03

04



4.3. La salud mental en el personal sanitario

La evidencia científica recopilada en esta revisión ha permitido identificar los principales daños sobre la salud mental del personal sanitario en relación con los factores de riesgo psicosocial a los que habitualmente está expuesto.

En primer lugar, la sintomatología depresiva constituye uno de los daños sobre los que se ha recogido mayor evidencia, al aparecer correlacionada con las altas demandas laborales, tanto cognitivas como emocionales (Punnett, 2022; Ansoleaga, 2015), así como con la baja autonomía, el bajo apoyo social, el exceso de carga de trabajo (Zhang *et al.*, 2011), el desequilibrio esfuerzo-recompensa y el conflicto trabajo-familia (Punnett, 2022).

En segundo lugar, cabe aludir al denominado estrés psicológico (traducción habitual del término inglés *distress*), definido como el estrés negativo y que según la literatura puede ir acompañado de un desorden fisiológico producido por la aceleración de funciones (hiperactividad, acortamiento muscular, somatizaciones, envejecimiento prematuro, entre otras). El estudio de Ansoleaga (2015) ha podido demostrar su asociación con las altas demandas cognitivas, la baja autonomía y el bajo apoyo social en el personal sanitario, dando lugar a esas situaciones tanto de *job strain* como de *isostrain*, que conectan con una mayor propensión a padecer los síntomas propios del distrés y, también, a un mayor consumo de psicotrópicos.

El insomnio y los trastornos del sueño son otros de los efectos de la exposición a factores de riesgo psicosocial, particularmente por el trabajo nocturno (Estryn-Behar *et al.* 1990), las largas jornadas o la sobrecarga de trabajo (Zhang *et al.*, 2011). La investigación de Piko (2006), por su parte, comprobó que experimentar conflicto de rol y el número de años empleados en la asistencia sanitaria estaba relacionado con una mayor frecuencia de problemas para dormir, junto con otros síntomas psicosomáticos como el dolor lumbar o los problemas digestivos.

05

06

01

02

03

04

La fatiga, física o psicológica, asociada en muchas ocasiones a la falta de una recuperación adecuada, ha correlacionado con una variedad de factores de riesgo como la formación insuficiente del personal (Estryn-Behar *et al.*, 1990), el conflicto de rol (Piko, 2006), el trabajo nocturno o las largas jornadas trabajo (Zhang *et al.*, 2011). Un tipo específico de fatiga se corresponde con el denominado agotamiento emocional, variable estudiada en algunos de los artículos recogidos por constituir uno de los principales síntomas del síndrome de *burnout*.

El síndrome de *burnout* se trata de una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (NTP 704). Una de las mayores expertas del síndrome, Christina Maslach, ha focalizado el padecimiento de este síndrome en las denominadas profesiones de ayuda, destacando desde un primer momento los profesionales sanitarios que prestan servicio al público (Maslach, 1976). Esto se debe, eminentemente, al desgaste derivado de las demandas emocionales del trato con la clientela o los pacientes, en combinación con otros factores de riesgo, llegando a producir el denominado agotamiento emocional:

El agotamiento emocional es una respuesta de los trabajadores al sentir que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Esta respuesta de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios es debida al contacto continuo con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo en unas condiciones no ajustadas al trabajador. (NTP 704)

En el marco de los estudios revisados, se pudo demostrar la asociación entre el desarrollo de agotamiento emocional y la exposición a altas demandas (Menghini y Balducci, 2021), a un desequilibrio esfuerzo-recompensa (Moss *et al.*, 2016; Hadžibajramovic *et al.* 2019), a un bajo apoyo social (Özyaman Boya, 2008; Punnett, 2022; Menghini y Balducci, 2021), y al conflicto trabajo-familia (Punnett, 2022).

El síndrome de *burnout*, si bien se trata de un problema relacionado con el trabajo recogido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS desde el año 2022, debe entenderse como una respuesta al estrés cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento, con una sintomatología integrada no solo por el agotamiento emocional, sino también por la despersonalización de las personas con las que se trabaja y la baja realización personal. En este sentido, ciñéndonos a los resultados de la presente revisión, hemos podido comprobar la sólida correlación entre la exposición a factores de riesgo psicosocial y la generación, concretamente, de los síntomas propios del agotamiento emocional. Un resultado que, ciertamente, cabe analizar teniendo en cuenta su potencial influencia en el desarrollo del *burnout*, cuyos daños se materializan en una variedad de síntomas ansioso-depresivos que, desde un punto de vista clínico, pueden manifestarse como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral (NTP 705).

05

06

Por último, si bien no se trata estrictamente de un daño sobre la salud mental, no cabe duda de que las distintas formas de violencia que pueden llegar a sufrir los trabajadores/as sanitarios suponen una grave con-

01

02

03

04

secuencia de la exposición a factores de riesgo psicosocial, con capacidad además de perjudicar su salud mental de diversas formas. Precisamente, en el marco de la literatura revisada, Chen et al (2007) identificaron el estrés postraumático y la ansiedad generalizada como los principales daños mentales derivados de la exposición a violencia en su estudio del personal de un hospital psiquiátrico. Por otro lado, Magnavita y Heponiemi (2012) han podido reparar en la conexión entre la violencia (sea verbal o física) y la exposición a un bajo apoyo social, a altas demandas y a la percepción de que la organización es injusta. En definitiva, en la línea de la NTP 489 del INSST, la violencia ha de ser abordada no solo por sus posibles consecuencias físicas, sino también por su posibilidad de generar miedo, desconfianza, indefensión, aislamiento, ansiedad o incluso ira, sin olvidar la sintomatología física propia del estrés (trastornos del sueño o del apetito, entre otros). Una situación que, en combinación con la exposición a otros factores de riesgo psicosocial, es susceptible de provocar un grave deterioro de la salud mental.

05

06

01

02

03

04

05



CONCLUSIONES

La síntesis de la evidencia científica reflejada en este documento permite alcanzar una serie de conclusiones con respecto a las distintas conexiones entre la exposición a riesgos psicosociales y sus efectos en la salud mental del personal sanitario.

Habida cuenta de que diversas fuentes de información apuntan a la profesión sanitaria como una de las actividades laborales con mayor deterioro de la salud mental, el propósito de esta síntesis era reunir el conocimiento científico que permitiese explicar dicha situación en un contexto ajeno a las peculiaridades de la pandemia de la COVID-19. En este sentido, es importante tener en cuenta que la revisión de la literatura abarca una variedad de países y contextos, en algún caso bastante ajenos al español. Si bien se podía haber considerado esta dimensión geográfica como un criterio de inclusión o exclusión de los artículos, se priorizó la búsqueda de conocimiento focalizado en la asociación entre los factores de riesgo psicosocial y sus consecuencias para la salud mental, en aras de fundamentar científicamente la gestión de los riesgos psicosociales en el sector. De este modo, se ha podido comprobar la existencia de un sólido consenso en relación con los efectos de la exposición a determinados factores de riesgo en entornos sanitarios diversos, en la medida en que los lugares de trabajo, las tareas o las características del trabajo sanitario (como es, eminentemente, el trato con pacientes) es transversal a los distintos contextos. No obstante, esto es compatible con el hecho de que existen importantes diferencias entre los sistemas sanitarios, la organización del trabajo o la cultura sociolaboral de cada estado, lo cual debe servir como punto de partida para futuras investigaciones enmarcadas en el contexto español. En el marco de este proyecto, la presente síntesis supone un primer paso de una investigación profunda sobre la gestión de los riesgos psicosociales del personal sanitario en España, aspirando por tanto a identificar sus características propias así como sus retos en la materia.

06

01

02

03

04

05

Los factores de riesgo psicosocial con mayor impacto sobre la salud mental del personal sanitario, a tenor de la literatura científica recogida, son las altas demandas psicológicas, la falta de control y autonomía, el bajo apoyo social, la sobrecarga de trabajo y los distintos factores de riesgo asociados al tiempo de trabajo, desde el trabajo a turnos o nocturno a la prolongación de la jornada. Una parte fundamental de la exposición a estos factores de riesgo ha de entenderse en el marco de la interacción cotidiana entre el personal sanitario y los pacientes, así como con sus propios compañeros/as. La interrelación entre los distintos factores de riesgo, como señala la literatura (NTP 926), se hace evidente en un contexto como el sanitario, particularmente en lo que respecta a las demandas psicológicas. Una inadecuada organización de la carga o el tiempo de trabajo, junto con un escaso control y un bajo apoyo social, generan unas elevadas exigencias tanto en el plano cognitivo como en el emocional, lo que explica su asociación con la sintomatología depresiva, la fatiga física y emocional o los daños fisiológicos asociados al estrés negativo. Otros factores estudiados, como el conflicto de rol, el desequilibrio esfuerzo-recompensa, la falta de formación o la percepción de injusticia organizacional no encontraron una conexión tan significativa con la salud mental como los anteriores, si bien hay que tener en cuenta que muchos de ellos no se incluyeron como variables de estudio en la mayoría de los artículos recogidos. En este sentido, no cabe concluir que la exposición a los mismos sea inocua, pudiendo igualmente contribuir a empeorar la salud mental en su combinación con el resto de los factores de riesgo, el conflicto trabajo-familia o la exposición a acoso y violencia.

Los principales daños sobre la salud mental del personal sanitario derivados de la exposición a factores psicosociales son de tipo emocional, destacando la depresión, la ansiedad, la tensión o el agotamiento emocional. Paralelamente, otros daños o conductas de estrecha conexión con la salud mental que ha subrayado la literatura se corresponden con los trastornos del sueño (mayormente relacionados con el tiempo de trabajo), la fatiga física y el consumo de psicotrópicos. Asimismo, si bien no fueron operativizados como variables, cabe tener en cuenta los desórdenes fisiológicos que habitualmente acompañan al estrés psicológico y al conjunto de daños emocionales, junto con los efectos psicológicos o emocionales originados por la violencia o la amenaza de esta.

El marcado componente emocional de la experiencia laboral del personal sanitario entronca además con la alta incidencia del síndrome de *burnout* en el sector, como ha corroborado la evidencia recogida, fruto mayormente del desgaste emocional que produce el trato con pacientes en combinación con el resto de los factores de riesgo estudiados. Padeecer este síndrome no solo compromete la salud mental de quien lo sufre, ya que la despersonalización que lo caracteriza genera actitudes y conductas negativas hacia pacientes y compañeros/as, que pueden intensificar los riesgos psicosociales y sus consecuencias, complicando además la adecuada prestación del servicio sanitario.

En una línea similar, y a pesar de no constituir inicialmente uno de los principales focos de interés de la presente revisión, era ineludible abordar las distintas violencias a las que está expuesto el personal sanitario. Como reflejan dos de los artículos recogidos, la ocurrencia de la violencia va también conectada a la exposición a factores de riesgo psicosocial,

06

01

sin olvidar la potencial influencia de los síntomas del síndrome de *burnout* en aumentar el riesgo de que se produzcan agresiones físicas o verbales.

02

En definitiva, la evidencia reunida en este informe aspira a constituir el fundamento científico de una adecuada gestión de los riesgos psicosociales en el personal sanitario.

03

04

Además, independientemente de lo anterior, es necesario destacar que, de acuerdo con el artículo 4.7.d de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, una "condición de trabajo" se define como cualquier característica del trabajo que pueda influir en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador/a, especificando que quedan incluidas las condiciones de trabajo "relativas a su organización y ordenación". En esta línea, la obligación establecida en el artículo 14 de la misma ley, por la cual la empresa (pública o privada) debe garantizar la seguridad y salud de sus personas trabajadoras y llevar a cabo una prevención de sus riesgos laborales, se extiende también a los riesgos psicosociales, que han sido objeto de estudio en este informe. Por lo tanto, la necesidad de gestionar los riesgos psicosociales para prevenir el deterioro de la salud mental en la población trabajadora en general y en el personal sanitario en particular es una obligación legal.

05

Conocer la correlación entre la exposición a los distintos factores de riesgo psicosocial y sus posibles consecuencias sobre la salud mental tiene principalmente dos propósitos: facilitar los procesos de identificación de factores de riesgo psicosocial, evaluación e intervención psicosocial para prevenir el deterioro de la salud mental, y concienciar y sensibilizar sobre la importancia de proteger la salud mental actuando preventivamente sobre dichos factores de riesgo psicosocial. Gestionar los riesgos psicosociales del personal sanitario puede no solo prevenir el deterioro de su salud mental, sino también contribuir a proporcionar un servicio asistencial de calidad, satisfaciendo por tanto a la totalidad de la población.

06

01

02

03

04

05

06



BIBLIOGRAFÍA

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2021. Musculoskeletal disorders: association with psychosocial risk factors at work. Disponible en https://osha.europa.eu/sites/default/files/2021-11/MSDs_association_pshychosocial_risks_factors_at_work_report.pdf.

Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2025. Marco estratégico de la UE sobre seguridad y salud en el trabajo 2021-2027. Disponible en <https://osha.europa.eu/es/safety-and-health-legislation/eu-strategic-framework-health-and-safety-work-2021-2027>.

Ansoleaga, E., 2015. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista Médica de Chile*, 143 (1).

Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Bernal, D., Campos-Serna, J., Tobías, A., Vargas-Prada, S., Benavides, F. G., & Serra, C. (2015). Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 52(2), 635–648.

Bezzina A, Austin E, Nguyen H, James C (2023). Workplace Psychosocial Factors and Their Association With Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Workplace Health and Safety*, 71(12), 578-588.

Bonde, J.P., 2008. Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational & Environmental Medicine*, 65(7), 438-45.

01

Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J., & Marmot, M., 1998. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88(1), 68-74.

02

Chen, W.; Sun, Y; Lan, T.; Chiu, H., 2007. Incidence and Risk Factors of Workplace Violence on Nursing Staffs Caring for Chronic Psychiatric Patients in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(11), 2812-21.

03

04

Chen, W.Q.; Yu, I.T.S.; Wong, T.W., 2005. Impact of occupational stress and other psychosocial factors on musculoskeletal pain among Chinese offshore oil installation workers. *Occupational & Environmental medicine*, 62, 251-256.

05

06

CIE. Consejo Internacional de Enfermería. 2025. Definiciones actuales de enfermería. Disponible en <https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria/definiciones-actuales-de-enfermeria>.

Comisión Europea. 2025a. Public Health. Expert Panel on effective ways of investing in health. Disponible en https://health.ec.europa.eu/expert-panel-effective-ways-investing-health_en.

Comisión Europea. 2025b. Public Health. UEproSalud 2021-2027: Una visión para una Unión Europea más sana. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_es#latest-updates.

Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. 2025. Campañas de sensibilización frente a las agresiones en el ámbito sanitario. Disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/prevencion-riesgos-laborales/plan-integral-frente-agresiones/campanas-sensibilizacion-frente-agresiones-ambito-sanitario>.

Cox, T., Griffiths, A., & Rial-González, E. 2000. Research on work related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Dirección del Organismo Estatal Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Criterio Técnico 104/2021, sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en riesgos psicosociales. Disponible en https://www.mites.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Atencion_ciudadano/Criterios_tecnicos/CT_104_21.pdf.

Dormann, C., & Zapf, D., 2004. Customer-Related Social Stressors and Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 61–82.

Estryn-Behar, M.; Kaminski, M.; Peigne, E.; Bonnet, N.; Vaichere, E.; Gozlan, C.; Azoulay, S.; Giorgi, M, 1990. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *British journal of industrial medicine*, 47(1), 20-8.

Fischer, F.M., Oliveira, D.C., Nagai, R., Teixeira, L.R., Júnior, M.L., Latorrec, M.R.D.O., & Cooper, S.P., 2005. Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. *Revista de Saude Publica*, 39(2), 245-53.

Gallo Vallejo, F.J.; Altisent Trota, J.; Díez Espino, J.; Fernández Sánchez, C.; Foz i Gil, G.; Granados Menéndez, Ml.; Lago Deibe, F. 1999. Perfil

01

profesional del médico de familia. *Revista Atención Primaria*, 23(4). Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perfil-profesional-del-medico-familia-14766>.

02

Groneberg DA, Braumann H., Rolle S., Quarcoo D., Klingelhöfer D., Fischer A., Nienhaus A., Brüggmann D., 2020. Needlestick injuries: a density-equalizing mapping and socioeconomic analysis of the global research. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 93, 995–1006.

03

04

05

Hadžibajramović, E.; Ahlberg Jr, G.; Grimby-Ekman, A., 2019. Concurrent and lagged effects of psychosocial job stressors on symptoms of burnout, *International Archives of Occupational and Environmental Health* 92(7).

06

Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Criterio Técnico ITSS 104/2021 sobre actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en riesgos psicosociales, de 14 de abril de 2021. Disponible en https://www.mites.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Atencion_ciudadano/Criterios_tecnicos/CT_104_21.pdf.

Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023. Estrategia Cántabra de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2028. Disponible en https://interactivopepis.cantabria.es/estrategia_2023_2028/.

Instituto Catalán de la Salud (ICS), 2022. La violencia no es el camino. Campaña informativa para prevenir las situaciones de violencia contra los profesionales. Disponible en https://ics.gencat.cat/ca/lics/informacio-corporativa/equip-huma/prevencio_de_riscos/campanya-per-prevenir-les-situacions-de-violencia-contra-els-professionals-/index.html.

Instituto Nacional de Estadística, 2020. Módulo 2020. Accidentes laborales y problemas de salud relacionados con el trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Instituto Nacional de Estadística, 2022. Censo anual de población (Ocupación y actividad). 2021-2022.

Instituto Nacional de Estadística, 2024. Encuesta de Población Activa (EPA). Ocupados. Media de los cuatro trimestres del año. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2010. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Disponible en <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales,+formas,+consecuencias,+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas/c4cde3ce-a4b6-45e9-9907-cb4d693c19cf>.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2015. Algunas orientaciones para evaluar los factores de riesgo psicosocial (edición ampliada). Disponible en <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Algunas+orientaciones+para+evaluar+los+factores+de+riesgo+psicosocial.pdf/9b38de84-a9e0-4c08-bce4-92b5ff4f0861?t=1603062185435>.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2018. El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general. Disponible en <https://www.insst.es/documents/94886/538970/>

01

El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo una visión general. [pdf/7b79def3-88be-4653-8b0e-7518ef66f518?t=1551312519071](https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/directrices-basicas-para-la-gestion-de-los-riesgos-psicosociales-ano-2022).

02

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2022. Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales. Disponible en <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/directrices-basicas-para-la-gestion-de-los-riesgos-psicosociales-ano-2022>.

03

04

05

Instituto Nacional de Seguridad y Salud En el Trabajo, 2023a. Salud mental y Trabajo - Diagnóstico de situación. Disponible en <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/salud-mental-y-trabajo-2023>.

06

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023b. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2023-2027). Disponible en <https://www.insst.es/documents/d/portal-insst/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2023-2027>.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Impacto de la pandemia por Covid-19: Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios. 2022. Disponible en [Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19](#).

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 1166. 2021. Modelo de demandas y recursos laborales: Marco teórico. Disponible en <https://www.insst.es/documents/94886/566858/NTP+1166+Modelo+de+demandas+y+recursos+laborales.+Marco+te%C3%B3rico+A%C3%B1o+2021.pdf/d378faa8-05eb-8642-78bc-163f7ca34444?version=1.0&t=1639572327442>.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 1185. 2023. Conflicto trabajo-familia o doble presencia como riesgo psicosocial: Marco conceptual y consecuencias. Disponible en <https://www.insst.es/documents/94886/7788900/NTP+1185+Conflicto+trabajo-familia+o+doble+presencia+como+riesgo+psicosocial+Marco+conceptual+y+consecuencias.pdf/8447bff7-727d-addc-da50-7d81391a653?version=1.0&t=1727186868548&download=true>.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 1186. 2023. Conflicto trabajo-familia o doble presencia como riesgo psicosocial: Evaluación y medidas preventivas. Disponible en <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/36-serie-ntp-numeros-1176-a-1190-ano-2023/ntp-1186-conflicto-trabajo-familia-o-doble-presencia-como-riesgo-psicosocial-evaluacion-y-medidas-preventivas>.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 489. 1998. Violencia en el lugar de trabajo Disponible en <https://www.insst.es/documents/94886/191012/NTP+489+Violencia+en+el+lugar+de+trabajo.pdf/2ffefd10-d646-4592-8dae-488e67d9db23?version=1.0>.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 603. 2001. Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyosocial (I). Disponible en https://www.insst.es/documents/94886/7861730/ntp_603.pdf/

01

f15ca511-259c-480b-9f12-28ef5349b3c1?version=1.2&t=1727418177398&download=true.

02

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 604. 2001. Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyosocial (II). Disponible en <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/17-serie-ntp-numeros-576-a-610-ano-2003/ntp-604-riesgo-psicosocial-el-modelo-demanda-control-apoyosocial-ii->.

03

04

05

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 704. 2000. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación Disponible en https://www.insst.es/documents/94886/7852705/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768?version=1.2&t=1727363584134&download=true.

06

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 705. 2000. Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Disponible en https://www.insst.es/documents/94886/7852705/ntp_705.pdf/a6901ca1-e0a3-444d-96dd-419079da204d?version=1.2&t=1727363584849&download=true.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 926. 2012. Factores psicosociales: metodología de evaluación. Disponible en <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/27-serie-ntp-numeros-926-a-960-ano-2012/nota-tecnica-de-prevencion-ntp-926>.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Trabajar en tiempos de COVID-19: Buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios. 2020. Disponible en <https://www.insst.es/noticias-insst/trabajar-en-tiempos-de-covid19-buenas-practicas-de-intervencion-psicosocial-en-centros-sanitarios>.

Johnson, J., Steward, W., Hall, E., Fredlund, P., & Theorell, T, 1996. Long-term psycho social work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *American Journal of Public Health*, 86, 324-331.

Johnson, J., Hall, E. 1988. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*, 78, 1336-1342.

Junta de comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Economía, Empresas y Empleo. 2022. Acuerdo Estratégico de Prevención de Riesgos Laborales de Castilla-La Mancha 2022-2026. Disponible en https://seguridadlaboral.castillalamancha.es/sites/default/files/2022-11/aepri_2022-2026.pdf.

Karasek, R. 1979. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-309.

Karasek, R., Theorell, T. 1990. *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Väänänen, A., & Vahtera J., 2006. Work stress in the aetiology of coronary heart disease

01

– a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 32(6), 431-442.

02

Lamy, S., Descatha, A., Sobaszek, A., Caroly, S., De Gaudemaris, R., & Lang, T. 2014. Role of the work-unit environment in the development of new shoulder pain among hospital workers: a longitudinal analysis. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 40(4), 400–410.

03

04

Magnavita, N., 2014. Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: A Chicken-and-Egg Situation—Results of a 6-Year Follow-up Study. *Journal of Nursing Scholarship* 46(5).

05

06

Magnavita, N.; Heponiemi, T., 2012. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1) .

Maslach, C., 1976. Burn-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.

Melchior, M., Caspi, A., Milne, B.J., Danese, A., Poulton, R. & Moffitt, T.E., 2007. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*, 37(8), 1119-1129.

Menghini, L.; Balducci, C., 2021. The Importance of Contextualized Psychosocial Risk Indicators in Workplace Stress Assessment: Evidence from the Healthcare Sector. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(6).

Ministerio de Sanidad, 2022. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026). Disponible en https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf.

Ministerio de Sanidad, 2024a. Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud. Año 2023. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/Informe_RRHH_2023.pdf.

Ministerio de Sanidad, 2024b. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. Año 2023. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf.

Moss, M.; Good, V.; Gozal, D., 2016. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement—Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. *American Journal of Critical Care* 25(4), 368-376.

Niedhammer I, Bertrais S, Witt K. 2021a. Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*, 47(7), 489-508.

Niedhammer I, Sultan-Taïeb H, Parent-Thirion A, Chastang JF. 2021b. Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe. *Int Arch Occup Environ Health*. 2022, 95(1), 233-247.

Organización Médica Colegial de España y Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2022. Encuesta del Observatorio de Género de la

01

Profesión Médica. Disponible en <https://www.cgcom.es/publicaciones/encuesta-del-observatorio-de-genero-de-la-profesion-medica>.

02

Organización Mundial de la Salud, 2024a. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 11ª revisión (2024). Disponible en <https://www.who.int/es/standards/classifications/classification-of-diseases>.

03

04

Organización Mundial de la Salud, 2024b. *La salud mental en el trabajo*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>.

05

06

Organización Mundial de la Salud, 1948/2025. *Constitución*. Disponible en <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>.

Özyaman Boya, F.; Demiral, Y.; Ergor, A.; Akvardar, Y., 2008. Effects of Perceived Job Insecurity on Perceived Anxiety and Depression in Nurses. *Industrial Health* 46(6), 613-9.

Piko, B., 2006. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43(3), 311-8.

Portela, L.; Rotenberg, L.; Waissmann, W., 2004. Self-Reported Health and Sleep Complaints Among Nursing Personnel Working Under 12 h Night and Day Shifts. *Chronobiology International*, 21(6), 859–870.

Punnet, L., 2022. Response to NIOSH Request for Information on Interventions to Prevent Work-Related Stress and Support Health Worker Mental Health. *NEW SOLUTIONS A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 32(2).

Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W.A., Blackett, K.N., Sitthiamorn, C., Sato, H., & Yusuf, S., 2004. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364, 953-962.

Sharma, A.; Sharp, D.M.; Gresson Walker, L.; Monson, J. 2008. Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the *National Health Service Colorectal Disease*, 10(4), 397-406.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.

Stansfeld, S., & Candy, B., 2006. Psychosocial work environment and mental health – a metaanalytic review. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 32, (6), 443-462.

Tennant, C., 2001. Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 697-704.

Tipayamongkholgul M., Luksamijarulkul P., Mawn B., Kongtip P., Woskie S, 2016. Occupational Hazards in the Thai Healthcare Sector. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 26 (1).

01

Twitchell, K.T., 2003. Bloodborne pathogens. What you need to know--Part I. *American Association of Occupational Health Nurses*, 51(1).

02

Tyler, P.; Cushway, D., 1998. Stress and well-being in health-care staff: The role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine*, 14(2), 99–107.

03

Vijendren, A.; Yung, M.; Sanchez, J., 2014. The ill surgeon: a review of common work-related health problems amongst UK surgeons. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 399(8).

04

05

Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortenese, P.B., Burr, H., Tuchsén, F., & Bonde, J.P., 2008. Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC Public Health*, 8.

06

Zhang, X.; R. Smith, D.; Zheng, A.; Wang, R., 2011. Occupational stress and psychosomatic complaints among health professionals in Beijing, China. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 40(2).

Legislación citada

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 10 de noviembre de 1995 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>.

Decreto 140. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2006). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=237231>.

ANEXO I.

Palabras clave “Problemática de los Servicios de Prevención para proteger de forma integral la salud mental en el sector sanitario”.

Factores de riesgo / Riesgo psicosocial	Estrés	Salud mental	Intervenciones	Sector sanitario	Salud ocupacional
Factores de riesgo psicosocial: Psychosocial hazard Psychosocial factor Organizational hazard Organizational working conditions Work organization Change of job Job Loss Incompatible work Stressful work Schedule Interpersonal interactions Psychological work environment Job insecurity Job control Contextualized psychosocial risk indicators Personnel turnover Workload Social support Riesgo psicosocial: Psychosocial risk Aggression Violence at the workplace Assessment	Job related stress Work- and Worker-Stress Work related stress Occupational stress Job strain Work- and Worker- strain Emotional stress Job stress Mental stress Workplace stress	Psychological disorder Psychological illness Psychological health Mental illness Mental disorders Mental disease Mental health Depression Anxiety Post-traumatic stress Cognition disorders Affective symptoms Sleep disorders Maintenance disorders Mental Health status State of mental health Alcohol consumption Alcohol abuse Drug use Drug abuse Consumption of psychotropic drugs Abuse of psychotropic drugs Self-medication Burnout	Intervention Treatment Training Strategy Strategies Management Countermeasure	Health care worker Health worker Health care sector Health sector Health care Staff Health staff Health care professionals Health care professional Health professional Health Care personnel Health personnel Delivery of health Care Care worker	Occupational health Occupational health and safety Occupational exposure OSH

ANEXO II.
Crterios de inclusi3n y exclusi3n.

	Inclusi3n	Exclusi3n
Idioma	Ingl3s o espa3ol.	Cualquier idioma diferente al ingl3s o espa3ol.
Muestra	La muestra analizada procede del sector sanitario. Personal sanitario con actividad sanitaria o m3dica que desarrollen su actividad en hospitales o centros sanitarios.	La muestra analizada procede de cualquier otro sector distinto al sanitario, incluyendo el personal y profesorado docente sanitario o representa un porcentaje de la muestra total. Muestra con diagn3stico de psicopatolog3as previas. Personal sanitario con actividad sanitaria o m3dica que no desarrollen su actividad en hospitales o centros sanitarios.
Contexto de la investigaci3n	Art3culos no relacionados con contextos de crisis sanitarias, pandemias o desastres naturales. Es decir, que tuvieron lugar antes o despu3s de dichos escenarios.	Art3culos relacionados con contextos de crisis sanitarias, pandemias o desastres naturales.
Otros	Art3culos centrados en evaluaci3n e intervenci3n (gesti3n preventiva).	Intervenci3n que trate el retorno al trabajo por motivos de salud mental. Intervenciones basadas en la validaci3n de cuestionarios.

ANEXO III.
Artículos científicos analizados en la revisión bibliográfica.

Título	Autor/es	Año
Response to NIOSH Request for Information on Interventions to Prevent Work-Related Stress and Support Health Worker Mental Health.	Laura Punnett	2022
The Importance of Contextualized Psychosocial Risk Indicators in Workplace Stress Assessment: Evidence from the Healthcare Sector.	Luca Menghini and Cristian Balducci	2021
Concurrent and lagged effects of psychosocial job stressors on symptoms of burnout.	Emina Hadžibajramović, Gunnar Ahlborg Jr, Anna Grimby-Ekman	2019
An Official Critical Care Societies Collaborative Statement—Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals.	Marc Moss; Vicki S. Good; David Gozal	2016
Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público.	Elisa Ansoleaga	2015
Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: A Chicken-and-Egg Situation—Results of a 6-Year Follow-up Study.	Nicola Magnavita	2014
The ill surgeon: a review of common work-related health problems amongst UK surgeons.	Ananth Vijendren & Matthew Yung & Jose Sanchez	2014
Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study.	Nicola Magnavita and Tarja Heponiemi	2012
Occupational stress and psychosomatic complaints among health professionals in Beijing, China.	Xing Zhang, Derek R. Smithb, Yuxin Zheng and Rui-Sheng Wang	2011
Effects of Perceived Job Insecurity on Perceived Anxiety and Depression in Nurses.	Fatma Özyaman Boya, Ycel Demiral, Alp Ergor, Yildiz Akvardar	2008
Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service.	Abhiram Sharma, D M Sharp Leslie Gresson Walker John RT Monson Florida Hospital	2008
Workplace Violence on Workers Caring for long – term Institutionalized Schizophrenic Patients in Taiwan.	WenChing Chen, JungDer Wang, ChihYin LewTing, HsienJane Chiu and YiPing Lin	2007
Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey.	Bettina F. Piko	2006
Self-Reported Health and Sleep Complaints Among Nursing Personnel Working Under 12 h Night and Day Shifts.	Luciana F. Portela, Lucia Rotenberg and William Waissmann	2004
Stress and well-being in health-care Staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion.	Patrick Tyler and Delia Cushway	1998
Stress at Work and Mental Health Status among Female Hospital Workers.	M. Estry-Behar, M. Kaminski, E. Peigne, N. Bonnet, E. Vaichere, C. Gozlan, S.Azoulay, M. Giorgi	1990

MATERIAL TÉCNICO

DOCUMENTOS TÉCNICOS



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



NIPO (en línea): 118-25-022-1



DT. 133. 1. 25