Guía de riesgos psicosociales y salud mental en Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales (TPRL): herramientas de evaluación y buenas prácticas

CÓDIGO DE LA ACCIÓN ES0024-2027

Con la financiación de

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL

FUNDACIÓN ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, F.S.P.

Servicios de Prevención Ajenos
CONFEDERACIÓN

Cod. Acción ES2024-2027

Este informe ha sido elaborado por investigadores que pertenecen al grupo de investigación *"Trabajo Líquido y Riesgos Emergentes en la Sociedad de la Información (TR3S-i) "*, de la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

Equipo de Investigación:

- Natalia Orviz Martínez (IP).
- Tatiana Cuervo Carabel
- Eva González Menéndez.
- M.ª Luz Arantzazu García González.
- Fermín Torrano Montalvo.

Y por personal propio de la Confederación Empresarial de Servicios de Prevención Ajenos.

- Óliver Martín Gonzalo.

Con la financiación de Cod. Acción ES2024-2027

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL

FUNDACIÓN ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, F.S.P.

Servicios de Prevención Ajenos CONFEDERACIÓN

Índice

.....1

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN 6

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA 10

CAPÍTULO 3: APROXIMACIÓN AL COLECTIVO DE TPRL.....12

CAPÍTULO 4: PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y SUS CONSECUENCIAS 16

4.1. Factores de riesgo y riesgos psicosociales de los TPRL 16

4.1.1. Factores de riesgo psicosocial 16

4.1.2. Estrés laboral.....26

4.2. Principales consecuencias en la salud mental.....28

4.2.1. Síndrome de desgaste ocupacional o burnout 29

4.2.2. Problemas de ansiedad y depresión 33

4.2.3. Trastorno de estrés postraumático (TEPT) 35

4.2.4. Otras consecuencias sobre la salud mental.....36

CAPÍTULO 5: HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL 39

5.1. Instrumentos generales para la evaluación de factores de riesgo psicosocial 40

5.1.1. FPSICO 41

5.1.2. CoPsoQ/Istas21.....42

5.1.3. DECORE 43

5.1.4. Cuestionario RED del equipo WANT.....44

5.1.5. Batería UNIPSICO.....45

5.1.6. MARC-UV.....47

5.1.7. Técnicas cualitativas para la evaluación psicosocial.....48

Con la financiación de

Cod. Acción ES2024-2027

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL
FUNDACIÓN ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, F.S.P.
Servicios de Prevención Ajenos CONFEDERACIÓN

5.2. Instrumentos para la evaluación de riesgos psicosociales específicos 50
5.2.1. Conflicto Trabajo-Familia 50
5.2.2. Estrés laboral 51
5.2.3. Mobbing o acoso laboral 52
5.3. Instrumentos para la evaluación de la salud percibida 55
5.3.1. Instrumentos generales para la evaluación de la salud mental 55
5.3.2. Escalas específicas para evaluar indicadores clave de salud mental 60
CAPÍTULO 6: MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS 71
6.1. Organización del trabajo 75
6.1.1. Fomentar la participación de los TPRL en la gestión preventiva 75
6.2. Contenido y naturaleza de la tarea 84
6.2.1. Rotación de Puestos 85
6.2.2. Ampliación y enriquecimiento de las tareas 85
6.3. Medidas personales e interrelacionales 88
6.3.1. Entrenamiento en habilidades sociales 88
6.3.2. Estrategias de afrontamiento al estrés 91
6.3.3. Práctica de Mindfulness 94
6.3.4. Resolución de conflictos 95
6.3.5. Fomento de autocuidado y hábitos saludables 98
6.3.6. Programa de atención al empleado (EAP) 100
6.3.6. Reincorporación laboral y adaptación en trabajadores con problemas de salud mental 101
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES 104
BIBLIOGRAFÍA 113

Con la financiación de
Cod. Acción ES2024-2027
GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE TRABAJO Y ECONOMÍA SOCIAL
FUNDACIÓN ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, F.S.P.
Servicios de Prevención Ajenos CONFEDERACIÓN

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

La prevención de riesgos laborales constituye un elemento fundamental para garantizar la seguridad, la salud y el bienestar de la población trabajadora, así como para favorecer la sostenibilidad de las organizaciones. En este contexto, el personal técnico en prevención de riesgos laborales (TPRL) desempeña una función esencial en la identificación, evaluación y control de los riesgos presentes en el entorno de trabajo, de acuerdo con las funciones establecidas en el Real Decreto 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP). Su actuación resulta determinante no solo para reducir la siniestralidad laboral y prevenir daños para la salud, sino también para promover la integración de la cultura preventiva en todos los niveles de la organización.

Sin embargo, el desempeño de estas funciones conlleva la exposición a diversos factores de riesgo, especialmente de carácter psicosocial. Estos factores, relacionados con la organización del trabajo, el contenido de las tareas, las relaciones interpersonales y el entorno laboral, pueden afectar de forma significativa a la salud física, psicológica y social de las personas trabajadoras (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2016). Su relevancia ha aumentado en las últimas décadas como consecuencia de las transformaciones experimentadas en los modelos de organización del trabajo y de la creciente complejidad de los entornos laborales. En este sentido, modelos teóricos ampliamente consolidados, como el modelo demanda-control-apoyo social (Karasek y Theorell, 1990) y el modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996), señalan que la combinación de elevadas exigencias laborales, una limitada capacidad de decisión y un escaso reconocimiento puede favorecer la aparición de estrés laboral y otros problemas relacionados con la salud mental.

Las características propias de la actividad desarrollada por los TPRL hacen que estos factores adquieran una especial relevancia. La elevada carga de trabajo, la gestión simultánea de múltiples responsabilidades, la necesidad de adaptación continua a cambios normativos y el cumplimiento de plazos ajustados configuran un contexto laboral especialmente exigente. A ello se suma la responsabilidad asociada a la toma de decisiones en materia de seguridad y salud laboral, cuyas consecuencias pueden repercutir

tanto en la protección de las personas trabajadoras como en los resultados económicos y organizativos de las empresas. Asimismo, diversos estudios han identificado otros factores de riesgo psicosocial vinculados a esta profesión, entre los que destacan la percepción de un insuficiente reconocimiento profesional, una limitada autonomía en la toma de decisiones y una compensación que, en ocasiones, no se corresponde con el nivel de responsabilidad asumido (Sánchez-Herrera et al., 2017). De igual modo, la falta de una cultura preventiva plenamente integrada en determinadas organizaciones puede traducirse en resistencias a la implantación de medidas preventivas, dificultades de colaboración o un escaso respaldo por parte de la dirección y del resto del personal. Estas circunstancias pueden incrementar el riesgo de estrés, desgaste emocional y frustración profesional (Gil-Monte et al., 2006).

Por otro lado, los procesos de digitalización y la transformación de las formas de organización del trabajo han introducido nuevos desafíos en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. La incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), junto con la expansión del teletrabajo y del trabajo en movilidad, han modificado las condiciones en las que el personal TPRL desarrolla su actividad. Si bien estos cambios ofrecen oportunidades en términos de flexibilidad y eficiencia, también generan riesgos emergentes, como la sobrecarga informativa, la hiperconectividad o la dificultad para delimitar los tiempos de trabajo y descanso (Eurofound, 2020; López-González et al., 2022).

Las consecuencias derivadas de la exposición prolongada a estos riesgos psicosociales pueden ser significativas, afectando tanto a la salud mental como al bienestar emocional de los TPRL. Entre los efectos más relevantes se encuentran el estrés laboral crónico, la ansiedad, la fatiga mental y el síndrome de *burnout*, caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal (Maslach y Jackson, 1981; Gil-Monte, 2005). Además, estas problemáticas no solo repercuten a nivel individual, sino que también pueden afectar al funcionamiento organizacional, disminuyendo la eficacia de las actuaciones preventivas y deteriorando el clima laboral.

En este contexto, resulta necesario disponer de herramientas que permitan identificar, evaluar y prevenir los riesgos psicosociales asociados al desempeño de las funciones preventivas. La presente guía se plantea como un recurso dirigido a favorecer el bienestar psicológico del personal técnico de prevención de riesgos laborales, proporcionando orientaciones para la implantación de medidas preventivas y el diseño de intervenciones adaptadas a las características del puesto y a las nuevas exigencias derivadas de los cambios organizativos y de la creciente digitalización del entorno laboral.

En línea con esta finalidad, el estudio se fundamenta en la revisión y sistematización de la evidencia científica disponible, desde una perspectiva amplia que permita integrar el conocimiento existente. Dado el carácter multifactorial y contextual de la salud mental y de los riesgos psicosociales, la obtención de evidencia primaria mediante un estudio de campo requeriría un diseño específico adaptado a una población y contexto determinados. En este sentido, el propósito de esta guía no es establecer una estimación específica de la situación de un colectivo concreto, sino ofrecer un marco de referencia basado en la evidencia que facilite la comprensión y gestión de los riesgos relacionados con la salud mental en los TPRL.

Asimismo, la guía se enmarca en los principales compromisos internacionales y nacionales en materia de seguridad y salud en el trabajo. En el ámbito internacional, contribuye al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: Salud y Bienestar de la Agenda 2030, orientado a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas, así como de la meta 3.d, dirigida a reforzar la capacidad para la gestión de los riesgos y amenazas para la salud. En el ámbito nacional, se alinea con la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027, que identifica como una de sus líneas prioritarias la anticipación a los riesgos nuevos y emergentes, prestando especial atención a los factores psicosociales, la salud mental y a los efectos de la transformación digital y de los cambios organizativos sobre las condiciones de trabajo.

Este enfoque encuentra su fundamento legal en la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), cuyo artículo 15 establece los principios de la acción preventiva. Entre ellos, la adaptación del trabajo a la persona, la consideración de la evolución de la técnica, la integración de la prevención en el conjunto de las actividades empresariales y, de manera especial, la atención a todos los factores de riesgo, incluidos aquellos de

naturaleza psicosocial. Aunque en ocasiones resultan menos visibles que los riesgos físicos o químicos, su impacto sobre la salud de los trabajadores es igualmente relevante y exige una gestión rigurosa.

Desde esta perspectiva, la guía se concibe como un recurso práctico y accesible dirigido a los TPRL, así como a los equipos directivos y de recursos humanos de las organizaciones. Su finalidad es facilitar la identificación, evaluación y gestión de los riesgos psicosociales inherentes a esta profesión, contribuyendo no solo a la protección de la salud de quienes ejercen funciones preventivas, sino también al fortalecimiento de los sistemas de prevención y a la mejora continua de las condiciones de trabajo.

Para dar cumplimiento a dicha finalidad, se han establecido los siguientes objetivos:

- Analizar el estado actual de la cuestión a partir de una revisión teórica que permita identificar los principales factores de riesgo psicosocial a los que se exponen los TPRL, así como las consecuencias que estos tienen sobre su salud mental y bienestar laboral.
- Recopilar y seleccionar las principales herramientas de evaluación de salud mental validadas en el ámbito laboral, con el fin de ofrecer instrumentos fiables y aplicables a la realidad de este colectivo.
- Identificar y analizar las medidas preventivas más efectivas frente a la exposición a dichos riesgos, distinguiendo entre aquellas de carácter organizacional, personal y social.
- Elaborar un recurso práctico que integre las herramientas de evaluación seleccionadas y un conjunto de recomendaciones y buenas prácticas preventivas, orientado a facilitar su aplicación directa en el ámbito profesional y contribuir así a la mejora de la salud mental de los TPRL.

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA

La metodología empleada se fundamenta en una revisión bibliográfica de la literatura científica y profesional, complementada con el análisis de estudios teóricos y empíricos publicados por organismos de referencia en seguridad y salud en el trabajo (SST) y por revistas especializadas en prevención de riesgos laborales y psicología ocupacional. Este proceso ha permitido recopilar y sintetizar la evidencia disponible sobre los principales riesgos psicosociales que afectan al personal técnico de prevención de riesgos laborales (TPRL), sus consecuencias, las herramientas para la evaluación de la salud mental y las medidas preventivas y buenas prácticas descritas en la literatura. A continuación, se recogen los criterios seguidos:

- Periodo temporal: fecha de publicación entre el 2000 y el 2025, con especial atención a aquellos trabajos editados en la última década para asegurar la vigencia de los contenidos, sin descartar documentos anteriores de reconocido valor científico.
- Temática: riesgos psicosociales en el ámbito laboral, salud mental en el trabajo, factores de riesgo psicosocial en profesionales de la prevención, herramientas de evaluación de salud mental, estrés laboral, síndrome de burnout, así como medidas preventivas, buenas prácticas e intervenciones psicosociales en el entorno organizacional.
- Tipo de documentos: estudios empíricos (cuantitativos y cualitativos), revisiones sistemáticas, metaanálisis, documentos técnicos, guías prácticas e informes elaborados por instituciones de referencia en prevención de riesgos laborales y salud ocupacional.

Las bases bibliográficas y repositorios científicos consultados han sido: *Web of Science, Scopus*, MEDLINE (PubMed), PsycINFO, Dialnet, NIOSHTIC-2 y CISDOC. Para ampliar el alcance de la búsqueda, se recurrió adicionalmente a *Google Scholar*, SciELO y *ScienceDirect*.

La búsqueda se completó con la consulta de informes, guías y documentos técnicos elaborados por instituciones públicas y privadas de reconocido prestigio, entre las que se

incluyen: el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound), la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, se realizó un rastreo manual de las referencias bibliográficas de los documentos seleccionados para localizar publicaciones adicionales de interés.

Se utilizaron las siguientes palabras clave (en español e inglés): prevención de riesgos laborales, técnicos de prevención, riesgo psicosocial, factor de riesgo psicosocial, evaluación de riesgo psicosocial y salud mental. Durante la búsqueda se utilizaron combinaciones booleanas de los términos anteriores que permitieron acotar y ampliar los resultados conforme a los criterios establecidos.

Finalmente, se procedió a la lectura crítica de los documentos localizados, seleccionando aquellos que aportaban información relevante y contrastada. Se dio prioridad a las publicaciones con mayor impacto científico y a aquellas emitidas por instituciones de reconocido prestigio en el ámbito de la prevención de riesgos laborales y la salud ocupacional.

CAPÍTULO 3: APROXIMACIÓN AL COLECTIVO DE TPRL

La actividad desempeñada por los TPRL se caracteriza por una gran variedad de funciones que requiere una elevada especialización y que, además, varían en función de la empresa en la que desarrollan su actividad, lo que evidencia el carácter multidisciplinar de esta profesión (Guennoc et al., 2019; Hale et al., 2020). Esta diversidad funcional hace que los TPRL interactúen de manera continua con distintos niveles jerárquicos y departamentos, desde la dirección hasta los operarios, lo que les exige adaptar su comunicación y enfoque según el interlocutor (Provan et al., 2017; Provan et al., 2019). De hecho, esta necesidad de gestionar simultáneamente demandas técnicas, legales y relacionales puede constituir una fuente potencial de estrés y conflicto de rol, aspectos clave en la identificación de riesgos psicosociales (Minnick, 2013; Olsen, 2012). Comprender esta realidad es el primer paso, tanto para los propios TPRL como para sus responsables, para diseñar entornos de trabajo que protejan la salud mental y potencien el rendimiento.

La complejidad del rol del TPRL ha sido objeto de análisis en la literatura especializada. Provan et al. (2017) señalan que los profesionales de la seguridad se enfrentan a una tensión constante entre su papel de asesor y su función de garantía del cumplimiento normativo. Esta dualidad puede generar conflictos éticos y de rol, especialmente cuando el personal TPRL carece de autoridad formal para implementar las medidas preventivas que propone (Provan et al., 2019). Dotar al TPRL de un respaldo claro y de una autoridad reconocida resulta fundamental para que pueda desempeñar su función con eficacia, evitando situaciones de ambigüedad que puedan derivar en estrés y frustración. En esta línea, Guennoc et al. (2019) destacan que la efectividad del TPRL depende en gran medida del contexto organizacional, incluyendo el nivel de cultura preventiva, el apoyo de la dirección y la claridad en la definición de sus funciones. Por tanto, la organización debe asumir un compromiso activo con la prevención, más allá del cumplimiento meramente formal, estableciendo canales de comunicación fluidos, definiendo con claridad el alcance de su autoridad y reconociendo explícitamente su labor.

A continuación, se recoge un listado no exhaustivo de las funciones que puede desempeñar el personal TPRL, elaborado a partir de lo establecido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y en el RSP (Sánchez-Herrera y Donate, 2019). Conocer estas funciones es fundamental para entender las exigencias y demandas a las que se enfrenta este colectivo en su día a día, y sienta las bases para identificar los principales factores de riesgo psicosocial a los que está expuesto:

- Realizar visitas de inspección para recopilar información sobre las actividades relacionadas con la seguridad y la salud en el trabajo.
- Desarrollar la evaluación de riesgos, físicos, higiénicos, ergonómicos y psicosociales.
- Proponer medidas preventivas que permitan eliminar, reducir o controlar los riesgos.
- Planificar la actividad preventiva.
- Informar y garantizar la consulta y participación de las personas trabajadoras.
- Formar a las personas trabajadoras.
- Desarrollar recomendaciones sobre protocolos que permitan garantizar la vigilancia de la salud.
- Crear planes de emergencia y evacuación.
- Llevar a cabo la investigación de accidentes y enfermedades profesionales.
- Identificar y evaluar el cumplimiento de requisitos legales.
- Asegurar el registro, medición y actualización constante del plan de prevención (entrega de equipos de protección individual, permisos de trabajo, permisos de uso de maquinaria, etc.).
- Garantizar la gestión documental del sistema de prevención de riesgos laborales.
- Desarrollar análisis de la situación epidemiológica a partir de los datos proporcionados por el sistema de información de los servicios de salud u otras fuentes disponibles.

El desempeño de estas funciones requiere no solo conocimientos técnicos y normativos, sino también habilidades en comunicación, negociación, formación,

inteligencia emocional y capacidad para influir en la cultura preventiva de la organización (Hale et al., 2020; Moreira y Neto, 2021). Por ello, la selección, formación y acompañamiento de los TPRL debe contemplar tanto sus conocimientos técnicos como el desarrollo de estas competencias transversales.

Idea clave:

Debe prestarse especial atención a la cualificación profesional exigible para la evaluación de los riesgos psicosociales. De acuerdo con los artículos 34 a 37 del RPS, cuando la evaluación requiera el establecimiento de una estrategia de medición que garantice la adecuada caracterización de la situación analizada o una interpretación o aplicación no mecánica de los criterios de evaluación, su realización corresponde a personal con capacitación para el desempeño de funciones de nivel superior, en el ámbito de la especialidad de Ergonomía y Psicosociología Aplicada. Estas exigencias adquieren especial relevancia en la evaluación de los riesgos psicosociales, que no puede reducirse a la mera administración de cuestionarios o al tratamiento automatizado de sus resultados, sino que exige definir la estrategia de evaluación, seleccionar y aplicar la metodología adecuada, interpretar los resultados atendiendo al contexto organizativo y formular las correspondientes conclusiones y medidas preventivas.

La eventual intervención de profesionales o consultoras externas especializadas en psicología, recursos humanos u otras materias puede aportar conocimientos y apoyo técnico de utilidad, pero no sustituye las competencias ni la responsabilidad que la normativa preventiva atribuye a quienes están habilitados para desarrollar la correspondiente actividad preventiva. En particular, no resulta adecuado que la evaluación sea materialmente realizada por una entidad o profesionales ajenos al sistema preventivo y posteriormente se limite a ser validada o firmada formalmente por el personal técnico del servicio de prevención. La participación de especialistas externos debe articularse dentro de las modalidades de organización preventiva legalmente previstas y sin vaciar de contenido la intervención profesional del personal técnico competente que asume la evaluación, su metodología, la interpretación de sus resultados y las medidas preventivas que de ella se deriven.

A pesar de la importancia de su labor, diversos estudios señalan que la profesión ha arrastrado históricamente una falta de reconocimiento y una percepción de escaso prestigio, lo que repercute directamente en la motivación y la salud mental de quienes la ejercen (Hale et al., 2020; Sánchez-Herrera y Donate, 2019; Wang y Wang, 2021). Esta realidad exige un cambio de enfoque en la gestión de estos profesionales, que no puede limitarse a la supervisión de tareas, sino que debe orientarse a la creación de un entorno que favorezca su desarrollo profesional y su bienestar. Para ello, resulta necesario clarificar su rol y responsabilidades, otorgarles capacidad de decisión en las materias de su competencia, garantizar el apoyo institucional necesario, establecer canales de comunicación fluidos y fomentar una cultura preventiva compartida por todos los niveles jerárquicos. Solo así se podrá proteger la salud de quienes ejercen funciones preventivas, fortalecer los sistemas de prevención y contribuir a la mejora continua de las condiciones de trabajo en toda la organización (Gil-Monte et al., 2006; INSST, 2022).

CAPÍTULO 4: PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y SUS CONSECUENCIAS

4.1. Factores de riesgo y riesgos psicosociales de los TPRL

4.1.1. Factores de riesgo psicosocial

Para poder analizar cuáles son los principales factores de riesgo psicosocial a los que se encuentran expuestos los TPRL se debe en primer lugar tener claro el concepto: "*condiciones de trabajo relacionadas con la organización del trabajo, el contenido y la ejecución de las tareas y con las relaciones interpersonales y los contextos en los que se desarrolla el trabajo, que se materializan de manera inadecuada o deficiente (por diseño, por configuración, dimensionamiento y/o implantación), y que, cuando están presentes, aumentan la probabilidad de que se generen consecuencias negativas para la seguridad y la salud de los trabajadores/as*" (INSST, 2022, p. 15).

En este sentido cabe resaltar que los factores de riesgo psicosocial a los que se encuentra expuesto el colectivo de TPRL estarán asociados tanto a las características y exigencias propias de la profesión, como al contexto organizativo donde desarrollen su actividad. Además, la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2026) señala que, dado que los riesgos psicosociales no siempre son directamente observables, se deben recabar pruebas de fuentes complementarias múltiples: la documentación de la organización, las descripciones de los puestos de trabajo y los procedimientos de gestión pueden poner de manifiesto cómo surgen los riesgos a través de su interacción; por ejemplo, cuando la dotación insuficiente de personal aumenta la carga de trabajo o cuando una formación inadecuada impide a los trabajadores cumplir con las expectativas (p. 90).

De hecho, la última ESENER realizada por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA) reporta como tercer factor de riesgo más frecuentemente identificado por las empresas, lidiar con pacientes, clientes y alumnos difíciles y el 21% de las organizaciones que indican haber identificado factores de riesgo psicosocial, informan que los perciben como más difíciles de gestionar que otros riesgos laborales (EU-OSHA, 2025).

Aspectos como, la cantidad de trabajo a realizar, los plazos, la capacidad de autonomía, el apoyo de superiores y compañeros/as, el contenido del trabajo, etc. pueden constituir factores de riesgo psicosocial si son inadecuados, teniendo un impacto negativo sobre el bienestar mental y emocional de los TPRL. Es por tanto necesario identificar cuáles son los principales factores de riesgo psicosocial para el personal TPRL para eliminarlos, reducirlos y/o controlarlos.

Idea clave

Se debe llevar a cabo un proceso inclusivo que tenga en cuenta no solo los factores de riesgo, sino también quiénes están más expuestos y qué voces pueden estar ausentes en el proceso de evaluación. Para ello, la OIT (2026, p. 92) propone:

- Desagregar, cuando sea apropiado, los datos de encuestas y organizacionales (por ejemplo, por género, edad o tipo de relación laboral).
- Garantizar la participación de todas las personas trabajadoras en las encuestas y procesos de diálogo, incluidas aquellas pertenecientes a grupos minoritarios o potencialmente vulnerables.
- Examinar cómo los modelos de dotación de personal, la asignación de turnos, los sistemas de rendimiento y las líneas de supervisión pueden generar una exposición desigual a los riesgos psicosociales.
- Identificar barreras para la comunicación o denuncia, como el estigma, el miedo a represalias, las barreras lingüísticas o la falta de confianza.
- Integrar la discriminación, así como la violencia y el acoso, dentro de la evaluación de riesgos psicosociales en lugar de abordarlos de manera separada.

A continuación, se recogen los principales factores de riesgo psicosocial para el colectivo de TPRL, siguiendo la clasificación establecida por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST, 2022).

4.1.1.1. Contenido de trabajo

Tal y como señala el INSST (2022), este factor está relacionado con aspectos del diseño de las tareas y las exigencias de estas, así como con el significado que tienen para quien las realiza.

En el caso del colectivo de TPRL, destaca en este punto la elevada especialización y multidisciplinariedad que se asocia a su actividad (Guennoc et al., 2019; Sánchez-Herrera y Donate, 2019; Hale et al., 2020). Se trata de una profesión que depende en gran medida del contexto de la organización (por ejemplo, del sector de actividad, del presupuesto asignado a la seguridad o de la autonomía) y de las personas (por ejemplo, la experiencia, la formación, el deseo de estar al tanto de lo que ocurre). Además, cabe mencionar la necesidad de formación constante que se requiere a los TPRL para adaptarse a los cambios en el conocimiento, la legislación, etc.

Por último, no se debe olvidar la exigencia emocional de la profesión (Silliker, 2020), asociada al hecho de tener que afrontar emocionalmente en algunas ocasiones accidentes mortales, eventos traumáticos, con sentimientos de culpa y miedo a ser demandados.

4.1.1.2. Carga de trabajo/ritmo de trabajo

Este factor engloba tanto la cantidad de trabajo a realizar, como los aspectos cualitativos de éste, asociado al ritmo de trabajo, el nivel de atención requerido, etc. (INSST, 2022).

Dentro del colectivo de TPRL es importante tener en cuenta la alta carga cognitiva de la profesión, asociada a la evaluación de riesgos complejos, a la interpretación constante de normativa y a la toma de decisiones con impacto en la seguridad y salud de las personas trabajadoras. La carga de trabajo podría además verse incrementada por aspectos relacionados con la profesión, como la necesidad de realizar tareas múltiples de manera simultánea, los plazos estrictos o la elevada presión de tiempos que pueden darse

(Guennoc et al., 2019; Sánchez-Herrera y Donate, 2019; Hale et al., 2020; Moreira y Neto, 2021; Wang y Wang, 2021; Matisāne et al., 2024). Y en este punto también cabría tener en cuenta la digitalización que puede acelerar el ritmo de trabajo (notificaciones instantáneas, acceso constante a información, plazos más cortos) y aumentar la percepción de sobrecarga si no se gestiona adecuadamente.

Además, es necesario considerar la carga de trabajo administrativo/burocrático asociada a su actividad (Provan et al., 2017; Provan et al., 2019; Sánchez-Herrera y Donate, 2019). Nuevamente se debe pensar en el impacto de la digitalización, que, por un lado, puede facilitar este trabajo administrativo/burocrático, pero por otro podría suponer una sobrecarga para los TPRL sino cuenta con las competencias digitales necesarias para integrar las TIC en su día a día.

4.1.1.3.Tiempo de trabajo

En este factor se recogerían cuestiones como la cantidad de tiempo trabajado, su distribución, los descansos entre jornadas y las pausas en el trabajo, los horarios atípicos, etc. (INSST, 2022).

En el caso que nos ocupa, el aspecto más reseñable estaría relacionado con el trabajo fuera de horas, que podría estar asociado a inspecciones imprevistas, accidentes laborales, visitas a centros de trabajo dispersos geográficamente, etc., que pueden prolongar de manera no planificada el tiempo de trabajo y ocasionar conflicto entre la vida personal y laboral (López-González et al., 2022) del colectivo. Además, la integración de las TIC y de modalidades de trabajo asociadas a ellas, como el teletrabajo, pueden difuminar los límites entre jornada laboral y tiempo personal, si no se asegura una buena gestión de la desconexión digital.

4.1.1.4. Desempeño de rol

Este factor hace referencia a aquellas cuestiones relacionadas con las funciones y responsabilidades del puesto, así como con las relaciones funcionales (INSST, 2022).

Los TPRL puede tener que enfrentarse en ocasiones a una alta responsabilidad, con la necesidad de tomar decisiones difíciles que podrían tener importantes consecuencias tanto de índole humana como económica para la empresa (Gil- Monte et al., 2006; Martins y Cunha, 2015; Wang y Wang, 2021). Por ejemplo, el personal TPRL puede verse en la obligación de paralizar la actividad de la empresa al detectar un riesgo grave e inminente. Esta decisión implica proteger la SST de las personas trabajadoras, pero al mismo tiempo puede suponer pérdidas económicas significativas, retrasos en la producción o incumplimientos contractuales para la empresa, lo que puede generar un conflicto ético. Se podría hablar de un rol dual, como asesor y garante del cumplimiento legal que puede ser difícil de gestionar si no se garantizan las condiciones de trabajo adecuadas. La ambigüedad de su estatus jurídico, su autoridad limitada y los límites profesionales poco claros restringen la traducción del conocimiento en la toma de decisiones organizativas (Çabuk, 2026).

En este sentido, también pueden aparecer contradicciones entre el poder de los TPRL y la responsabilidad, que pueden derivar en conflicto y ambigüedad de rol (Olsen, 2012; Minnick, 2013; Provan et al., 2017; Guennoc et al., 2019; Sánchez-Herrera y Donate, 2019; Hale et al, 2020; Moreira y Neto, 2021; Nikolić, 2021), sobre todo, cuanto el personal TPRL tiene que ejercer sus funciones en organizaciones con baja cultura preventiva donde no están claras sus competencias reales y no se define su autoridad frente a mandos intermedios.

4.1.1.5. Participación/control

Este factor se relaciona con la capacidad de que la persona trabajadora participe en la toma de decisiones sobre distintos aspectos del desempeño y organización del trabajo (INSST, 2022).

La poca participación del colectivo en la toma de decisiones podría generar una falta de control y autonomía (Olsen, 2012; Minnick, 2013; Provan et al., 2019; López-González et al., 2022). Aspectos como la falta de autoridad en la toma de decisiones (que dependen de la dirección), el rol en ocasiones consultivo del personal técnico, el escaso

margen para planificar tareas, pueden impactar negativamente sobre la salud de los TPRL sino se gestionan adecuadamente.

4.1.1.6. Desarrollo profesional

Este factor incluye cuestiones relacionadas con la posición de la persona trabajadora en la organización, las oportunidades de promoción y la equidad entre lo que la persona aporta y lo que recibe (INSST, 2024).

En este punto, el hecho de que los TPRL sientan que no se reconoce su trabajo, ni su profesión puede impactar negativamente en su salud (Sánchez-Herrera y Donate, 2019; Moreira y Neto, 2021; Hale et al., 2020; Wang y Wang, 2021). Cabría considerar que la prevención puede llegar a ser “invisible” cuando todo va bien, sino existen incentivos o visibilidad de los logros alcanzados, en este caso, el colectivo puede llegar a sentir una escasa valoración profesional e incluso mala imagen y percibir una falta de recompensa hacia sus funciones (López-González et al., 2022).

También se debe tener en cuenta las dificultades para la promoción y el desarrollo profesional (Moreira y Neto, 2021; Wang y Wang, 2021) que podrían aparecer, asociadas al hecho de que los TPRL pueden tener un techo profesional limitado sin proyección jerárquica.

4.1.1.7. Relaciones interpersonales/apoyo social

Este factor engloba aspectos relacionados con las relaciones que se establecen entre las personas en el entorno laboral (INSST, 2022).

En aquellas empresas que no tienen cultura de seguridad o no está suficientemente desarrollada, puede existir una falta de comprensión de las funciones del colectivo, falta de empatía y ausencia de apoyo y cooperación por parte de las personas trabajadoras y alta dirección en la implantación de las medidas preventiva (Matisāne et al., 2004; Provan et al., 2017; Guennoc et al., 2019; Provan et al. 2019; Cantero-Sánchez, 2021; Wang y Wang, 2021). Aquí se puede hablar del “rol intermedio” del personal TPRL que debe interactuar

con distintos niveles jerárquicos (dirección, mandos intermedios, operarios, contratistas) y además desarrollar una coordinación constante.

En ocasiones los TPRL pueden tener que enfrentarse a una resistencia al cambio e incluso a hostilidades por parte de las personas trabajadoras y problemas con los colegas o la dirección (Gil-Monte et al., 2006; Minnick, 2013; Wang y Wang, 2021). En este punto cobran importancia las habilidades de comunicación del personal TPRL para poder comunicarse con asertividad tanto con las personas trabajadoras como con la alta dirección (Moreira y Neto, 2021).

La siguiente tabla recoge un resumen de los principales factores de riesgo psicosocial a los que se encuentran expuestos los TPRL identificados en la literatura previa.

Factores de riesgo psicosocial	Contextualización	Estudios
Contenido del trabajo	Múltiples tareas que dependen de la empresa en la que trabajan (diversidad de empresas en las que trabajan). Necesidad de conocimiento profundo de distintas áreas. Evaluación en elevado número de puestos muy diferentes entre ellos. Se trata de una profesión que depende en gran medida del contexto de la organización (por ejemplo, el sector de actividad, el presupuesto asignado a la seguridad, las relaciones con los responsables de la toma de decisiones, la autonomía) y de las personas (por ejemplo, la experiencia, la formación, el deseo de estar al tanto de lo que ocurre). Se requiere además una formación constante para adaptarse a los cambios en el conocimiento, la legislación, etc. Falta de tiempo para ello.	Neri (2018); Guennoc et al. (2019); Sánchez-Herrera y Donate (2019); Hale et al. (2020)
Carga de trabajo/ritmo de trabajo	Interrupciones constantes. Múltiples tareas. También se puede asociar con la multidisciplinariedad y el hecho de tener que trabajar en empresas muy diversas, lo que podría incrementar la presión de tiempos. Además, los estudios analizados apuntan hacia una elevada carga de trabajo	Provan et al. (2017); Guennoc et al. (2019); Provan et al. (2019); Sánchez-Herrera y Donate (2019); Wang y Wang (2021); Moreira y Neto (2021); Matisāne et al. (2024)

	administrativo/burocrático que ha de ser asumida por el personal TPRL.	
Factores de riesgo psicosocial	**Contextualización**	**Estudios**
Tiempo de trabajo	Trabajo fuera de horas y falta de organización del trabajo.	Moreira y Neto (2021); López-González et al. (2022)
Desempeño de rol	Contradicciones entre poder y responsabilidad, estatus en la empresa. Se enfrentan a dos dilemas: seguridad vs prevención y medidas propuestas vs implantadas. Derivada de su responsabilidad. Toma de decisiones con implicaciones importantes para la empresa.	Gil- Monte et al. (2006); Martins y Cunha (2015); Olsen (2012); Minnick (2013); Provan et al. (2017); Guennoc et al. (2019); Sánchez-Herrera y Donate (2019); Hale et al. (2020); Nikolić (2021); Silliker (2020); Moreira y Neto (2021); Wang y Wang (2021)
Participación/control	Poca participación en la toma de decisiones (se les margina).	Olsen (2012); Minnick (2013); Provan et al. (2019); López-González et al. (2022)
Desarrollo profesional	Los TPRL sienten que no se reconoce su trabajo. Se encuentran en muchas ocasiones una escasa valoración profesional. Mala imagen. Falta de equilibrio entre la percepción de	Moreira y Neto (2019); Sánchez-Herrera y Donate (2019); Hale et al. (2020); Moreira y Neto (2021); Wang y

	esfuerzo y la recompensa recibida a cambio. Dificultad de promoción y de desarrollo profesional.	Wang (2021); López-González et al. (2022)

Factores de riesgo psicosocial	Contextualización	Estudios
Relaciones interpersonales/apoyo	Falta de cooperación por parte de las personas trabajadoras y alta dirección (falta de empatía), falta de cultura preventiva, hostilidades por parte de las personas trabajadoras, problemas con colegas, carencia de habilidades sociales. Falta de apoyo y ayuda en la implementación de medidas preventivas. Falta de comprensión de sus funciones por parte del empresario/a. Su trabajo se queda sobre el papel, no hay implantación. Falta de comunicación. Las habilidades de comunicación (medida preventiva) del personal TPRL se vuelven fundamentales para poder comunicarse con asertividad tanto con las personas trabajadoras, como con la alta dirección.	Minnick (2013); Provan et al. (2017); Guennoc et al. (2019); Provan et al. (2019); Cantero-Sánchez (2021); Moreira y Neto (2021); Wang y Wang (2021); Matisāne et al. (2024)

4.1.2. Estrés laboral

La materialización de los factores de riesgo psicosocial previamente identificados puede conllevar al principal riesgo asociado al colectivo de TPRL: el estrés laboral.

Desde la perspectiva psicosocial, el estrés surge como resultado de la percepción por parte de las personas trabajadoras de un desequilibrio entre las exigencias o demandas de su puesto de trabajo y los recursos de los que disponen para hacer frente a dichas exigencias (Karasek, 1979). Esta respuesta no aparece de forma aislada, sino como consecuencia de la exposición a determinados factores de riesgo psicosocial o estresores, previamente descritos, cuya intensidad, duración y combinación condicionan la probabilidad de desarrollar respuestas de estrés.

La evidencia científica disponible confirma que el estrés constituye uno de los principales riesgos psicosociales para los TPRL y que su origen es claramente multifactorial. Aunque los diferentes estudios destacan factores específicos, todos ellos coinciden en señalar que las características de la organización del trabajo, la definición del rol y las exigencias inherentes al desempeño profesional desempeñan un papel determinante. En este sentido, Moreira y Neto (2021) identifican como principales fuentes de estrés la deficiente organización del trabajo, la comunicación ineficaz, las limitadas oportunidades de desarrollo profesional y la presión derivada de los plazos. Por su parte, Minnick (2013) destaca especialmente el conflicto y la ambigüedad de rol, mientras que Nikolić (2021) incorpora variables relacionadas con el estatus profesional, las características de la organización y el elevado nivel de responsabilidad asociado a las funciones preventivas.

Además de identificar los factores que originan el estrés, algunos autores han analizado la forma en que este puede manifestarse en el colectivo de TPRL. En este sentido, Arteaga et al. (2010) distinguen tres dimensiones complementarias:

- Estrés cognitivo asociado a la ausencia de sentimientos de grupo, tener que esconder emociones, falta de definición de rol y falta de sentido del trabajo.

- Estrés somático relacionado con la falta de calidad de liderazgo, tener que esconder emociones y falta de pertenencia.
- Estrés conductual asociado a los conflictos de rol y a las exigencias de esconder emociones.

Esta clasificación pone de manifiesto que el estrés laboral no constituye una respuesta homogénea, sino que puede expresarse mediante manifestaciones cognitivas, físicas y conductuales. Desde una perspectiva preventiva, ello refuerza la necesidad de abordar el estrés desde un enfoque integral, actuando tanto sobre los factores organizativos que lo generan como sobre la detección temprana de sus diferentes manifestaciones.

4.2. Principales consecuencias en la salud mental

La exposición a los factores y riesgos psicosociales descritos en los apartados anteriores puede tener importantes repercusiones sobre la salud de las personas trabajadoras y, de manera particular, sobre la salud mental del colectivo TPRL. Comprender esta relación resulta fundamental para valorar el verdadero alcance de los riesgos psicosociales y la necesidad de abordarlos desde una perspectiva preventiva.

La salud mental constituye una dimensión inseparable de la salud y mantiene una estrecha interrelación con la salud física y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001)) la define como "*un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad* "(p.1). Esta definición pone de manifiesto que la salud mental trasciende la mera ausencia de trastornos psicológicos y representa un elemento esencial para el desarrollo personal, las relaciones sociales y el desempeño laboral, constituyendo uno de los pilares fundamentales del bienestar individual y colectivo.

El trabajo puede actuar tanto como un factor protector como un factor de riesgo para la salud mental. Cuando las condiciones laborales son adecuadas y la organización proporciona recursos suficientes para afrontar las demandas del puesto, la actividad laboral favorece el desarrollo de competencias, fortalece la autoestima y la percepción de autoeficacia, aporta sentido y propósito, facilita las relaciones sociales y contribuye al establecimiento de rutinas saludables (OMS, 2024). En cambio, cuando las exigencias laborales superan los recursos disponibles o las condiciones organizativas resultan inadecuadas, aumenta la probabilidad de exposición a factores y riesgos psicosociales, como el estrés laboral, con el consiguiente impacto sobre el bienestar psicológico y la salud mental de las personas trabajadoras (Sanderson y Andrews, 2006).

En este sentido, Woo y Postolache (2008) destacan que muchas de las alteraciones relacionadas con la salud mental pueden prevenirse o reducirse mediante intervenciones dirigidas a mejorar las condiciones de trabajo y la organización laboral. Esta perspectiva refuerza el enfoque preventivo de la psicosociología aplicada, al poner de manifiesto que

la promoción de la salud mental no depende exclusivamente de factores individuales, sino también de la capacidad de las organizaciones para identificar, evaluar y controlar los riesgos psicosociales presentes en el entorno de trabajo.

4.2.1. Síndrome de desgaste ocupacional o burnout

Una de las principales consecuencias para la salud mental del estrés es el síndrome de estar quemado (SQT), *burnout* o síndrome de desgaste ocupacional. En 2022, la OMS, en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11) cambia el término de *burnout* por el de síndrome de desgaste ocupacional [1]conceptualizado como el resultado del estrés crónico que no ha sido enfrentado de forma efectiva. Se caracteriza por sentimientos de agotamiento, incremento del distanciamiento mental respecto al trabajo o sentimientos cínicos o negativos en relación con el ámbito laboral y la sensación de ineficacia y ausencia de realización. El síndrome de desgaste ocupacional es, además, exclusivo del contexto laboral. En este sentido, el INSST (2005) lo define como una patología fruto de la interacción del trabajador con ciertas condiciones psicosociales negativas y que se debe, por un lado, a un estrés laboral crónico que deviene en agotamiento emocional y pérdida de motivación laboral y, por otro lado, a las tareas desarrolladas y la falta de condiciones organizacionales que no proporcionan protección y apoyo a los trabajadores.

La triada sintomatológica característica del SQT aúna cogniciones, emociones y actitudes negativas no solo hacia el trabajo, sino también hacia los compañeros y otras personas con las que interactúa la persona trabajadora y hacía su rol profesional. Junto con lo anterior, esta problemática es resultado de una clase específica de afrontamiento al estrés producido por la relación entre el profesional y el cliente o el profesional y la organización (Gil-Monte et al.,2006).

La persistencia mantenida de este desgaste perjudicaría de forma importante la salud general de la persona trabajadora, encontrándose relación con desórdenes

[1] En la CIE-11, el síndrome de desgaste ocupacional se ubica en el apartado Factores que influyen en el estado de salud: problemas asociados con el empleo y desempleo, con el código QD85. https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/es#129180281

psicosomáticos (alteraciones cardiorrespiratorias, problemas gastrointestinales etc.), y con la salud mental, de forma específica, asociándose a ansiedad, depresión, baja autoestima y culpabilidad e incluso suicidio (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007; Gil-Monte, 2015). Además, repercutiría negativamente sobre la interacción social de la persona trabajadora y su rendimiento, favoreciendo la aparición de comportamientos agresivos y disminuyendo el rendimiento a nivel cuantitativo y cualitativo (consúltese la Nota Técnica de Prevención, NTP 705 para ver una relación exhaustiva de consecuencias sobre la salud).

Por último, una característica importante de este síndrome al igual que del estrés es el efecto contagio, tal y como recogen Bakker et al (2005), que se produce entre las personas trabajadoras de la organización.

Distintas investigaciones hacen referencia al síndrome de desgaste ocupacional o *SQT* como una de las problemáticas que afectaría al colectivo TPRL con mayor frecuencia. En efecto, la prevalencia del *burnout* en estos estudios arroja cifras que oscilan desde un 68% de personas trabajadoras con alto agotamiento emocional, falta de realización profesional y despersonalización (Wang y Wang, 2021), hasta un 13,14% en un grado importante de síndrome de desgaste ocupacional con necesidad de intervención (Gil-Monte et al., 2006). Además, un 56% lo habría experimentado en algún momento de su vida (Silliker, 2020) y un 98,3% de personas trabajadoras habrían exhibido diferentes grados de SQT (Wang y Wang, 2021). Estos datos pondrían de manifiesto la presencia tan importante de este síndrome en el personal TPRL.

Concretamente, la aparición y desarrollo de *burnout* en este colectivo parece estar ligado a factores de índole emocional como la presencia y/o investigación de hechos traumáticos (accidentes mortales, daño traumático serio como accidente con desfiguración, desmembramiento etc.) y la responsabilidad derivada de los mismos (Silliker, 2020). En estas situaciones la persona TPRL tiene que gestionar sus propias emociones y las de las otras personas y, en la mayor parte de los casos, no solo se le responsabiliza organizacional, social y legalmente, sino que, además, tenderían a autoculpabilizarse. Otros factores de riesgo que podrían estar relacionados y que recogen los diferentes estudios son el sentirse poco recompensados; la sobrecarga de trabajo con horas excesivas trabajadas diaria y semanalmente (Moreira y Neto, 2021; Wang y Wang, 2021); la falta de tiempo para chequear la eficacia de su trabajo a nivel preventivo que se une a

un trabajo monótono más relacionado con actividades de gestión; carencia de promoción de carrera junto con tareas complejas (Li et al., 2025); los conflictos en las relaciones interpersonales (hostilidades con compañeros y cargos directivos) (Li et al., 2025; Minnick, 2013; WestMoreland, 2024); y la falta de recursos (autonomía y control) (Moreira y Neto, 2021).

Un rápido análisis de estos factores de riesgo específicos del colectivo TPRL, arriba descritos, permite de forma operativa agruparlos en tres grandes categorías: dimensión emocional del trabajo (responsabilidad y relación con personas), organización y contenido del trabajo (presión temporal, sobrecarga, trabajo de gestión monótono, complejidad de las tareas, falta de control y autonomía) e injusticia organizacional percibida (salario bajo, sentirse poco recompensado, falta de desarrollo de carrera y carencia de recursos).

Gil Monte et al. (2006) de forma muy sintética, subrayan que el personal TPRL es un dinamizador de la organización en materia de prevención y que las características del puesto de trabajo, así como las responsabilidades y deberes que se derivan de él pueden provocar presiones y condiciones que den lugar al *burnout.*

Respecto a las variables sociodemográficas que parecen tener relación con el síndrome de desgaste ocupacional, los trabajos analizados reflejan resultados contradictorios. Al respecto, Esparza-Mollá et al. (2025) indican que, de forma general, la literatura científica no proporciona una respuesta clara y determinante acerca del rol que desempeñan estos factores y de la asociación entre ellos y el síndrome de desgaste ocupacional. En el ámbito de los TPRL y respecto a la edad, hay estudios que concluyen que, a menor edad mayor nivel de *burnout* (Moreira y Neto, 2021) y en otros se evidencia que la edad tiene una relación directa con el *burnout*, especialmente en la dimensión de baja realización personal (Wang y Wang, 2021; Westmoreland, 2024). En cuanto al género, las mujeres TPRL, presentan niveles más elevados de *burnout* por la sobrecarga derivada de la suma de tareas domésticas y laborales (Moreira y Neto, 2021), aunque Wang y Wang (2021) en su trabajo hallaron que son los hombres TPRL los que evidencian mayor índice de *burnout*, especialmente en agotamiento emocional que constituye el síntoma central de este síndrome. Estos autores consideran que la tendencia a la expresión emocional verbal, a la que son más proclives las mujeres, actuaría como factor protector.

Por último, se considera relevante destacar uno de los trabajos revisados, de Moreira y Neto (2021), cuyos resultados muestran niveles bajos de *burnout* en los TPRL, con una puntuación alta en realización personal. Los autores indican que, en estas personas trabajadoras, actuarían como factores protectores, por un lado, el estar cubierta la necesidad de realización personal en el ámbito laboral, es decir, habría un fuerte componente vocacional en esta profesión y, por otro lado, el tipo de estrategias de afrontamiento desplegadas que, en el caso de este colectivo, son positivas y activas, centrándose en el problema. Estos hallazgos junto con los anteriores van señalando la dirección a adoptar a nivel preventivo en las dimensiones organizacional e interpersonal (por ejemplo, mejorar autonomía y control, establecer criterios de promoción, promover trabajo cooperativo) e individual (gestionar las emociones, desarrollar estrategias activas de afrontamiento etc.).

4.2.2. Problemas de ansiedad y depresión

Existen, además, distintas alteraciones psicológicas, que tradicionalmente se han venido asociando con riesgos psicosociales como el estrés prioritariamente o con distintos factores psicosociales de riesgo, tales como ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, culpabilidad o baja autoestima (Llaneza, 2016), siendo las más frecuentes la ansiedad y depresión a nivel mundial, europeo y español (UGT, 2025).

La ansiedad y la depresión pueden manifestarse de forma muy diversa. Sin embargo, en los estudios analizados en esta guía no siempre es posible determinar si los resultados hacen referencia a trastornos psicológicos diagnosticados o únicamente a la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión. Por este motivo se ha optado por un criterio conservador. Salvo cuando los estudios indican expresamente la existencia de un diagnóstico clínico como ocurre con el caso del trastorno por estrés postraumático (TEPT) los resultados se interpretan como síntomas de ansiedad y/o depresión.

Los síntomas de ansiedad son variados y tienen que ver con una dificultad importante para relajarse (sentimiento de inquietud), dificultad para pensar con claridad, problemas de concentración, irritabilidad, tensión muscular, fatiga y pensamientos de preocupación excesiva entre otros (American Psychiatric Association [APA],2020).

Las consecuencias de la ansiedad afectan negativamente y de forma directa a la persona deteriorando significativamente su calidad de vida y repercuten sobre la organización y el trabajo, mermando la productividad e incrementando el absentismo laboral.

En el caso de los TPRL y en concordancia con los datos arriba mencionados, el estudio descrito en *Canadian OSH*recoge que casi la mitad (47%) de los participantes entrevistados manifiesta que su trabajo afecta negativamente a su salud mental con un 27% que sufre ansiedad (Silliker, 2020). Además, un 28% tiene la sensación de sufrir algún trastorno mental en un futuro inmediato.

Algunos estudios han señalado la presencia de manifestaciones relacionadas con la ansiedad y la presión asociada al desempeño de sus funciones. En un estudio realizado por *Canadian OSH*, el 47 % de las personas participantes manifestó que su trabajo afectaba negativamente a su salud mental y un 27 % refirió experimentar ansiedad (Silliker, 2020). Estos resultados deben interpretarse teniendo en cuenta las características y el contexto del estudio, por lo que constituyen un indicador de interés, pero no permiten establecer una prevalencia generalizable al conjunto de los TPRL.

La depresión constituye un problema de salud mental que puede manifestarse mediante alteraciones persistentes del estado de ánimo, pérdida de interés, fatiga, dificultades de concentración, alteraciones del sueño y otros cambios que pueden afectar al bienestar y al funcionamiento cotidiano de la persona. Su identificación temprana y la adecuada atención de los factores que pueden contribuir a su aparición forman parte de una gestión integral de la salud mental en el trabajo.

La evidencia específica sobre depresión en el colectivo de TPRL es todavía limitada. En el estudio realizado por *Canadian OSH* con 400 profesionales de la prevención se estimó una prevalencia del 29 % (Silliker, 2020). Este resultado debe interpretarse con cautela, atendiendo a las características de la muestra y de la metodología empleada, y no debe considerarse representativo del conjunto de los TPRL.

Desde una perspectiva organizativa, Westmoreland (2024) señala la relación entre determinados indicadores de bienestar y la intención de abandono del puesto entre profesionales de la prevención. Estos resultados ponen de manifiesto la conveniencia de prestar atención a las condiciones que favorecen el bienestar psicológico, especialmente en puestos que requieren afrontar de forma continuada demandas profesionales, responsabilidades preventivas y situaciones de distinta complejidad.

La prevención de estas situaciones no debe plantearse únicamente desde la respuesta ante posibles problemas de salud, sino también desde la creación de entornos de trabajo que favorezcan el bienestar, proporcionen recursos adecuados y faciliten el apoyo necesario para el desempeño de las funciones preventivas.

4.2.3. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El TEPT se define por la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual bien directa o vicariamente, una vez o de forma repetida, con presencia de síntomas como la rememoración, la reproducción de las respuestas específicas del trauma, hiperactivación y evitación persistente de estímulos asociados al suceso, alteraciones negativas cognitivas (estado emocional negativo persistente, creencias o expectativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás y el mundo. Esta sintomatología perjudica gravemente el ámbito sociolaboral y otras áreas del funcionamiento. En cuanto al criterio clínico temporal es de 1 mes (APA, 2020).

La prevalencia de este trastorno en los TPRL es de un 11% (Silliker, 2020) y su aparición y desarrollo está relacionado con la exposición a accidentes mortales o con lesiones graves de personas trabajadoras y/o su investigación.

La respuesta o reacción de la persona trabajadora que ayuda a un accidentado/a o que lo presencia es normal y en función de cómo lo gestionen el personal TPRL, el grupo y la organización dependerá que se desarrolle un trastorno o no. Por ello, es importante realizar un abordaje multinivel:

a) Individual: autocuidado (fomento hábitos saludables; equilibrio familia-trabajo; desarrollo habilidades de afrontamiento y autoconciencia de habilidades y fortalezas).

b) Grupal: apoyo social, que en el caso de los TPRL parece ocupar un lugar importante, ya que el *De-briefing* posterior a un accidente con las personas trabajadoras y después con otros profesionales parece ser una buena medida preventiva (Silliker, 2020).

c) Organizacional: las organizaciones pueden y deben favorecer las medidas individuales y grupales. Así mismo, desde la instauración de una cultura de aceptación y respeto, promover medidas psicoeducativas etc. (Moreno-Jiménez et al., 2013).

4.2.4. Otras consecuencias sobre la salud mental

4.2.4.1. Problemas del sueño

Las alteraciones del sueño constituyen uno de los principales motivos de consulta en atención primaria y representan uno de los indicadores más frecuentes de deterioro de la salud mental, junto con las conductas adictivas. Su elevada prevalencia y su estrecha relación con diversos trastornos psicológicos hacen que sean consideradas un importante indicador del bienestar de las personas trabajadoras.

En sí mismos los problemas del sueño pueden constituir una patología (por ejemplo, insomnio primario), pero frecuentemente se asocian a otro problema mental como depresión, ansiedad, TEPT o el síndrome del *burnout* (Salvagioni et al., 2017). La dinámica que adopta esta relación es circular, de modo que los trastornos de salud mental comportan alteraciones del sueño y a su vez la falta de sueño y su baja calidad pueden afectar a la salud mental, propiciando la aparición de desórdenes mentales. Eurofound (2026) recoge que en Europa uno de cada cinco personas trabajadoras presenta sueño de baja calidad o falta de sueño. En los TPRL, esta cifra es más elevada, encontrándose que aproximadamente un 45% padece insomnio vinculado fundamentalmente al estrés y burnout (Silliker, 2020).

Las alteraciones del sueño pueden afectar al bienestar y al funcionamiento de la persona en diferentes ámbitos, por lo que constituyen un aspecto relevante dentro del cuidado de la salud. La revisión de revisiones realizada por Li et al. (2022) señala que tanto la cantidad como la calidad del sueño se relacionan con diferentes indicadores de salud, entre ellos la salud cardiovascular, el bienestar psicológico y el funcionamiento cognitivo. En esta misma línea, otros estudios han encontrado asociaciones entre las alteraciones del sueño y diferentes manifestaciones relacionadas con la salud mental, como los trastornos afectivos y la ansiedad (Hogan et al., 2020), así como el estrés postraumático (Mellman, 2002). Asimismo, se ha señalado una posible relación entre los problemas de sueño y una menor interacción social, aspecto que puede influir en el bienestar psicológico (Ben, 2018).

En el ámbito laboral, un descanso adecuado contribuye a mantener niveles apropiados de energía, atención y capacidad funcional durante la jornada. La falta de sueño se ha relacionado con fatiga, accidentes laborales y presentismo (Itani, 2022), lo que pone de manifiesto la importancia de favorecer unas condiciones que permitan un descanso suficiente y reparador.

Silliker (2020), en un estudio realizado con una muestra de TPRL, identifica la presencia de fatiga mental entre estos profesionales. Moreira y Neto (2021) relacionan este aspecto con manifestaciones como la somnolencia, la falta de energía o la disminución de la motivación, y destacan la importancia del descanso y la recuperación a lo largo de la jornada. Estos resultados permiten valorar el papel que desempeñan los hábitos de descanso y las condiciones de trabajo en el mantenimiento del bienestar y de un adecuado nivel de energía y atención durante la actividad profesional.

De lo anterior se desprende el importante papel que desempeña el sueño en relación con el bienestar y la salud del personal TPRL. Una buena calidad de sueño tiene una función reparadora, favoreciendo la recuperación de la energía pérdida por situaciones de estrés, constituyendo un eficaz recurso para gestionar el estrés (Galvez et al., 2012). Además, la buena calidad y cantidad y calidad de sueño parece ser uno de los componentes clave en la regulación emocional, el funcionamiento cognitivo y la recuperación psicológica (Howarth, 2024).

4.2.4.2. Consumo y abuso de sustancias

El estrés, principalmente el crónico, puede conducir a adoptar conductas de afrontamiento perjudiciales (OIT, 2026), destacando entre ellas, como especialmente perniciosas el consumo y abuso de alcohol y de tabaco.

El abuso de alcohol y tabaco es un indicador importante de salud mental y de ausencia de ella, junto con los desórdenes de sueño. En efecto, el consumo de alcohol se encuentra asociado al sufrimiento de estrés laboral (Barnes, et al., 2013; Karasek y Theorell, 1990; Heikkilä et al., 2012, 2013), actuando en una doble dirección. Por un lado, puede funcionar como una válvula de alivio y relajación (Spanagel, 2009) y por otro, puede incrementar el nivel de estrés, al provocar, por ejemplo, accidentes laborales (Roche et al, 2008). Concretamente las largas jornadas y la inseguridad como elementos estresores se asocian a mayor probabilidad de consumo de alcohol de alto riesgo (Geissner, 2018).

Respecto al tabaquismo, se ha encontrado asociación entre estrés percibido y consumo de tabaco entre hombres y mujeres (Valdez-Piña et al., 2024) con el fin de regular las emociones y aliviar las emociones negativas (Kassel et al., 2003).

Tanto el consumo de alcohol como de tabaco y su relación con el estrés parece estar muy mediatizada por distintas variables personales (por ejemplo, autocontrol), de apoyo social y de nivel de consumo previo. En este sentido, parece que los efectos del estrés laboral en el consumo de ambas sustancias difieren en función de la intensidad de éste. Azagba y Sharaf (2011) encontraron que el estrés laboral se asocia al consumo de tabaco en aquellos que fuman poco y que correlaciona positivamente con el consumo de alcohol en el caso de grandes consumidores.

Además, las consecuencias que se derivan del incremento de consumo de alcohol y tabaco son muy perjudiciales para la salud del personal TPRL, tales como problemas cardiovasculares, ictus, enfermedad pulmonar obstructiva o cáncer.

CAPÍTULO 5: HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL

La salud mental se ha consolidado como un eje prioritario en el ámbito de la salud laboral debido a su estrecha relación con las condiciones de trabajo, los factores psicosociales y el funcionamiento de las organizaciones. En los últimos años, la evidencia científica ha puesto de manifiesto el impacto que estos factores pueden tener sobre el bienestar psicológico, la calidad de vida y el desempeño profesional de las personas trabajadoras. Sin embargo, aunque la investigación ha prestado una atención creciente a colectivos como el personal sanitario, docente o de atención al público, otros grupos profesionales con una elevada exposición a riesgos psicosociales continúan siendo escasamente estudiados. Entre ellos se encuentran los TPRL.

La relevancia de este colectivo trasciende su propio ámbito profesional, ya que los TPRL desempeñan un papel esencial en la implantación y mejora de la prevención de riesgos laborales dentro de las organizaciones. Por ello, resulta de interés profundizar en el conocimiento de los factores psicosociales relacionados con su actividad profesional y en su vinculación con el bienestar y la salud mental. La evidencia disponible específicamente sobre este colectivo todavía es limitada y dispersa, lo que ofrece una oportunidad para ampliar el conocimiento existente y avanzar en estrategias de evaluación y prevención que contribuyan tanto al bienestar de estos profesionales como a la calidad de la actividad preventiva que desarrollan.

Dada esta realidad, resulta necesario establecer mecanismos sistemáticos y validados para la evaluación tanto de los factores y riesgos psicosociales presentes en el trabajo como de sus posibles consecuencias sobre la salud mental de los TPRL. Esta doble aproximación permite identificar de forma temprana condiciones de trabajo potencialmente nocivas, así como detectar alteraciones psicológicas, situaciones de malestar emocional, deterioro del bienestar o la aparición de trastornos relacionados con la exposición a dichos riesgos. Para ello, es imprescindible recurrir a herramientas estandarizadas, validadas y adaptadas al contexto español, que garanticen una adecuada fiabilidad psicométrica, validez y utilidad práctica para la prevención, vigilancia y promoción de la salud mental en este colectivo profesional.

Según el alcance de la medición que se desee obtener en el ámbito de la psicosociología, se pueden elegir diversos métodos que van desde metodologías globales de evaluación que contemplan factores psicosociales, hasta escalas y subescalas de medición de efectos para la salud (ansiedad, burnout, etc.) (Gálvez Herrer et al., 2012):

- **Métodos globales de evaluación de factores de riesgo psicosocial**: cuestionario de factores psicosociales (F-PSICO) (INSST), cuestionario psicosocial de Copenhague, versión española del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (CoPsoQ-ISTAS), etc. Abarcan la evaluación más o menos completa de diversos factores de riesgo psicosocial.
- **Métodos sobre factores específicos de riesgo psicosocial**: la Escala de Clima Social en el Trabajo (WES), la Escala de Conflicto y Ambigüedad de Rol, Working Conditions, etc. Cada uno de ellos evalúa en profundidad un factor de riesgo.
- **Métodos de evaluación de riesgos psicosociales específicos**: Inventario de Acoso Laboral de Leymann (LIPT-60) o los múltiples cuestionarios que existen para la evaluación del estrés laboral. Analizan las consecuencias individuales de la exposición a determinados factores de riesgo.
- **Cuestionarios de salud percibida**: Más que medir los factores de riesgo psicosocial, evalúan posibles consecuencias para la salud. Se incluyen aquí instrumentos como el SF-36, el Test de Salud Total o las distintas versiones del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ).

5.1. Instrumentos generales para la evaluación de factores de riesgo psicosocial

La evaluación de los factores psicosociales en el entorno laboral es un componente esencial para garantizar la salud, el bienestar y el rendimiento de las personas trabajadoras. A continuación, se presentan las metodologías más utilizadas y sus principales características.

5.1.1. FPSICO

El método FPSICO, desarrollado por el INSST, constituye una de las herramientas de referencia en España para la identificación, evaluación y prevención de los factores de riesgo psicosocial en el ámbito laboral. Se basa en un cuestionario estructurado que analiza nueve dimensiones psicosociales: tiempo de trabajo, autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad y contenido del trabajo, participación y supervisión, interés por el trabajador y compensación, desempeño de rol, y relaciones y apoyo social.

El cuestionario está integrado por un conjunto de ítems con escalas de respuesta tipo Likert, cuyos formatos varían en función de la naturaleza del aspecto evaluado (por ejemplo, frecuencia, intensidad o grado de acuerdo). Las respuestas obtenidas son procesadas mediante la aplicación informática FPSICO, que asigna puntuaciones a cada una de las dimensiones evaluadas y las compara con valores de referencia previamente establecidos. A partir de estos resultados, el método clasifica el nivel de exposición a cada factor psicosocial en diferentes niveles de riesgo, facilitando la identificación de áreas prioritarias de intervención y el diseño de medidas preventivas adaptadas a las necesidades de la organización (INSST, 2012).

El método FPSICO está diseñado para su aplicación colectiva y sus principales fortalezas radican en que puede administrarse tanto en formato papel y lápiz como mediante plataformas digitales y en la disponibilidad de un software gratuito que facilita el procesamiento de datos, la elaboración de informes y la representación gráfica de los resultados. Además, desde el punto de vista psicométrico, el FPSICO cuenta con evidencia empírica que respalda su fiabilidad y validez (INSST, 2022b).

Su uso es particularmente relevante en los procesos de evaluación de riesgos laborales exigidos por la legislación española, constituyendo una referencia técnica esencial para los servicios de prevención y los profesionales de la psicología del trabajo y de las organizaciones.

5.1.2. CoPsoQ/Istas21

El CoPsoQ, adaptado en España como CoPsoQ-ISTAS21, es un cuestionario de origen danés diseñado para evaluar de manera amplia y profunda las condiciones psicosociales del trabajo. Su estructura multidimensional evalúa un amplio conjunto de factores psicosociales relacionados con la organización del trabajo y sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas trabajadoras. Las dimensiones psicosociales que analiza son entre otras: exigencias cuantitativas, ritmo de trabajo, exigencias emocionales, exigencias cognitivas, influencia y posibilidades de desarrollo, control sobre los tiempos de trabajo, sentido del trabajo, reconocimiento, claridad y conflicto de rol, calidad del liderazgo, apoyo social, sentimiento de grupo, inseguridad laboral, justicia organizacional, confianza y conflicto trabajo-vida, vinculados la mayoría a los principales modelos teóricos de estrés laboral y salud ocupacional, entre ellos el modelo demanda-control-apoyo social, el desequilibrio esfuerzo-recompensa, el modelo demandas-recursos laborales o el conflicto trabajo-familia (Moncada et al., 2021).

Existen tres versiones (corta, media y larga), lo que permite ajustar la evaluación al nivel de detalle requerido. La versión larga está orientada principalmente a la investigación, mientras que las versiones media y corta se utilizan en procesos de evaluación de riesgos psicosociales en las organizaciones, ajustándose al tamaño de la empresa y al nivel de profundidad requerido (Moncada et al., 2021).

Los ítems se presentan mediante escalas tipo Likert con diferentes formatos de respuesta basados en frecuencia, intensidad o grado de acuerdo. Las respuestas obtenidas son transformadas en puntuaciones estandarizadas y comparadas con valores de referencia poblacionales, lo que permite identificar tres niveles de exposición a riesgos psicosociales definidos como: “más favorable para la salud”, “intermedio” y “más desfavorable para la salud”, y etiquetados como “verde”, “amarillo” y “rojo” respectivamente y priorizar medidas preventivas. Una de las principales fortalezas del método radica en que incorpora valores normativos de referencia y facilita la comparación entre sectores, ocupaciones y colectivos laborales. Asimismo, el instrumento presenta adecuados indicadores psicométricos de fiabilidad y validez y una estructura factorial robusta (Moncada et al., 2021).

El CoPsoQ-ISTAS21 puede administrarse tanto en formato papel y lápiz como mediante plataformas digitales. Su utilización resulta especialmente relevante en el marco de la prevención de riesgos laborales en España, constituyendo una herramienta de gran utilidad para los servicios de prevención, profesionales de la psicología del trabajo y responsables de salud laboral interesados en la identificación y mejora de las condiciones psicosociales del trabajo.

5.1.3. DECORE

El método DECORE está inspirado en modelos teóricos consolidados como el Demanda–Control–Apoyo y el modelo de Esfuerzo–Recompensa, y se centra en la evaluación de las cuatro principales dimensiones psicosociales susceptibles de generar riesgo psicosocial en personas trabajadoras (Luceño et al., 2008):

- **Demandas cognitivas** (DC): evalúa los requerimientos que se exigen al trabajador tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo.
- **Control** (C): evalúa si los trabajadores disponen de la opción de elegir qué tareas realizan, los métodos de trabajo, etc., es decir, aquellas decisiones que afectan al fin del trabajo en sí mismo.
- **Apoyo organizacional** (AO): evalúa el tipo de relación existente tanto entre compañeros como con sus supervisores. Se considera un aspecto fundamental de amortiguación del estrés laboral.
- **Recompensa** (R): evalúa los beneficios que recibe el trabajador en compensación a su esfuerzo y en lo que considera que aporta a la empresa.

Puntuaciones elevadas en cualquiera de estas dimensiones indican que la percepción de las personas trabajadoras de dichos aspectos del trabajo es negativa y, por tanto, están expuestas a un mayor nivel de riesgo psicosocial. Por otro lado, este cuestionario también permite obtener una visión global de la exposición al riesgo psicosocial, a través del cálculo de tres índices (Luceño et al., 2008):

- **Índice Desequilibrio Demanda-Control (DDC**): unas puntuaciones elevadas en este índice indican que el trabajador percibe unas demandas elevadas y un bajo control, lo cual es una situación de riesgo psicosocial en sí mismo.
- **Índice Desequilibrio Demanda-Recompensa (DDR):** unas puntuaciones elevadas indican que el trabajador percibe unas demandas elevadas y bajas recompensas, situación muy adversa desde el punto de vista psicosocial.
- **Índice Global de Riesgo (IGR):** proporciona una medida global del riesgo, siendo las puntuaciones altas las que denotan situaciones adversas desde el punto de vista psicosocial.

Es un cuestionario breve y fácil de administrar, lo que lo convierte en una herramienta práctica para estudios rápidos o como complemento a evaluaciones más amplias. Sin embargo, su alcance se orienta más a la vivencia individual del estrés que al análisis detallado de las condiciones organizacionales. Posee unas adecuadas propiedades psicométricas, que proporcionan suficientes garantías metodológicas y la fiabilidad de los resultados (Luceño et al., 2005).

5.1.4. Cuestionario RED del equipo WANT

El método RED (*Resources, Emotions/Experiences and Demands*), desarrollado por Salanova et al. (2006), adopta un enfoque más amplio que otros instrumentos de evaluación psicosocial, al integrar no solo el análisis de los factores de riesgo presentes en el trabajo, sino también los recursos laborales y personales, las experiencias psicológicas y determinados indicadores de desempeño organizacional. Esta perspectiva permite valorar de forma conjunta los factores que pueden comprometer la salud psicológica de las personas trabajadoras y aquellos que favorecen su bienestar y funcionamiento óptimo.

El instrumento organiza la evaluación en diferentes bloques. En primer lugar, analiza las demandas laborales, como la sobrecarga de trabajo, la presión temporal, las demandas emocionales o el conflicto de rol. Paralelamente, evalúa los recursos laborales, entre los que se incluyen la autonomía, el apoyo social, el feedback o el clima organizacional, así como determinados recursos personales, especialmente la

autoeficacia. Además, incorpora indicadores relacionados con las emociones y experiencias laborales, tales como el engagement, la satisfacción laboral, el estrés, el síndrome de burnout o la adicción al trabajo, junto con variables de conducta organizacional, como el desempeño o el absentismo (Salanova et al., 2006).

La evaluación se realiza mediante cuestionarios compuestos por escalas tipo Likert con diferentes formatos de respuesta adaptados al contenido de cada dimensión. Los resultados obtenidos permiten identificar tanto la exposición a factores de riesgo psicosocial como la presencia de recursos protectores, facilitando la detección de colectivos especialmente vulnerables, la identificación de oportunidades de mejora y el diseño de intervenciones orientadas a promover organizaciones saludables. Asimismo, el método dispone de diferentes versiones adaptadas a distintos ámbitos de aplicación y cuenta con una amplia evidencia empírica que respalda su fiabilidad y validez en diversos contextos organizacionales nacionales e internacionales (Salanova et al., 2006).

El método puede administrarse en formato papel o mediante plataformas digitales y resulta especialmente útil en procesos de diagnóstico organizacional, evaluación de riesgos psicosociales, implantación de programas de bienestar laboral y desarrollo de estrategias dirigidas a promover organizaciones saludables y resilientes. Precisamente, su principal fortaleza radica en que combina la identificación de factores de riesgo con la evaluación de recursos y resultados organizacionales, proporcionando una visión integral del bienestar psicosocial y facilitando el diseño de intervenciones preventivas más ajustadas a las necesidades de cada organización.

5.1.5. Batería UNIPSICO

La batería UNIPSICO es un instrumento para la evaluación de factores y riesgos psicosociales desarrollado por la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO) de la Universitat de València. Se fundamenta principalmente en el modelo Demanda-Control de Karasek y en el modelo Esfuerzo-Recompensa de Siegrist, y forma parte del método UNIPSICO para la evaluación psicosocial en el trabajo. Su objetivo es identificar tanto los factores de riesgo psicosocial como los recursos

laborales y analizar sus posibles repercusiones sobre la salud, el bienestar y el funcionamiento organizacional (Gil-Monte, 2014).

El instrumento organiza la evaluación en diferentes bloques de variables. Entre los factores de demanda incluye el conflicto y la ambigüedad de rol, la carga de trabajo, los conflictos interpersonales y la percepción de inequidad o justicia organizacional. Paralelamente, analiza diversos recursos laborales, como la autonomía, el apoyo social, la disponibilidad de recursos y la retroinformación o feedback recibido por las personas trabajadoras (Gil-Monte, 2014). Esta combinación permite obtener una visión equilibrada de los elementos que pueden incrementar el riesgo psicosocial y de aquellos que actúan como factores protectores.

La evaluación se realiza mediante un cuestionario compuesto por ítems con escalas tipo Likert y diferentes formatos de respuesta, adaptados a la naturaleza de cada variable evaluada. Las puntuaciones obtenidas permiten estimar el nivel de exposición a los factores psicosociales analizados y valorar simultáneamente la presencia de recursos organizacionales protectores. La interpretación de los resultados se basa en baremos y criterios técnicos específicos, facilitando la elaboración de diagnósticos organizacionales y el diseño de medidas preventivas ajustadas a las necesidades detectadas (Gil-Monte, 2014).

Una de las principales fortalezas de la batería UNIPSICO reside en su carácter integral y flexible. Además de evaluar factores de riesgo y recursos laborales, puede complementarse con escalas específicas dirigidas a analizar diferentes consecuencias psicosociales, como el conflicto trabajo-familia, el síndrome de burnout, los problemas psicosomáticos, la satisfacción laboral o el bienestar psicológico. Esta modularidad permite adaptar la evaluación a las características y necesidades de cada organización.

Asimismo, el instrumento presenta adecuadas propiedades psicométricas, con estudios que evidencian niveles satisfactorios de fiabilidad, validez factorial y validez predictiva tanto en España como en otros países iberoamericanos (Gil-Monte, 2016). Su aplicación en sectores como la sanidad, la educación, la administración pública o la industria ha mostrado resultados consistentes, lo que respalda su utilidad en procesos de

evaluación colectiva de riesgos psicosociales, investigación aplicada y programas de intervención dirigidos a mejorar la salud laboral.

La batería UNIPSICO puede administrarse tanto en formato papel como mediante soporte digital. Su principal aportación radica en que integra la evaluación de las demandas y recursos laborales con el análisis de sus posibles consecuencias sobre la salud y el bienestar, proporcionando una visión amplia del funcionamiento psicosocial de la organización y facilitando el diseño de intervenciones preventivas basadas en evidencias.

5.1.6. MARC-UV

El método MARC-UV (Método de Evaluación de Riesgos Psicosociales y Comportamentales de la Universitat de València) fue desarrollado por la Unidad de Investigación de Psicometría de la Universitat de València, con el objetivo de evaluar tanto los riesgos psicosociales clásicos como aquellos factores comportamentales relacionados con la siniestralidad laboral y la cultura preventiva en las organizaciones. El método está compuesto por dos baterías complementarias que pueden aplicarse conjuntamente o de forma independiente (Meliá, 2004; 2006):

- **Batería de factores psicosociales de salud laboral**: se centra en la evaluación de factores psicosociales y organizacionales relacionados con el estrés laboral, la salud psicológica y diversas disfunciones organizacionales. Incluye diferentes dimensiones organizadas en varios bloques de análisis: estrés de rol, disfunciones sociales, factores organizacionales, indicadores de consecuencias psicológicas, siniestralidad y escalas de control de deseabilidad social para minimizar posibles sesgos de respuesta.

- **Batería Valencia PREVACC**: evalúa variables asociadas al comportamiento seguro, la percepción del riesgo y la probabilidad de accidentes laborales. Los ítems se agrupan en dos bloques relacionados con indicadores de riesgo y respuestas de seguridad de todos los niveles de la organización.

Ambos cuestionarios presentan una serie de ítems con respuestas tipo Likert. Las puntuaciones obtenidas permiten identificar áreas y colectivos con mayor exposición a riesgos psicosociales, detectar problemas organizacionales relacionados con el estrés y la seguridad laboral, y orientar el diseño de medidas preventivas e intervenciones organizacionales. Una de sus principales aportaciones es integrar el análisis de riesgos psicosociales con variables de seguridad laboral y accidentabilidad, aspecto menos desarrollado en otros métodos de evaluación psicosocial.

Entre sus fortalezas destaca su sólido fundamento psicométrico y científico, desarrollado a partir de décadas de investigación en psicología de la seguridad. El método ha sido aplicado en organizaciones de distintos sectores y países, mostrando adecuados niveles de fiabilidad y validez para la evaluación de riesgos psicosociales y comportamentales. No obstante, se trata de una herramienta relativamente extensa y compleja, cuya correcta aplicación e interpretación requiere personal técnico especializado en psicosociología y psicometría (Meliá, 2004, 2006).

5.1.7. Técnicas cualitativas para la evaluación psicosocial

Siguiendo las recomendaciones de los principales organismos de seguridad y salud en el trabajo (INSST, ITSS y organismos internacionales y autonómicos competentes en esta materia), la evaluación de los riesgos psicosociales debe combinar, siempre que sea posible, metodologías cuantitativas y cualitativas, reservándose estas últimas como estrategia principal en organizaciones de menor tamaño o cuando las características de la evaluación así lo aconsejen. Las técnicas cualitativas complementan la información obtenida mediante cuestionarios estandarizados, al facilitar la contextualización de los resultados, profundizar en la identificación de los factores de riesgo psicosocial y comprender los procesos y dinámicas organizativas que explican la exposición al riesgo. Esta información resulta esencial para diseñar e implantar medidas preventivas ajustadas a la realidad y a las necesidades específicas de cada organización. Entre las principales técnicas cualitativas de recogida de información destacan las siguientes (INSST, 2025a):

- **Entrevistas individuales:** es **una** técnica cualitativa de recogida de información

que consiste en una conversación planificada y sistemática entre la persona evaluadora y una persona de la organización, con el objetivo de obtener información detallada sobre las condiciones de trabajo, la percepción de los riesgos psicosociales y sus posibles efectos sobre la salud y el bienestar de las personas trabajadoras. En función del grado de estandarización, las entrevistas pueden clasificarse en estructuradas, semiestructuradas o no estructuradas:

  - **Estructuradas**: siguen un conjunto de preguntas previamente definidas y formuladas de manera uniforme para las personas participantes.
  - **No estructuradas o abiertas**: se desarrollan a partir de un guion general de temas, permitiendo una mayor flexibilidad para explorar las experiencias, opiniones y percepciones de la persona entrevistada.
  - **Semiestructuradas**: combinan preguntas predeterminadas con la posibilidad de profundizar en aspectos relevantes que surjan durante la conversación. Suelen ser las más utilizadas.

- **Técnicas grupales**: son métodos cualitativos de recogida de información que permiten obtener datos mediante la interacción entre varias personas de una organización. A **diferencia** de las entrevistas individuales, estas técnicas aprovechan la dinámica grupal para explorar percepciones, experiencias, opiniones y actitudes compartidas respecto a las condiciones de trabajo, los factores de riesgo psicosocial y sus posibles consecuencias sobre la salud y el bienestar de las personas trabajadoras. Su principal ventaja radica en que facilitan la identificación de problemas comunes, favorecen la participación de las personas trabajadoras en el proceso de evaluación y permiten comprender cómo determinados riesgos psicosociales son percibidos y experimentados colectivamente dentro de la organización. Entre las técnicas grupales más utilizadas en la evaluación y gestión de los riesgos psicosociales destacan las siguientes:

  - **Grupos de discusión y grupos focales**: son las más comunes y aunque a menudo se usan como sinónimos, no lo son: en los grupos de discusión se lleva a cabo una conversación, es decir, una

discusión en un trato mutuo que comporta una construcción conjunta del sentido, mientras que en los grupos focales se lleva a cabo un debate, es decir, una discusión tanto organizada como dirigida desde experiencias particulares.

- **Otras**: **entrevistas** grupales o técnicas de consenso como el método Delphi.
- **Observación de puestos y procesos de trabajo**: consiste en la recogida sistemática y planificada de **información** mediante la observación directa de las condiciones reales en las que se desarrolla la actividad laboral. Esta técnica permite analizar el trabajo tal y como se realiza en la práctica, complementando la información obtenida a través de cuestionarios, entrevistas u otras fuentes documentales.

Las técnicas cualitativas no sustituyen a los cuestionarios validados, sino que complementan la evaluación proporcionando información contextual imprescindible para comprender las causas organizativas de los riesgos detectados.

5.2. Instrumentos para la evaluación de riesgos psicosociales específicos

5.2.1. Conflicto Trabajo-Familia

Existen diferentes cuestionarios validados en la población española que permiten evaluar el conflicto trabajo-familia (CTF):

- El **cuestionario CoPsoQ-ISTAS21** en la **versión** media y en la corta, incorpora el CTF como una dimensión específica de los riesgos psicosociales que evalúa, (Moncada et al., 2021; Moncada et al. 2005). La última revisión del método CoPsoQ, la versión 3, ha denominado al CTF como “conflicto trabajo-vida”, en sintonía con la nomenclatura europea más empleada, para referirse a las consecuencias del trabajo sobre la vida personal y familiar, considerando, por

lo tanto, el origen laboral del CTF como riesgo psicosocial y que relaciona con: las exigencias cuantitativas, el ritmo de trabajo, la cantidad de horas trabajadas, la ordenación de la jornada o su modificación sin preaviso y el nivel de autonomía sobre ésta. Existen 4 ítems que, mediante una respuesta tipo Likert, nos permiten evaluar esta dimensión.

- El **Cuestionario Conflicto Trabajo-Familia (CCFT)** de Blanch y Aluja (2009) mide la interferencia trabajo-familia a través de dos dimensiones: conflicto trabajo-familia (WFC) y conflicto familiar en el trabajo (FWC), para lo cual existen dos escalas de 4 ítems. La primera escala mide el grado de interferencia del trabajo en la familia (Ítems 1, 2, 3 y 4); la segunda escala mide el grado de interferencia de la familia en el trabajo (Ítems 5, 6, 7 y 8). Ambas dimensiones están clasificadas en una escala tipo Likert de 7 puntos, que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), el valor de interferencia se obtiene de la suma de las puntuaciones de los correspondientes ítems. Los valores más altos indican un nivel más alto de interferencia o conflicto en una de las dimensiones, lo que indicaría falta de conciliación. Esta herramienta se encuentra validada en población española y cuenta con adecuados niveles de fiabilidad y validez (Blanchy Aluja, 2009).

5.2.2. Estrés laboral

Existen diferentes cuestionarios validados en la población española que permiten evaluar el estrés laboral, entre los que podemos destacar:

- La **escala de estrés autopercibido o *Perceived Stress Scale* (PSS)** de Cohen, et al. (1983), es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems.

La escala no es un instrumento de diagnóstico, puesto que no hay puntos de corte de puntuación, solo hay comparaciones dentro de su propia muestra. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido (Remor, 2006). Existen versiones más cortas de la versión original: la versión corta PSS-10 adaptada por Remor (2006) y la PSS-4 adaptada por Herrero y Meneses (2006).

- El **Cuestionario de Estrés Laboral o Job Stress Survey (JSS)** de Vagg y Spielberger (1998) es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar el nivel de estrés laboral percibido y la frecuencia con que ocurren distintas situaciones estresantes en el trabajo durante los últimos seis meses. La prueba consta de 30 ítems que describen fuentes genéricas de estrés laboral aplicables a una amplia variedad de contextos ocupacionales. Cada situación se valora en dos dimensiones: la severidad o intensidad percibida del estrés (escala de 0 = nada estresante a 9 = extremadamente estresante) y la frecuencia con la que dicha situación ha ocurrido (de 0 = nunca a 9 = nueve o más veces). A partir de estas respuestas se obtienen tres escalas generales: Índice de Estrés Laboral (JS-X), Severidad del Estrés Laboral (JS-S) y Frecuencia del Estrés Laboral (JS-F), además de dos dimensiones específicas relacionadas con la Presión Laboral (JP) y la Falta de Apoyo Organizacional (LS), cada una con puntuaciones de severidad y frecuencia. La puntuación total permite estimar el nivel global de estrés laboral percibido, de modo que puntuaciones más elevadas indican mayores niveles de estrés ocupacional. El JSS constituye una herramienta orientada a identificar fuentes específicas de estrés y comparar resultados entre individuos o grupos dentro de un contexto organizacional determinado. La adaptación española fue realizada por Catalina Romero con la colaboración de Ibermutuamur (Spielberger y Vagg, 2010), y cuenta con baremos españoles obtenidos en población trabajadora.

5.2.3. Mobbing o acoso laboral

Entre los instrumentos más utilizados internacionalmente y con amplia aplicación

en España para la evaluación del acoso psicológico en el trabajo o *mobbing*, destacan:

- El **LIPT-60** es la adaptación española del inventario desarrollado originalmente por Leymann (1996) para la evaluación del acoso psicológico en el trabajo o mobbing. La versión española fue elaborada y validada por González de Rivera y Rodríguez-Abuín (2005) con el objetivo de identificar y cuantificar las diferentes estrategias de hostigamiento psicológico presentes en el entorno laboral. El cuestionario está formado por 60 ítems, que describen conductas de acoso psicológico ejercidas de manera repetida y prolongada en el contexto laboral. La persona evaluada debe indicar la frecuencia con la que ha experimentado cada una de estas situaciones. El instrumento evalúa distintas formas de acoso agrupadas en varias dimensiones o estrategias de hostigamiento:
  - **Desprestigio laboral**: conductas dirigidas a desacreditar el desempeño profesional de la víctima, como críticas injustificadas, minusvaloración del trabajo realizado o atribución errónea de fallos.
  - **Entorpecimiento del progreso**: acciones destinadas a limitar el desarrollo profesional o dificultar el trabajo, incluyendo bloqueo de promociones, ocultación de información o asignación de tareas inútiles.
  - **Bloqueo de la comunicación**: conductas orientadas al aislamiento social y laboral, como ignorar a la persona, impedir su participación o restringir el contacto con compañeros.
  - **Intimidación encubierta**: comportamientos indirectos de amenaza o presión psicológica, frecuentemente sutiles y difíciles de demostrar.
  - **Intimidación manifiesta**: amenazas directas, gritos, humillaciones públicas o conductas explícitas de agresión psicológica.
  - **Desprestigio personal**: ataques dirigidos a la dignidad, reputación o características personales del trabajador mediante burlas, rumores o ridiculización.

Todos los ítems se valoran mediante una escala tipo Likert de frecuencia, en la que la persona indica el grado en que ha experimentado cada conducta. Las puntuaciones elevadas reflejan una mayor exposición a situaciones de acoso psicológico laboral. El LIPT-60 permite obtener índices globales de mobbing, así como puntuaciones específicas en cada dimensión, facilitando una evaluación detallada del tipo e intensidad del hostigamiento sufrido. Este instrumento ha mostrado adecuados niveles de fiabilidad y validez en población española y latinoamericana (González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2005).

- El ***Negative Acts Questionnaire-Revised*** **(NAQ-R)** desarrollado por Einarsen et al. (2009). La versión en español del NAQ-R es un instrumento diseñado para medir la exposición al acoso laboral y consta de 23 preguntas con una escala Likert de cinco puntos (1: nunca; 2: a veces; 3: mensualmente; 4: semanalmente; 5: diariamente), categorizadas en 3 dimensiones: acoso psicológico; acoso laboral y acoso físico. Se incluyó un ítem único que mide la victimización autoinformada por acoso laboral durante los últimos 6 meses, tras presentar a los participantes una definición global de acoso. Las puntuaciones elevadas indican una mayor exposición a conductas de acoso psicológico laboral. El cuestionario puede interpretarse tanto desde una perspectiva dimensional (frecuencia e intensidad de las conductas negativas) como categorial, utilizando puntos de corte que permiten identificar posibles casos de mobbing. El NAQ-R presenta adecuadas propiedades psicométricas y cuenta con numerosas evidencias de validez y fiabilidad en diferentes países y sectores profesionales, incluyendo adaptaciones y validaciones en población española (González-Trijueque et al., 2013).

- La **escala CISNEROS** desarrollada por Iñaki Piñuel, ha sido ampliamente utilizada en contextos organizacionales españoles para detectar frecuencia e intensidad de conductas de hostigamiento laboral. Está formada por 43 ítems que presentan diferentes conductas de acoso psicológico y se solicita al encuestado que responda en una escala de 1 (nunca) a 5 (todos los días) el grado en que es afectado por cada una de las conductas de acoso. La escala Cisneros puede corregirse de manera similar al cuestionario LIPT-60 (González

de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2005), utilizando tres indicadores principales (Fidalgo y Piñuel, 2004):

- **Número de Estrategias de Acoso Psicológico (NEAP)**: contar las respuestas distintas de cero refleja la cantidad total de conductas de acoso experimentadas.
- **Índice Global de Acoso Psicológico (IGAP)**: se obtiene dividiendo la suma de las puntuaciones de los ítems entre el número total de ítems. Este indicador permite estimar el nivel general de acoso sufrido y ofrece la misma información que la puntuación total del test (de 0 a 258 puntos), pero expresada en una escala más homogénea de 0 a 6, correspondiente al formato de respuesta de los ítems.
- **Índice Medio de Intensidad de las Estrategias de Acoso (IMAP)**: obtenido al dividir la suma de las puntuaciones entre el valor del NEAP. Este índice representa la intensidad media de las conductas de acoso padecidas. La interpretación conjunta del IGAP y el IMAP resulta especialmente útil, una diferencia amplia entre ambos índices sugiere que la persona experimenta pocas conductas de acoso, aunque estas se presentan con una intensidad elevada.

5.3. Instrumentos para la evaluación de la salud percibida

En relación con el uso de herramientas para la evaluación de la salud, se pueden diferenciar entre aquellas de uso general en población adulta y laboral, y posteriormente abordando otras de carácter más específico para detectar problemas o daños de la salud más específicos como: ansiedad, depresión, insomnio o consumo problemático de sustancias.

5.3.1. Instrumentos generales para la evaluación de la salud mental

Para obtener una visión global del estado de salud mental de una población trabajadora resulta recomendable utilizar instrumentos generales de cribado que permitan detectar, de forma precoz, indicadores de malestar psicológico, sufrimiento emocional o

deterioro del funcionamiento psicosocial. Aunque estas herramientas no tienen finalidad diagnóstica, constituyen un recurso de gran utilidad para la identificación de posibles casos que requieran una valoración clínica posterior y para el seguimiento del bienestar psicológico en el ámbito laboral.

5.3.1.1. General Health Questionnaire (GHQ-12 / GHQ-28)

El Cuestionario de Salud General (GHQ), en sus versiones de 12 o 28 ítems, es uno de los instrumentos autoadministrados más utilizados a nivel internacional para detectar malestar psicológico en población general y trabajadora (Hewitt et al., 2011).

La versión GHQ-12, cuya fiabilidad y validez es adecuada en población española (Sánchez-López y Dresch, 2008), está formado por 12 preguntas que se responden según una escala tipo Likert (de 0 a 3 puntos) con relación a las últimas semanas. Respecto de la interpretación de los resultados, el criterio de referencia es que, a medida que aumentan las puntuaciones, empeora el nivel de bienestar psicológico. Las respuestas se pueden transformar en una puntuación dicotómica (0-0-1-1), denominada puntuación GHQ. Una puntuación por encima de un punto de corte específico (3/4 para puntuación dicotómica) indica malestar psicológico y sugiere una mayor investigación para posibles trastornos mentales, según criterios utilizados en otros estudios (Goldberg et al., 1997).

La versión GHQ-28, está compuesto de 28 ítems y cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Este cuestionario dispone de una versión validada en población española (Lobo y Muñoz, 1996; Lobo, et al., 1986). Para la interpretación de los resultados existen dos sistemas tradicionales de puntuación: el método GHQ (0,0,1,1) y el método C-GHQ (0,1,1,1). Mediante ambos sistemas, el punto de corte habitualmente utilizado se sitúa en 5/6 (Ploubidis et al., 2007; Swallow et al., 2003; Van Hemert et al., 1995).

5.3.1.2. El Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5)

La WHO-5 es un instrumento de autoinforme que mide el bienestar mental. Consiste

en cinco declaraciones relacionadas con las últimas dos semanas. Cada declaración se califica en una escala de 5 a 0 puntos, pudiendo elegir en cada caso entre las siguientes 6 opciones: "todo el tiempo", "la mayor parte del tiempo", "más de la mitad del tiempo", "menos de la mitad del tiempo", "de vez en cuando" y "nunca". Para calcular la puntuación, se suman las cifras asociadas a cada respuesta (a mayor bienestar, mayor puntuación) y se multiplica la suma por 4. Se obtiene así una puntuación entre 0 y 100. Una puntuación por debajo de 13 puntos se considera un indicador para la necesidad de aplicar cuestionarios sobre depresión más específicos. El instrumento ha sido traducido, probado y utilizado en una amplia gama de idiomas y entornos en todo el mundo, incluido España (Lara-Cabrera et al. 2020; 2022; Santos-Ribeiro, et al., 2025).

5.3.1.3. Escala Kessler de malestar psicológico (K10)

Esta escala breve, formada por 10 ítems, fue desarrollada para evaluar malestar emocional no específico, ha sido traducida a diferentes idiomas y validada en diferentes países como España (Rivas-Rivero y Bonilla-Algovia, 2022; Sánchez-Moreno et al., 2025). Diversos estudios han permitido verificar la efectividad de la escala en la evaluación del malestar psicológico según los criterios establecidos por el CIDI/DSM-IV (Furukawa et al., 2003). Mide el distrés psicológico de una persona durante las cuatro semanas previas a su aplicación. Consta de diez preguntas con respuestas tipo Likert que van del 1 al 5 y se categorizan en una escala ordinal de cinco niveles: Siempre, Muy a menudo, A veces, Rara vez, Nunca; donde «Nunca» tiene un valor asignado de 1 y «Siempre» tiene un valor asignado de 5. Tiene una puntuación mínima de 10 y una máxima de 50. Los rangos del instrumento son de cuatro niveles: bajo (10-15), moderado (16-21), alto (22-29) y muy alto (30-50) (Kessler et al. 2002). Los resultados obtenidos con este instrumento proveen una base normativa para realizar un cribado de la presencia de malestar psicológico, permitiendo discriminar entre sujetos con alto y bajo riesgo de desórdenes de ese tipo. Estas cualidades lo tornan en un instrumento muy apropiado para su uso en encuestas ya que funciona como un “termómetro” del estado de salud mental de las poblaciones (Brenlla y Aranguren, 2003).

5.3.1.4. El Cuestionario de Salud SF-36: subescala salud mental

El cuestionario de salud SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en numerosos artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. El Cuestionario SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud a través de 8 dimensiones, entre las cuales se encuentra la salud mental. Para evaluar esta dimensión se debe responder a 5 ítems que permiten explorar la salud mental en general, considerando aspectos como la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general en relación a las últimas 4 semanas. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia (Vilagut et al., 2005).

5.3.1.5. Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21)

Aunque puede clasificarse como escala dimensional, la DASS-21 permite una evaluación integrada de tres dimensiones emocionales básicas: depresión, ansiedad y estrés. Las subescalas están compuestas por 7 ítems cada una para un total de 21 ítems de la escala: (e.g., “Me di cuenta que tenía la boca seca), depresión (e.g., “No podía sentir ningún sentimiento positivo) y estrés (e.g., “Me costó mucho relajarme). En cada subescala se debe responder en una escala de tipo Likert donde 0 = no me aplicó y 3 = me aplicó mucho o la mayor parte del tiempo. La puntuación de cada subescala varía de 0 a 21. A mayor puntuación, mayores serán los niveles de los síntomas evaluados. Los puntos de corte definidos por severidad son cinco: normal, leve, moderado, severo, extremadamente severo (Bados et al., 2005; Soria-Reyes et al., 2024). Ha sido adaptada y validada en población española, y su aplicación es frecuente en entornos organizacionales y clínicos (Daza et al.,2002; Fonseca-Pedrero et al., 2010; Ruiz et al.,2017).

5.3.1.6. El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4)

El PHQ-4 es una herramienta autoadministrada de 4 ítem tipo Likert (0 = nunca; 1 = varios días; 2 = más de la mitad de los días; 3 = casi todos los días) en relación con las dos últimas semanas, utilizada para evaluar la salud mental en la población (Kroenke et al., 2009). Consiste en el PHQ-2, una versión abreviada del PHQ-9 para la depresión, y el GAD-2, derivado del GAD-7 para la ansiedad, ambos descritos más adelante. Al combinar estos dos componentes, el PHQ-4 proporciona una medida concisa de cuatro ítems que evalúa tanto la depresión como la ansiedad (Roncero et al., 2025). La puntuación total está comprendida entre 0 y 6 para cada dimensión (0= ningún nivel de síntomas y 6 = alto nivel de síntomas) con puntos de corte de ≥3 para casos probables de depresión o ansiedad. Además, es posible el cálculo de una puntuación absoluta para el PHQ-4, que corresponde a la evaluación de distrés o angustia psicológica (≥6 para distrés). La validez del PHQ-4 se ha demostrado en diversas investigaciones, tanto en muestras clínicas como en muestras no clínicas (Caro-Fuentes y Sanabria-Mazo, 2024). Además, este cuestionario ha sido adaptado tanto en formato papel y lápiz como en línea, siendo evaluada su validez y fiabilidad en población de habla hispana (Mills et al., 2015; Cano-Vindel et al., 2018).

5.3.1.7. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)

La versión original del HAD ha sido validada y traducida a numerosas lenguas y utilizada en diversos países y culturas. Con el HAD se ha evaluado ansiedad y depresión tanto en enfermos físicos y mentales como en población general, obteniendo resultados que, en general, apoyan su uso como herramienta útil para detectar distrés psicológico en pacientes no psiquiátricos (Brennan et al., 2009). Es un instrumento corto formado por 14 ítems que ha mostrado su fiabilidad y validez siendo utilizado tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno (Rivera et al., 2006). Se compone de dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de siete ítems cada una con puntuaciones de 0 a 3. Los propios autores recomiendan los puntos de corte originales: ocho para casos posibles y >10 para casos probables en ambas subescalas (Zigmond y Snaith, 1983; Bjelland et al., 2002).

5.3.2. Escalas específicas para evaluar indicadores clave de salud mental

Además del cribado general, resulta importante incorporar instrumentos validados que permitan evaluar con mayor precisión la presencia de síntomas clínicamente relevantes relacionados con trastornos específicos, siendo los más frecuentes en entornos laborales: trastornos del sueño, ansiedad, depresión o consumo de sustancias.

5.3.2.1. *Burnout* o síndrome de estar quemado por el trabajo

Para detectar y analizar la prevalencia del *burnout*, existen diferentes métodos de evaluación entre los que destaca:

- El ***Maslach Burnout Inventory*-MBI** desarrollado por Schaufeli et al. (1996) y adaptado a la población española por Salanova et al. (2000) es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación del síndrome de *burnout* o desgaste profesional por su carácter general y aplicable a todas las ocupaciones y trabajos. El cuestionario MBI-GS (*General Survey*), está formado por 15 ítems, diseñados para evaluar las diferentes dimensiones del *burnout* a través de las siguientes subescalas (INSHT, 2006):
  - **Agotamiento** (6 ítems): se refiere a la sensación de cansancio físico y emocional derivada de las demandas del trabajo. Evalúa el sentimiento de estar exhausto, emocionalmente sobrecargado y sin recursos para afrontar las exigencias laborales, especialmente cuando el trabajo implica una interacción continuada con otras personas.
  - **Cinismo** (4 ítems): relacionada con el desarrollo de actitudes negativas, frías, distantes o cínicas hacia las personas destinatarias del trabajo (p. ej., pacientes, clientes, alumnado o usuarios). Esta dimensión refleja una respuesta defensiva caracterizada por la indiferencia emocional, el distanciamiento interpersonal y la pérdida de implicación afectiva.
  - **Eficacia profesional** (5 ítems): referida a la percepción de

competencia, eficacia y logro profesional. Evalúa el grado en que la persona se siente capaz de desempeñar adecuadamente su trabajo, obtener resultados satisfactorios y experimentar crecimiento o satisfacción profesional. A diferencia de las otras dimensiones, bajas puntuaciones en esta subescala se asocian con mayores niveles de *burnout*.

Todas estas subescalas se valoran mediante una escala de frecuencia tipo Likert de siete categorías, en la que la persona debe indicar con qué frecuencia experimenta las situaciones descritas en cada ítem, habitualmente desde 0 ("Nunca") hasta 6 ("Todos los días"). El cuestionario permite obtener puntuaciones independientes para cada dimensión del síndrome. En términos interpretativos, altas puntuaciones en agotamiento y cinismo, junto con bajas puntuaciones en eficacia profesional, indican niveles elevados de *burnout*.

El instrumento cuenta con abundante evidencia empírica sobre su validez y fiabilidad en múltiples contextos laborales, profesiones y países, y ha dado lugar a diferentes versiones adaptadas a distintos colectivos profesionales, como el MBI-HSS (servicios humanos), el MBI-ES (educadores) y el MBI-GS (ocupaciones generales) (INSHT, 2006).

- El **Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)** de Gil-Monte (2011) formado por 20 ítems, el cual ha sido diseñado para evaluar las diferentes dimensiones y niveles de *burnout*, a través de las siguientes subescalas:
  - **Ilusión por el trabajo** (5 ítems): que se refiere al deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque suponen una fuente de satisfacción personal. El individuo percibe su trabajo como atractivo y alcanzar las metas profesionales es una fuente de realización personal. Incorpora también un componente de autoeficacia profesional.
  - **Desgaste psíquico** (4 ítems): relacionada con la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene

que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

- **Indolencia** (6 ítems): referida a la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización (p. ej., pacientes, alumnos, etc.).
- **Culpa** (5 ítems): relacionada con la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial, hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales.

Todas estas subescalas se valoran a través de una escala de frecuencia tipo Likert con cuatro cuantificadores lingüísticos (de 0 “Nunca” a 4 “Muy frecuentemente: todos los días”. La persona debe indicar con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos del cuestionario. Bajas puntuaciones en Ilusión por el trabajo junto con altas puntuaciones en Desgaste psíquico e Indolencia, además de altas puntuaciones en Culpa, indican altos niveles de *burnout.*

Adicionalmente, el CESQT permite diferenciar dos perfiles en el desarrollo de este síndrome. Para obtener estos perfiles, se combina la puntuación resultada del promedio de los 15 ítems de las subescalas de Ilusión por el trabajo (invertida), Desgaste psíquico e Indolencia en combinación con la puntuación obtenida en la escala de Culpa, lo que permite establecer los dos siguientes perfiles:

- **Perfil 1**: Niveles críticos de SQT sin niveles críticos de culpa.
- **Perfil 2**: Niveles críticos de SQT con niveles críticos de culpa.

Este instrumento cuenta con un gran número de evidencias científicas acerca de su validez y fiabilidad en diferentes sectores profesionales y países (ver Gil-Monte, 2020).

5.3.2.2. Trastorno de estrés postraumático

La exposición a acontecimientos traumáticos en el entorno laboral puede constituir un importante factor de riesgo para la salud mental, como se ha comentado previamente, por lo que resulta recomendable disponer de herramientas específicas que permitan identificar de forma temprana la presencia de síntomas compatibles con el TEPT y valorar su gravedad. Entre los instrumentos de cribado más utilizados y con adecuadas propiedades psicométricas se encuentran:

- ***PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5)**: es uno de los instrumentos de cribado más utilizados internacionalmente para la evaluación de síntomas de trastorno de estrés postraumático conforme a los criterios DSM-5 (Blevins et al., 2015). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 20 ítems que evalúa la intensidad de los síntomas experimentados durante el último mes (Weathers et al., 2013). La escala ha sido adaptada y validada en población española, mostrando adecuados índices de fiabilidad, consistencia interna y validez convergente (Jiménez-Fernández et al., 2024). Permite obtener una puntuación total de gravedad y analizar los diferentes grupos sintomáticos del TEPT: reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y emocionales negativas e hiperactivación. En el contexto de los TPRL, la utilización de la PCL-5 puede resultar especialmente útil tras la participación en investigaciones de accidentes graves o mortales, exposición a acontecimientos traumáticos laborales o intervenciones críticas que puedan generar impacto psicológico significativo. La herramienta tiene finalidad de cribado y seguimiento clínico, no diagnóstica. La confirmación diagnóstica debe realizarse mediante evaluación clínica especializada.

- ***Escala* de Trauma de Davidson (*Davidson Trauma Scale*, DTS)**: es un instrumento de autoinforme ampliamente utilizado y diseñado para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas asociados al TEPT en personas que han estado expuestas a acontecimentos traumáticos (Davidson et al., 1997), que ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas y dispone de una versión adaptada y validada para población española (Bobes et al., 2000). La escala

está compuesta por 17 ítems que se corresponden con los criterios diagnósticos del TEPT recogidos en el DSM-IV. La DTS evalúa tres grupos principales de síntomas característicos del TEPT: la reexperimentación del acontecimiento traumático, la evitación y embotamiento emocional y la hiperactivación fisiológica. Cada síntoma es valorado mediante dos dimensiones independientes: la frecuencia con la que aparece y la gravedad o intensidad percibida por la persona evaluada durante la última semana. La suma de las puntuaciones de todos los ítems, proporcionan una medida global de la gravedad de los síntomas postraumáticos. Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mayor es la intensidad de la sintomatología asociada al trastorno. Constituye una herramienta de cribado y evaluación de síntomas, por lo que sus resultados no deben considerarse equivalentes a un diagnóstico clínico de trastorno de estrés postraumático. La confirmación diagnóstica requiere una valoración especializada realizada por profesionales sanitarios cualificados.

5.3.2.3 Trastornos del sueño

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

El PSQI es un cuestionario en el que 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en 7 componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). En población general, se puede utilizar como elemento de screening para detectar “buenos” y “malos” dormidores. Buysse et al. (1989) propone un punto de corte de 5 (≥ 5 malos dormidores). En cuanto a sus propiedades psicométricas son diversos los estudios que avalan su fiabilidad y validez y uso en población trabajadora (Carpenter y Andrykowski, 1998; Maganto-Fraile et al., 2023; Rodríguez González-Moro, 2018; Royuela y Macías, 1997; Yazdi et al., 2014).

Athens Insomnia Scale (AIS-8)

El AIS-8 es un cuestionario de autoinforme diseñado para medir la gravedad del insomnio, basado en los criterios de diagnóstico de la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) (OMS, 2016). Posee unas adecuadas propiedades psicométricas, lo cual permite considerarlo como un instrumento de gran utilidad tanto en la práctica clínica, como en la investigación en el ámbito de la salud. Los cinco primeros ítems del AIS-8 tienen como objetivo medir la inducción del sueño, los despertares durante la noche, el despertar final, la duración total del sueño y la calidad general del sueño. Los tres ítems restantes del AIS-8 se refieren a las consecuencias del insomnio durante el día siguiente, en concreto, el bienestar, la capacidad funcional (tanto física como mental) y la somnolencia. Se solicita a los participantes que puntúen cada ítem de 0 (ningún problema en absoluto) a 3 (problema muy grave), si han experimentado alguna dificultad para dormir al menos tres veces por semana durante el período de estudio designado (al menos 1 mes para cumplir los criterios diagnósticos de la CIE-10). La puntuación total del AIS-8 oscila entre 0 y 24 puntos (Gómez-Benito et al., 2011). Una puntuación igual o superior a 6 puntos indica la existencia de un posible caso de insomnio (Soldatos, et al., 2003).

5.3.2.4 Ansiedad

Beck Anxiety Inventory (BAI)

El BAI es el instrumento que permite evaluar la presencia de síntomas de ansiedad (Sanz, 2014). Está constituido por 21 ítems, cada uno de los cuales presenta un signo o síntoma y el evaluado debe señalar entre cuatro opciones (nada, ligeramente, moderadamente y severamente) en relación a la presencia de este en la última semana, incluyendo el día de la evaluación. El puntaje se obtiene con la sumatoria de los 21 ítems (todos directos), cada ítem se evalúa en una escala de 4 puntos (de 0 a 3). La puntuación global puede oscilar entre 0 y 63 puntos. La última edición del manual original del BAI (Beck y Steer, 1993), adoptada también España (Sanz, 2014), propone las siguientes puntuaciones de corte: 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave. En cuanto a sus propiedades psicométricas son diversos los estudios que avalan su fiabilidad y validez en población española (Sanz, et al., 2012; Sanz y Navarro, 2003).

Generalized Anxiety Disorders (GAD-7)

El GAD-7 es un instrumento autoaplicable de 7 ítems que se utiliza según el DSM-V (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013) para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada durante las últimas 2 semanas. Cada elemento se puntúa en una escala Likert de 4 puntos, que indica la frecuencia de los síntomas, que fluctúan del 0 (nada) al 3 (casi todos los días). La puntuación total de GAD-7 puede variar de 0 a 21, indicando una puntuación igual o superior a 10 puntos la existencia de un posible trastorno de ansiedad generalizada (los llamados “casos”). Este instrumento cuenta con unas adecuadas evidencias de fiabilidad y validez, siendo ampliamente empleado en diferentes contextos de la salud mental (García-Campayo et al., 2010).

5.3.2.5. Depresión

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

El PHQ-9 es un cuestionario autoadministrado de 9 ítems creado de acuerdo con los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor propuestos en la 4ª versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 1994). El PHQ-9 explora la presencia de ciertos síntomas depresivos descritos durante las últimas dos semanas. Cada ítem del PHQ-9 contiene cuatro categorías de respuesta Likert, que varían desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Casi todos los días). La puntuación total varía entre 0 y 27 puntos, con el punto de corte original establecido en un valor igual o superior a 10 puntos para determinar la presencia de un mayor número de síntomas depresivos (Gómez-Gómez et al., 2023).

Escala de Depresión de Zung (ZDS)

El ZDS es un cuestionario autoaplicado para la detección y la medida de la gravedad de la depresión que consta de 20 ítems, planteados en forma positiva o negativa, que exploran síntomas depresivos y evalúan si la característica está presente en el momento actual o recientemente («raramente», «a veces», «frecuentemente» o «siempre». Cada ítem puntúa de 1 a 4 puntos. La puntuación bruta (p) obtenida se convierte a un índice porcentual (índice ZDS = p×100/80). Los puntos de corte usuales son: ≥50% depresión leve, ≥60% depresión moderada y ≥70% depresión grave. Esta escala ha sido validada y traducida al español (Conde y Esteban, 1973; Conde y Sánchez de Vega, 1969; Benaiges, et al., 2001).

5.3.2.6. Adicciones y consumo de sustancias

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Es el instrumento más completo y recomendado por la OMS para evaluar consumo y riesgo asociado a múltiples sustancias. Ha sido validado en múltiples países, incluida España (Valladolid et al., 2014). Se utiliza en la Encuesta De Alcohol y Drogas en España (EDADES) que se realiza dos veces al año mediante un cuestionario domiciliario dirigido a una gran parte de la población española. Además, se ha realizado un estudio de validación para su uso online en lugar de a domicilio en la población española, obteniéndose que las tasas de problemas relacionados con las drogas detectadas por el estudio coinciden con

la literatura actual (López-Rodríguez y Rubio Valladolid, 2018).

El cuestionario aborda, mediante sus 8 preguntas, el consumo reciente y a lo largo de la vida de diez sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetaminas (ATS), sedantes, alucinógenos, inhalantes, opioides y otras drogas. Los pacientes con puntuaciones específicas de involucramiento con sustancias en el ASSIST de tres o menos (10 para alcohol) se consideran en bajo riesgo de desarrollar problemas relacionados con el uso de la sustancia específica. Las puntuaciones intermedias entre 4 (11 para alcohol) y 26 para cada sustancia indican un uso riesgoso o dañino de esa sustancia. Una puntuación de 27 o más para cualquier sustancia sugiere que el paciente está en alto riesgo de dependencia y probablemente experimenta problemas de salud, sociales, financieros, legales o de relaciones como resultado del abuso de sustancias. La pregunta 8 del ASSIST indaga sobre el uso previo de drogas inyectadas. El formato de respuesta y la corrección de la escala siguen el mismo procedimiento utilizado en la versión original (WHO ASSIST Working Group, 2002) (el primer ítem puntúa 0 o 3; el segundo, tercero y cuarto ítem 0, 2, 3, 4 o 6; el quinto ítem 0, 5, 6, 7 u 8; el sexto ítem 0, 3 o 6; el séptimo y octavo ítem 0, 1 o 2). La puntuación total se obtiene sumando los ocho ítems, según las directrices de la OMS.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

El *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) es un instrumento autoadministrado de 10 ítems desarrollado por la OMS, que proporciona clasificaciones del consumo y la dependencia del alcohol. Las 3 primeras preguntas hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8, reacciones adversas y las dos últimas son sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario investiga los hechos durante el último año. Las ocho primeras cuestiones tienen 5 posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango es de 0 a 40. El punto de corte se sitúa en ≥ 8 (hombres) o ≥ 7 (mujeres) para consumo de riesgo, ≥ 20 para dependencia.

La versión en español del AUDIT (Rubio et al., 1998) ha sido validada en diferentes

entornos: atención médica, jóvenes y trabajadores (Arnaiz, 2001; Boubeta et al., 2017; De Torres, 2005, Pérez-Cárceles, 2014; Ramírez Sánchez et al., 2011), incluso en formato de administración online (Ballester et al., 2021). De Meneses-Gaya et al. (2009) confirmaron, a través de una revisión sistemática, la eficacia del AUDIT tanto en su versión original, como en la reducida y en sus versiones adaptadas, en diferentes contextos y culturas. De hecho, existe un estudio de validación en España para las versiones reducidas, el AUDIT-C (de 3 y 4 ítems) que mostraron sensibilidades y especificidades similares en la detección de bebedores de riesgo (Gual et al., 2002).

Drug Abuse Screening Test (DAST-10)

El DAST-10 es una versión abreviada del Drug Abuse Screening Test (Skinner, 1982). Se trata de un cuestionario de autoinforme de 10 ítems que evalúa los problemas relacionados con el abuso de drogas durante el último año, con dos opciones de respuesta para cada ítem (SÍ/NO). La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems (0 a 10) con un punto de corte ≥ 3 para la versión española validada (Pérez-Gálvez et al., 2010). El DAST-10 ha demostrado ser un instrumento válido y fiable para la detección del abuso de drogas en población adolescente y adulta (Bedregal et al., 2006; Bert et al., 2021; Evren, 2013).

Idea clave

La gestión preventiva de los riesgos psicosociales requiere distinguir entre la evaluación de la exposición a factores de riesgo derivados de la organización del trabajo y la valoración de sus posibles efectos sobre la salud mental, por tratarse de ámbitos con competencias profesionales diferenciadas.

La identificación e interpretación de factores y riesgos psicosociales corresponde a personal técnico competente en Psicosociología Aplicada, mientras que la evaluación de indicadores de salud mental debe realizarse en el marco de la vigilancia de la salud por profesionales sanitarios cualificados.

Una actuación preventiva técnicamente adecuada exige la coordinación entre ambas disciplinas para integrar la evaluación de la exposición con la detección y seguimiento de sus posibles consecuencias sobre la salud mental y el bienestar de las personas trabajadoras.

CAPÍTULO 6: MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS

El abordaje de la salud mental del personal TPRL requiere un planteamiento integral de buenas prácticas que faciliten la articulación entre trabajo y salud mental en la organización en los distintos niveles de prevención. Ocurre, sin embargo, tal y como se desprende de los estudios revisados, que frecuentemente se perfilan medidas aisladas, muy heterogéneas, acordes con los diferentes factores de riesgo, riesgos y consecuencias hallados en cada trabajo, pero muy generales, poco desarrolladas a nivel práctico y pobremente organizadas.

Una de las propuestas más significativas respecto a la promoción de la salud y el bienestar emocional en el trabajo, es la planteada en colaboración por la OMS y la OIT (2022). En esta propuesta se aglutinan distintas medidas en torno a tres grandes ejes de actuación: prevenir los problemas actuando sobre el contexto laboral, proteger y promover la salud mental y el bienestar, favoreciendo el desarrollo de competencias personales y liderazgo y proporcionar apoyo a las personas con problemas, ofreciendo recursos. En esta misma línea, el INSST (2022) postula un modelo de intervención psicosocial articulado en tres niveles de prevención: prevención primaria o en origen, prevención secundaria o de protección y prevención terciaria o de apoyo:

- En el nivel de *prevención primaria* las medidas desempeñan una función protectora-preventiva de la salud mental. Se perfilan en esta categoría aquellas medidas orientadas a la supresión o reducción de los factores de riesgo en la organización, las personas trabajadoras y el entorno laboral (INSST, 2022). Se actúa, en consecuencia, en la raíz con el fin de prevenir los riesgos y los problemas de salud mental relacionados con el trabajo. Se incide principalmente en la supresión de los factores psicosociales de riesgo. Específicamente suelen concentrarse en este nivel primario medidas organizacionales muy variadas, desde la integración expresa de la salud mental en la política de prevención a nivel más general, hasta la aplicación de medidas y pautas específicas orientadas a la supresión de los factores psicosociales de riesgo concretos, asociados con la actividad laboral de los TPRL. La prevención primaria

constituye el eje prioritario de actuación, siempre que sea posible, al tener una intención preventiva en sentido estricto.

- El segundo nivel de intervención o *prevención secundaria* aúna pautas de actuación en torno a tres grandes líneas. Una primera vertiente, protectora, en la que se incluyen medidas para fomentar el despliegue de estrategias de afrontamiento efectivas ante aquellos factores de riesgo y posibles riesgos que no han podido eliminarse y conseguir mitigar sus efectos. Suelen ser medidas centradas en las personas, aunque también pueden estar orientadas a la promoción de recursos organizacionales. La segunda línea aglutina medidas promotoras de salud mental, desarrollando las fortalezas y capacidades positivas del personal trabajador (por ejemplo, resiliencia). Se nutre para ello de las aportaciones de la psicología positiva con el fin de fortalecer el potencial y provocar el cambio y conseguir el bienestar mental entendido como ausencia de disfunción y buen funcionamiento y buenos sentimientos. Por otro lado, además, se recogerán otra serie de directrices enfocadas en la conservación y fomento de la salud mental a través de la promoción de comportamientos y hábitos saludables (ejercicio físico, técnicas de *mindfulness* etc.). En último lugar, se perfilan medidas para la detección de los problemas mentales en sus inicios, lo que ayuda reducir la gravedad de sus efectos (prácticas de autodiagnóstico).

- El último de los niveles, la *prevención terciaria*, aglutina medidas que, una vez que ya se ha desarrollado algún problema de salud mental, se enfocan en la realización de una intervención temprana para minimizar los efectos perjudiciales y facilitar su recuperación. También en este nivel tendrían cabida aquellas pautas que favorecen la reincorporación y la adaptación laboral cuando sea necesario. Medidas como *counselling* o programas de atención al empleado, son típicas de este nivel terciario. Se incluye también una dimensión psicoeducativa orientada a facilitar la reincorporación laboral, abordando factores que pueden dificultarla, como la existencia de prejuicios y estereotipos asociados a los problemas de salud mental.

Tomando como marco de referencia el modelo del INSST, se proponen y presentan una serie de medidas y buenas prácticas orientadas a la promoción, protección y mejora de la salud mental en el personal de TPRL. Para ello, se han considerado tanto las pautas recomendadas en los estudios revisados como las aportaciones de otros proyectos desarrollados en materia de salud mental en distintos colectivos laborales (por ejemplo, Gálvez et al., 2012; LaMontagne et al., 2017).

Asimismo, se adopta una perspectiva flexible respecto al nivel preventivo en el que pueden situarse las diferentes medidas de actuación, entendiendo que estas pueden integrarse en cualquiera de los tres niveles de prevención en función de su enfoque y finalidad, así como de las necesidades específicas del colectivo.

Por ejemplo, la promoción de hábitos saludables puede aplicarse con una finalidad claramente preventiva cuando todavía no se ha manifestado ningún síntoma o problema de salud mental, enmarcándose en un modelo de organización saludable (prevención primaria). A su vez, estos hábitos constituyen un recurso personal relevante para afrontar los estresores laborales propios de la actividad de los TPRL y ayudar a reducir los primeros efectos sobre la salud general y mental (prevención secundaria). Finalmente, también pueden contribuir a la mejora del bienestar psicológico y a minimizar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales asociadas a problemas de salud mental ya existentes (prevención terciaria).

De manera similar, la formación puede adaptarse a los distintos niveles preventivos. En el ámbito de la prevención primaria, puede centrarse en la capacitación sobre riesgos psicosociales y promoción de la salud mental; en prevención secundaria, en el desarrollo de estrategias de afrontamiento y gestión del estrés; y, en prevención terciaria, en la sensibilización sobre los problemas de salud mental, la eliminación de estereotipos y barreras sociales vinculadas a la salud mental y el apoyo a la reincorporación y mantenimiento laboral de las personas afectadas.

Elementos clave para que las intervenciones psicosociales sean exitosas (INSST, 2025, b)

- Analizar y evaluar el riesgo: el éxito de la intervención parte de un diagnóstico en profundidad que permita conocer y comprender los factores de riesgo psicosocial y qué personas trabajadoras se ven afectadas.
- Adaptar las intervenciones a cada contexto: se deben buscar soluciones específicas para las exposiciones a factores de riesgos psicosociales en cada organización, en un momento determinado, y con sus características particulares.
- Tratar los riesgos psicosociales como a los demás riesgos: es habitual colocar el foco de actuación sobre las personas y no sobre la organización del trabajo. Es importante seguir los principios de la acción preventiva, integrando la prevención psicosocial en la gestión preventiva de la empresa.
- Cuidar el proceso de intervención: diseñar la intervención definiendo cómo, dónde, cuándo, quién y qué se va a hacer.
- Planificar y diseñar las actuaciones a medio y largo plazo: es importante que las mejoras en la exposición a factores de riesgo psicosocial se consoliden en el tiempo, para ello debemos huir de actuaciones improvisadas o aisladas.
- Garantizar el compromiso de la dirección: la dirección ha de estar convencida e implicada, participando directamente o a través de sus representantes, en todas las fases de la intervención.
- Asegurar la participación de las personas trabajadoras: debe contarse con la visión de los y las trabajadores/as durante el análisis de los factores de riesgo psicosocial, así como a la hora de determinar cómo resolverlos. Esto facilitará la implicación y compromiso en la aplicación de las medidas preventivas.

A continuación, se presenta una relación de técnicas de intervención que se pueden utilizar para minimizar el impacto de los factores de riesgo psicosocial sobre la salud mental del personal TPRL, agrupadas en tres áreas de intervención: organización del trabajo,

contenido y naturaleza de la tarea y medidas personales e interrelacionales. En función de cuando se realice la intervención, estaríamos hablando de intervención primaria (evitamos el riesgo), secundaria (afrontamos los problemas que ya han surgido) o terciaria (facilitar rehabilitación y reincorporación). Aunque fundamentalmente las buenas prácticas se van a concentrar en los dos primeros niveles preventivos, también se contempla alguna medida importante orientada la prevención en el tercer nivel.

6.1. Organización del trabajo

6.1.1. Fomentar la participación de los TPRL en la gestión preventiva

Mejorar la participación de los TPRL en todo lo relacionado con la gestión preventiva. Las reuniones de trabajo pueden ser una herramienta muy eficaz para lograr la participación, integrándolas en el día a día, fomentando el desarrollo de ideas y planes de acción. Estas reuniones han de estar bien planificadas, ser estratégicas y participativas. Permiten incrementar la capacidad para trabajar con otras personas, potenciar la toma de decisiones aceptadas por el grupo y mejorar la gestión de los equipos (INSST, 2025b).

En este punto cabría también resaltar la importancia de la participación del personal TPRL en comités estratégicos de la empresa.

Ejemplo de buena práctica: Grupos de participación plena en seguridad y salud en el trabajo (Figueras, 2013)

El grupo de participación plena en la toma de decisiones en seguridad y salud laboral fue liderado por la dirección y formado por: trabajadores/as, delegados/as de prevención, personal técnico responsable de la seguridad y salud de la empresa (SP) y personal técnico representante de la autoridad laboral de la administración de la Generalitat de Catalunya. El objetivo fue potenciar la participación de las personas trabajadoras y de sus representantes, incrementando además la integración de la

prevención en todos los niveles jerárquicos.

En este modelo, los TPRL participan en la toma de decisiones, análisis de condiciones de trabajo y definición de medidas preventivas, favoreciendo la integración real de la prevención en la gestión empresarial.

6.1.2. Gestión de la comunicación

Garantizar la eficacia de la comunicación definiendo canales claros (Sánchez-Herrera y Donate, 2019) tanto con la dirección, como con mandos intermedios y el resto de las personas trabajadoras, teniendo en cuenta que es la principal herramienta para llevar a cabo e intercambio de información en la organización (INSST, 2025b).

Ejemplo de buena práctica: Círculos de prevención (INSHT, 2009)

El círculo de prevención estaría integrado por el personal TPRL y representantes de los distintos departamentos de la empresa, con la participación de la alta dirección. Su finalidad sería analizar de forma conjunta la gestión preventiva desarrollada en las diferentes áreas de la organización, compartiendo experiencias, detectando oportunidades de mejora y proponiendo soluciones que contribuyan al fortalecimiento del sistema preventivo.

Estos círculos constituyen un espacio de comunicación y participación que favorece el intercambio de información entre los distintos niveles de la empresa. Asimismo, permiten visibilizar el compromiso de la alta dirección con la prevención, fomentar la implicación de las personas trabajadoras y reforzar el papel del personal técnico de prevención como elemento de coordinación y enlace entre la dirección, los mandos intermedios y el resto del personal.

Claves para implantar los círculos:

- Participación voluntaria de las personas integrantes.
- Nombrar al personal TPRL como coordinador del círculo.
- Destinar recursos económicos y humanos.
- Desarrollo de las reuniones en horario de trabajo.
- Duración aproximada entre media hora y una hora.
- Periodicidad semanal, que se puede ir ajustando en función de las necesidades.
- Establecimiento de un procedimiento de funcionamiento con normas claras y conocidas por todas las personas participantes.
- Registro de las propuestas formuladas, de los acuerdos adoptados y de las personas responsables de su ejecución.
- Hacer seguimiento de los planes de acción propuestos.

6.1.3. Claridad de rol y definición de competencias

La OIT (2026) propone algunas iniciativas, que a continuación se resumen, adaptándolas al colectivo de TPRL:

- Proporcionar una descripción clara del puesto de trabajo de los TPRL que defina las funciones, responsabilidades y requisitos de desempeño. Se debe otorgar un estatus organizacional adecuado al colectivo, definiendo adecuadamente su rol y sus funciones (Minnick, 2013), explicando el porqué de las funciones y responsabilidades, e involucrarlos/las en los procesos de cambio (Olsen, 2012). También cobra importancia dotar a los TPRL de un adecuado poder de decisión y autonomía (Neri, 2018), dándoles capacidad vinculante en decisiones preventivas críticas.
- Definir las competencias necesarias, para poder gestionar las expectativas tanto de la empresa, como de la persona trabajadora con respecto a su trabajo (INSST, 2025b), lo que permitirá lograr un desempeño eficaz de las tareas y tendrá un impacto directo en la satisfacción de la empresa y del personal TPRL.

- Diseñar estructuras de gestión con líneas de supervisión claramente definidas, identificando el/la supervisor/a inmediato/a de los TPRL.

Ejemplo de buena práctica: Liderazgo y cultura preventiva (Wang y Wang, 2021)

Fomentar el liderazgo de manera que los líderes constituyan una estructura organizacional que promueva la cultura de seguridad y mejore el estatus del departamento de seguridad y salud, estableciendo además criterios de promoción y formas de reconocimiento del trabajo de los TPRL, y desarrollando rutas claras de desarrollo profesional.

Claves para garantizar la claridad de rol:

- Documentar las funciones, responsabilidades, límites de actuación y competencias del personal TPRL. El uso de perfiles de puesto y fichas de personal puede resultar práctico en este punto.
- Asegurar la participación de los TPRL en reuniones de planificación de cambios organizativos, incorporación o modificación de procesos, evaluación de inversiones con impacto en la gestión preventiva, etc.
- Establecer protocolos claros de actuación ante riesgos graves e inminentes para evitar conflictos éticos, definiendo un procedimiento claro de comunicación y escalado.
- Definir canales directos de reporte a la alta dirección de la empresa, evitando interferencias jerárquicas.
- Formar e informar a mandos intermedios y resto de personal sobre el rol preventivo de los TPRL y su autoridad técnica.
- Desarrollar protocolos de actuación ante discrepancias entre el personal TPRL y otros departamentos de la empresa, clarificando responsabilidades y criterios de decisión.

6.1.4. Trabajo en equipo y redes sociales de apoyo

Promover el trabajo cooperativo y en equipo favorece la participación, el intercambio de conocimientos y la implicación de las personas trabajadoras en la gestión preventiva (Moreira y Neto, 2021). En este contexto, el trabajo en equipo se entiende como el conjunto de estrategias, procedimientos y metodologías mediante las cuales un grupo reducido de personas actúa de forma coordinada para alcanzar un objetivo común (Gobierno de Navarra, 2009).

Ejemplo de buena práctica: Programas de *mentoring* y redes sociales de apoyo (Ju, 2020; Westmoreland, 2024)

La puesta en marcha de programas de *mentoring*, permite aumentar el sentido de comunidad. Estos programas consisten en que, durante un tiempo sostenido, los TPRL con experiencia y cualificación comparten conocimientos, vivencias y habilidades, actuando a modo de tutor/a, favoreciendo el aprendizaje de los TPRL noveles, contribuyendo al dominio de las tareas y constituyendo una fuente importante de apoyo para compartir y aliviar las emociones con el/la compañero/a con el que se está trabajando.

Claves para diseñar un programa de mentoría en SST (Cuervo et al., 2023):

- Contar con personas mentoras comprometidas, con conocimientos y experiencia, así como con habilidades como la comunicación asertiva, la capacidad de generar confianza, la empatía, la inteligencia emocional, etc.
- Garantizar la sostenibilidad del programa a lo largo del tiempo.
- Desarrollar documentación estandarizada que ayude tanto a poner en marcha el proceso de mentoría a través de directrices claras (protocolos de mentorización), como a registrar sus resultados (formatos).
- Definir el proceso de comunicación entre personas mentoras y personas mentorizadas.

- Establecer una compensación tanto para las personas mentoras, como para las personas mentorizadas.
- Hacer un seguimiento de los resultados del programa de mentoría desarrollado.

Por su parte, las redes sociales de apoyo permiten generar un contexto de confianza en el que reflexionar acerca de las experiencias laborales. También denominados grupos informales, hacen referencia a la unión entre personas que interaccionan con regularidad y comparten intereses comunes (Recinos et al., 2025), y sirven para aportar diversos puntos de vista de los problemas y para promover el conocimiento y estrategias de afrontamiento efectivas (Martins y Cunha, 2015; Silliker, 2020; Matisane et al., 2024).

Claves para el buen funcionamiento de las redes sociales de apoyo (Wenger et al., 2002):

- Definir claramente desde el principio los objetivos de la red.
- Asegurar un clima de confianza y confidencialidad donde los TPRL puedan compartir experiencias, dudas o dificultades sin temor a juicios o consecuencias negativas.
- Definir normas de funcionamiento y roles. Contar con personas que impulsen la participación, organicen actividades y favorezcan la cohesión del grupo.
- Promover el intercambio mutuo de apoyo, conocimientos y recursos, evitando relaciones unidireccionales.
- Favorecer el intercambio de buenas prácticas y la actualización profesional.
- Garantizar la participación activa de todos sus miembros.
- Facilitar apoyo emocional frente al estrés, la sobrecarga o el aislamiento profesional.
- Establecer un proceso de comunicación ágil y accesible (reuniones presenciales o virtuales, foros, etc.) que facilite el contacto continuo.
- Integrar TPRL con distinta experiencia enriquece el aprendizaje y la resolución de problemas.

- Garantizar la sostenibilidad de la red a lo largo del tiempo.

Además, las redes profesionales como ASPA (Asociación de Especialistas en Prevención) y ANEPA (Asociación Nacional de Entidades Preventivas Acreditadas) facilitan apoyo técnico, intercambio de conocimiento y fortalecimiento del colectivo profesional.

6.1.5. Formación de los TPRL

La formación permite minimizar los riesgos derivados de factores psicosociales como la carga mental, las relaciones personales, la comunicación, etc., mejorando la capacidad de la persona trabajadora para afrontar estas exigencias (Gobierno de Navarra, 2009). La formación permite sensibilizar a las personas trabajadoras y reconducir sus percepciones, de manera que puedan convertir determinadas problemáticas en oportunidades de cambio (Navarro, 2009).

Planes de formación del personal TPRL

A la hora de desarrollar un plan de formación, algunas claves que hay que tener en cuenta pasan por:

- Identificar las necesidades reales de formación del personal TPRL.
- Huir de planes de formación genéricos, sino adaptarlos a las necesidades específicas identificadas.
- Poner en marcha los planes de formación.
- Evaluar la eficacia una vez finalizados.
- Actualizar periódicamente los planes de formación, de manera que en todo momento se garanticen las competencias de los TPRL.

De manera general, los planes de formación del colectivo de TPRL deberían contemplar, al menos, los siguientes puntos:

- Conocimientos especializados, que permitan al colectivo adaptarse a los cambios, a la digitalización y a la diversidad de entornos en los que trabajan (Sánchez-Herrera y Donate, 2019).
- Formación sobre factores psicosociales de riesgo, riesgos psicosociales y consecuencias sobre la salud. Sensibilizar y formar a los TPRL sobre la autoevaluación en cuanto a los riesgos psicosociales. Los trabajadores/as deben ser capaces de auto observarse e identificar síntomas de estos riesgos para poder prevenir los mismos, saber cómo protegerse y dónde buscar ayuda profesional si se ven afectados. Tomar conciencia de la propia salud emocional y hacer ajustes saludables cuando las relaciones profesionales y otras relaciones interpersonales se vean afectadas (Wang y Wang, 2022).
- Entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento (Gil-Monte et al., 2006). Moreira y Neto (2021), hallaron en su estudio que, si bien los TPRL principalmente emplean estrategias activas centradas en el problema, en segundo lugar, despliegan estrategias de evitación o evasión del problema. En consecuencia, resulta importante trabajar estos recursos. Además, es interesante el entrenamiento en asertividad (Cantero-Sánchez, 2021).

Ejemplo de buena práctica: Programa de inteligencia emocional (IE) como herramienta para garantizar la salud mental del colectivo de TPRL

En los últimos años, la IE se ha consolidado como una herramienta clave para promover la salud mental y favorecer el funcionamiento eficaz y el éxito sostenible de las organizaciones (Saikia et al., 2024).

En el ámbito de la prevención de riesgos laborales, el desarrollo de estas competencias puede desempeñar un papel especialmente relevante en el desempeño del personal TPRL, al mejorar la comunicación (Jorfi et al., 2014), facilitar la toma de decisiones (Queiroz-Ribeiro et al., 2025) y fortalecer las relaciones interpersonales (Othman y Muda, 2018). Asimismo, contribuye a que estos profesionales actúen como agentes de cambio en la construcción de organizaciones emocionalmente inteligentes y,

en consecuencia, más saludables (Salanova, 2009; Da Silva, 2025).

Según el modelo propuesto por Goleman (1995), la inteligencia emocional se articula en torno a cinco competencias básicas: autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales. El fortalecimiento de estas competencias en el personal TPRL puede favorecer el trabajo en equipo, mejorar el clima laboral y aumentar la satisfacción de las personas trabajadoras (De la Villa Moral Jiménez y Ganzo Salamanca, 2018).

Partiendo de este planteamiento, a continuación, se propone un programa de formación en inteligencia emocional dirigido al personal técnico de prevención de riesgos laborales.

Metodología de la formación

- Formación en línea.
- 4 talleres de 2 horas de duración.
- Talleres teórico-prácticos.

Contenido

Talleres	Contenido	Competencia	Tiempo (horas)
Taller 1. Toma de conciencia y autoconocimiento	Impacto de la inteligencia emocional Conciencia emocional	Autoconciencia	2
Taller 2. Regulación emocional	Gestión de las emociones (ira, miedo, tristeza, estrés, ansiedad)	Autorregulación	2
Taller 3. Motivación y empatía	Motivación Empatía	Motivación y empatía	2
Taller 4. Liderazgo emocional	Importancia de ser un líder emocionalmente inteligente. Gestión de las relaciones Gestión del cambio	Habilidades sociales	2

Criterios de evaluación y seguimiento del programa:

1. Encuesta de satisfacción a los participantes, una vez terminado el programa de formación.
2. Encuesta para determinar el estado de salud mental de los participantes. Se realizará durante el programa (taller 2) y una vez finalizado el mismo para poder evaluar si ha habido cambios y comprobar de esta forma la eficacia del programa.

6.2. Contenido y naturaleza de la tarea

Las intervenciones psicosociales centradas en el contenido y la naturaleza de la tarea constituyen un conjunto de medidas preventivas dirigidas a modificar las características intrínsecas del trabajo. Estas actuaciones buscan mejorar aspectos como la forma en que se desarrolla la actividad, las exigencias que implica, el grado de autonomía de la persona trabajadora, el significado atribuido al trabajo y las demandas cognitivas o emocionales asociadas al puesto (INSL, 2012).

En términos generales, estas medidas pretenden evitar la monotonía y la excesiva repetitividad de las tareas, incrementar el margen de control sobre el trabajo y favorecer que la actividad resulte más significativa y motivadora para la persona trabajadora (INSST, 2025b).

No obstante, es importante tener en cuenta que muchos factores psicosociales presentan un carácter dual, ya que pueden actuar tanto como factores de riesgo como elementos protectores de la salud y promotores del bienestar. Por ejemplo, un puesto con escasa variedad de tareas puede favorecer la monotonía, la desmotivación o la pérdida de interés. Sin embargo, una diversidad excesiva de actividades también puede resultar perjudicial al incrementar las demandas cognitivas, dificultar la planificación del trabajo y favorecer la aparición de estrés o ansiedad.

Esta relación no lineal se observa igualmente en otros factores psicosociales, como la autonomía, la carga de trabajo o las demandas emocionales. En consecuencia, las

intervenciones preventivas no deben orientarse únicamente a incrementar o reducir estos factores, sino a mantener un equilibrio adecuado que permita potenciar sus efectos positivos y minimizar las posibles consecuencias adversas sobre la salud.

6.2.1. Rotación de Puestos

Consiste en el intercambio periódico de puestos de trabajo entre varias personas trabajadoras, pudiendo repartir los aspectos más negativos del trabajo que no puedan eliminarse. Contribuye a mejorar la adaptación de la empresa y personal empleado a las necesidades del mercado, incrementando la movilidad funcional y las habilidades y conocimientos de las personas. Permite a los trabajadores y a las trabajadoras descansar de tareas monótonas y repetitivas, que causan desmotivación y cansancio, aunque pueden deteriorarse las relaciones sociales, ya que son frecuentes los cambios de grupos de trabajo. Asimismo, favorece la polivalencia, el aprendizaje y la variabilidad de la actividad laboral.

En el ámbito de los TPRL la exposición continuada a tareas de elevada complejidad técnica, presión temporal o impacto emocional puede generar desgaste profesional, saturación cognitiva y pérdida de motivación. No obstante, en un servicio de prevención, la implantación de medidas de rotación de puestos entre técnicos de prevención presenta limitaciones derivadas de la especialización técnica, la elevada carga normativa y en el caso de los SPA, la continuidad con clientes. Por ello, desde la perspectiva psicosocial, pueden resultar más eficaces las intervenciones centradas en la ampliación y el enriquecimiento de tareas.

6.2.2. Ampliación y enriquecimiento de las tareas

La ampliación de tareas y el enriquecimiento de tareas son dos intervenciones dirigidas a mejorar el contenido del trabajo y reducir la monotonía, aunque difieren en el tipo de cambios que introducen en el puesto. Mientras que la ampliación de tareas incrementa la variedad de actividades manteniendo el mismo nivel de responsabilidad y autonomía (ampliación horizontal), el enriquecimiento de tareas incorpora funciones de

mayor complejidad, autonomía y responsabilidad (ampliación vertical), favoreciendo el desarrollo profesional de la persona trabajadora.

La ampliación de tareas consiste en redistribuir actividades de naturaleza similar entre puestos equivalentes, de forma que la persona trabajadora realice una mayor variedad de tareas sin que ello suponga un incremento de la carga de trabajo ni una modificación sustancial del nivel de responsabilidad o autonomía. En este caso, se amplía el contenido del puesto mediante la incorporación de tareas del mismo nivel funcional, incrementando la variedad de la actividad desarrollada, pero sin alterar su complejidad (INSHT, 1998; INSST, 2025).

Por su parte, el enriquecimiento de tareas implica una modificación cualitativa del puesto de trabajo al incorporar funciones que requieren un mayor nivel de responsabilidad, autonomía y participación en la organización de la actividad. Su finalidad no es únicamente reducir la monotonía derivada de la realización de tareas repetitivas, sino también favorecer el desarrollo profesional de la persona trabajadora mediante la asignación de funciones acordes con sus capacidades y competencias (INSL, 2012).

Esta intervención suele conllevar un mayor grado de autonomía para planificar el trabajo, participar en la toma de decisiones, controlar los métodos de ejecución y desarrollar habilidades de mayor cualificación. Por ello, puede resultar especialmente útil en puestos caracterizados por un bajo nivel de autonomía o en situaciones en las que se pretende incrementar la motivación y favorecer el desarrollo profesional (INSHT, 1998).

Ejemplo de buena práctica: Ampliación de tareas en personal TPRL de un servicio de prevención.

Implantación de un sistema planificado de ampliación y alternancia de tareas entre los TPRL del servicio de prevención, basado en la distribución equilibrada de las diferentes actividades preventivas desarrolladas dentro de la organización. Se trata de un servicio de prevención donde las actividades de campo las realizaban principalmente

los especialistas y el trabajo documental y de impartición de formación la realizan aquellos con un perfil más generalista.

La medida tuvo como objetivo reducir la exposición continuada a tareas con elevada carga mental o excesivamente repetitivas, prevenir la monotonía y favorecer un mayor desarrollo profesional, contribuyendo así a mejorar el bienestar psicosocial, la motivación y la satisfacción laboral del personal técnico.

La implantación del sistema se realizó respetando en todo momento las competencias y especialidades de cada TPRL, evitando la asignación de funciones para las que no estuvieran cualificados y procurando que la diversificación de tareas no supusiera un incremento inadecuado de la carga de trabajo.

Actividades que se pueden incluir en la ampliación para los distintos perfiles:

- Evaluaciones de riesgos.
- Investigación de accidentes e incidentes.
- Realización de visitas técnicas y seguimiento de medidas preventivas.
- Elaboración de documentación e informes técnicos.
- Actividades de formación e información preventiva.
- Participación en campañas y programas de promoción preventiva.

Criterios para su de aplicación:

- Compatibilidad técnica y competencial entre las funciones asignadas.
- Formación previa y apoyo técnico cuando las nuevas actividades lo requieran.
- Distribución equilibrada entre tareas de campo, actividades técnicas y trabajo administrativo.
- Alternancia entre actividades de alta y moderada exigencia mental.
- Limitación de exposiciones prolongadas a accidentes graves o situaciones conflictivas.
- Respeto a la carga de trabajo y a los tiempos necesarios para la correcta

ejecución de las tareas.

- Participación activa de los TPRL en la planificación y revisión de la medida.

La aplicación de esta medida debe realizarse de forma planificada, progresiva y consensuada con las personas trabajadoras, garantizando que la ampliación de tareas no suponga un incremento inadecuado de la carga de trabajo ni una pérdida de calidad técnica. Asimismo, resulta recomendable realizar un seguimiento periódico de la medida, con el fin de valorar su eficacia preventiva y realizar los ajustes necesarios.

6.3. Medidas personales e interrelacionales

6.3.1. Entrenamiento en habilidades sociales

Las habilidades sociales constituyen una competencia fundamental para el desempeño profesional del personal TPRL. No obstante, su definición no resulta sencilla, ya que se trata de un concepto influido por múltiples factores, como la edad, el contexto cultural, la clase social o las características de cada situación interpersonal. En este sentido, la definición propuesta por Caballo (2000) es una de las más aceptadas en el ámbito científico:

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimizan la probabilidad de futuros problemas (p.6).

De esta definición se desprende que las habilidades sociales no constituyen un rasgo innato de la personalidad, sino un conjunto de conductas que pueden aprenderse y desarrollarse. Además, su manifestación depende tanto de las características de la persona como del contexto social y cultural en el que se producen, por lo que una conducta socialmente eficaz puede variar en función de la situación.

En el ámbito de la prevención de riesgos laborales, el desarrollo de estas habilidades puede contribuir a mejorar las relaciones interpersonales del personal técnico de prevención (Gil-Monte, 2007), facilitar una comunicación más eficaz con los distintos interlocutores de la organización y favorecer la consecución de los objetivos preventivos, respetando al mismo tiempo los derechos e intereses de las demás personas (Collantes y Marcos, 2012; Roca, 2018).

Por el contrario, un déficit de habilidades sociales puede convertirse en una fuente importante de estrés laboral, al dificultar la resolución de conflictos, la comunicación y las relaciones profesionales, favoreciendo la aparición de emociones negativas como la frustración, la ira, el rechazo o la sensación de infravaloración.

Ejemplo de buena práctica: Programa de entrenamiento en habilidades sociales

Existen variaciones entre los distintos programas de habilidades sociales, pero comparten una misma estructura articulada en las siguientes siete fases perfectamente diferenciadas (Gil-Monte, 2015):

1. *Evaluación Inicial del personal trabajador y del contexto*. Se trata de un primer contacto en el que mediante entrevistas, cuestionarios u observación se valora nivel de las habilidades sociales. Constituirá el punto de referencia para la evaluación posentrenamiento.
2. *Instrucciones*: En esta fase en colaboración con la persona o grupo, se establecen las razones (beneficios) que justifican este aprendizaje y se trabaja sobre aspectos previos relacionados con las habilidades, que constituyen también sus componentes. En este sentido, y siguiendo a Caballo (2000) nos centraríamos en fomentar la asertividad (conocer estilos funcionales de comunicación) y en el ajuste de creencias.
3. *Modelado*: Se expone al grupo a un modelo que ejecute y represente en un contexto la habilidad a trabajar, constituyendo una fuente importante de

aprendizaje por observación. El modelo puede ser un miembro del grupo o se puede utilizar una grabación. Resulta necesario que los observadores se sientan identificados con el modelo.

4. *Ensayo conductual*: Se representa el modo efectivo y adaptativo de afrontar la situación observada previamente, suprimiendo las conductas socialmente poco efectivas. Se puede realizar mediante *role-playing* o utilizando Inteligencia artificial (IA) o realidad virtual. Las nuevas tecnologías y sus aplicaciones se han evidenciado como muy eficaces en el desarrollo de competencias socioemocionales en otras edades y ámbitos, y podría ser interesante y productivo su uso en el contexto laboral (Ardiles y Segovia 2025). Gil Monte (2015) señala que el número de ensayos de conducta está entre 3 y 10.
5. *Retroalimentación y refuerzo*: Conforman dos factores esenciales en el entrenamiento de las habilidades sociales, ya que de su correcta ejecución depende el fortalecimiento y mantenimiento de la conducta. El reforzamiento generalmente es proporcionado por los miembros del grupo (refuerzo verbal+ no verbal) y debe ser contingente al ensayo de la conducta. La retroalimentación ofrece información específica a la persona, fundamental para poder mejorar la conducta ensayada. La proporcionan el entrenador, otros miembros del grupo (previo adiestramiento) por ejemplo. En cuanto al contenido debe centrarse en el comportamiento concreto, concentrarse en lo positivo, ser detallada y aportando formas de mejora.
6. Generalización: Es una de las principales tareas, ya que implica lograr que el personal trabajador emplee las conductas aprendidas en cualquier contexto, y específicamente en el contexto laboral. En general, para ello se trabajan los mismos comportamientos en diferentes situaciones laborales y reforzando y retroalimentando las conductas socialmente habilidosas.
7. Valoración de la eficacia postratamiento: Se evalúa si ha sido eficaz el programa considerando la adquisición y mantenimiento de la habilidad aprendida, centrándose en su aplicación en el contexto laboral. Se utilizan, con este objetivo, autoinformes, observación, entrevista, etc.

Claves del programa: el número de miembros del grupo más recomendado es

de 8 a 12, con sesiones semanales de 2 horas de duración, a lo largo de 8-12 semanas (Caballo, 2000). Se necesita para aplicar estos programas un instructor cualificado en el ámbito de la Psicología, entroncando con la parte formativa organizacional.

6.3.2. Estrategias de afrontamiento al estrés

A la hora de gestionar el estrés las personas desplegamos una serie de estrategias con el fin de afrontar el problema, la demanda, un peligro o un acontecimiento y reducir las consecuencias adversas. Estas estrategias hacen referencia al grupo de respuestas a nivel cognitivo y comportamental frente a los estresores. Son, en síntesis, los intentos de la persona para gestionar los factores de estrés, en este caso de la organización, y recuperar el equilibrio.

Existen distintas maneras de hacer frente al estrés, variabilidad ligada a las características de los individuos y sus recursos, lo que da lugar a diferentes clasificaciones de las estrategias. Dentro de éstas, encontramos la clasificación más ampliamente utilizada de Lazarus y Folkman (1984), que organiza las estrategias en dos categorías (para una revisión más exhaustiva de las estrategias de afrontamiento, consultar Skinner et al., 2003):

- **Estrategias centradas en el problema**: se emplean en situaciones en las que la persona percibe que tiene control sobre la situación y se focalizan en la resolución de la situación, gestionando el factor psicosocial de estrés (por ejemplo, resolución de problemas).

- **Estrategias centradas en la emoción**: se utilizan cuando la persona percibe que no puede manejar el evento estresante, pero si puede reducir los cambios emocionales negativos (por ejemplo, reevaluación positiva).

Ambos tipos de estrategias pueden resultar eficaces, ya que su utilidad depende de las características de la situación y de los recursos de la persona. Además, aunque tradicionalmente se han considerado respuestas reactivas frente al estrés, algunos autores

plantean que también pueden desarrollarse de forma anticipatoria, fortaleciendo los recursos personales antes de que las situaciones lleguen a convertirse en estresores (Salanova et al., 2005). Esta perspectiva resulta especialmente relevante en el ámbito de la promoción de la salud y el bienestar laboral.

En el contexto de la prevención de riesgos laborales, diversos estudios muestran que las personas trabajadoras que utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento orientadas a la resolución de problemas gestionan mejor el estrés, presentan una mayor resiliencia y experimentan un menor impacto negativo de los factores psicosociales (Arrogante et al., 2015; González y Artuch, 2014). Por ello, distintos autores recomiendan incorporar el entrenamiento en estas estrategias a la formación del personal TPRL, como medida para fortalecer su capacidad de afrontamiento, incrementar su resiliencia y favorecer su bienestar psicológico (Gil-Monte et al., 2006; Moreira y Neto, 2021; Wang y Wang, 2021).

Ejemplo de buenas prácticas. Entrenamiento en resolución de problemas

La resolución de problemas es un proceso cognitivo, afectivo y conductual a través del que una persona trata de encontrar una respuesta de afrontamiento eficaz para un estresor particular, que puede ser por ejemplo un conflicto con un trabajador.

Este proceso ayuda al trabajador a identificar los componentes principales del problema, barajar posibles soluciones y tomar una decisión de afrontamiento. El entrenamiento en la resolución de problemas permitirá al TPRL hacer frente de forma efectiva a un problema, a la vez que desarrolla una habilidad general que le servirá para futuros conflictos.

Este entrenamiento se estructura en dos componentes principales con diferentes etapas (D' Zurrila y Nezu, 1982, 2007; Nezu et al., 2014):

- Orientación y actitud hacia los problemas

- Percepción del problema, atribución (causas), valoración (desafío/ amenaza), control personal (puedo o no resolver los problemas) y compromiso (tiempo y esfuerzo).

- Habilidades básicas de resolución de problemas
  - ETAPA 1. Definición y formulación del problema: se identifica el elemento estresor y se clarifica y comprende la naturaleza específica del mismo, su alcance, si se trata de un problema básico o más complejo, se diferencia la información relevante de la irrelevante, etc.
  - ETAPA 2. Generación de alternativas: se proponen tantas opciones de afrontamiento como sea posible. Para ello se puede utilizar en el grupo el *brainstorming* o torbellino de ideas, generando soluciones en cantidad, variadas y que sean lo más específicas posibles.
  - ETAPA 3. Toma de decisiones: se eliminan aquellas soluciones no viables o con consecuencias negativas importantes, se valora cada una de las alternativas después del cribado y se toma una decisión o combinación de opciones. La valoración de las distintas alternativas es el proceso más complejo y de forma simplificada respondería a las siguientes preguntas (D'Zurilla y Nezu, 2007): a) ¿Resolverá esta solución el problema? b) ¿Puedo llevarla a cabo realmente? c) ¿Cuáles son los efectos sobre mí mismo, tanto a corto como a largo plazo? d) ¿Cuáles son los efectos sobre los demás, tanto a corto como a largo plazo? Se califica cada decisión en una escala desde muy mala hasta muy buena y se selecciona la adecuada (o la opción combinada)
  - ETAPA 4. Aplicación solución y evaluación eficacia: se aplica la decisión adoptada por el grupo y se les solicita que anticipen la posibilidad de lograr éxitos y fracasos. Finalmente evalúan a posteriori, si de forma global han conseguido alcanzar los objetivos o metas propuestas.

Clave del entrenamiento: Se realiza en pequeños grupos, sesiones de 1 a 2 horas de duración, una vez por semana durante 6 o 7 semanas (Gil-Monte, 2015). Muy importante tener en cuenta el papel de la retroalimentación durante el proceso y no descuidar el proceso de generalización. Se aconseja un entrenador formado y experimentado en el área psicológica.

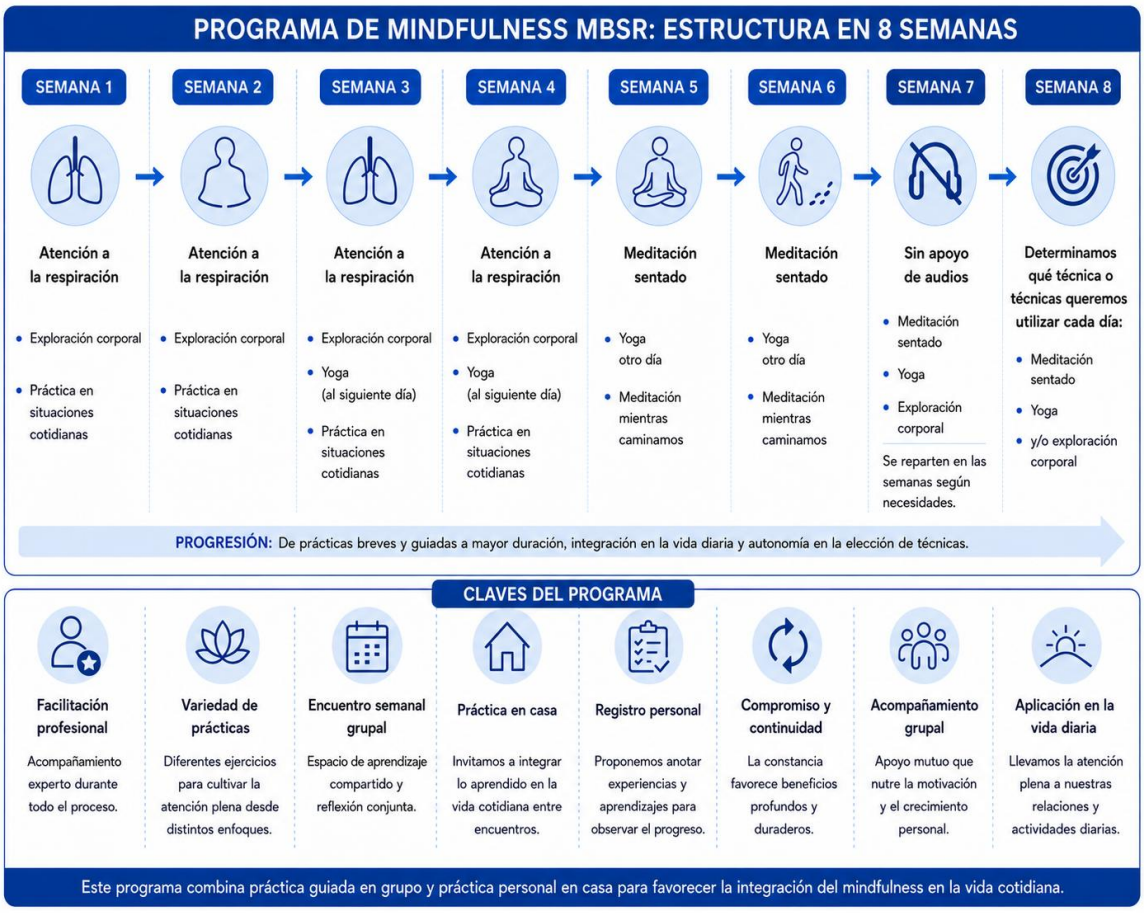
6.3.3. Práctica de Mindfulness

Una de las intervenciones de probada eficacia que aumenta las emociones positivas y la salud es la meditación *mindfulness. Mindfullness* es la toma de conciencia (sensaciones interiores y entorno) del momento presente con una actitud calmada de apertura, curiosidad y aceptación (Kabat-Zinn, 1994; Bishop et al., 2004). Distintos estudios han demostrado su eficacia en el ámbito laboral como herramienta de bienestar personal (Amutio, 2004), como recurso que favorece el efectivo afrontamiento al estrés y reduce el *burnout* (Luken et al., 2016). Westmoreland (2024), considera que la práctica de *mindfulness* es una de las herramientas eficaces en el manejo del estrés que sufren los TPRL.

Su probado nivel de efectividad se ha materializado en Gran Bretaña en el desarrollo de una iniciativa parlamentaria y la puesta en marcha de un programa de *mindfulness*, dentro de una estrategia global, que pretende abordar las preocupaciones de la salud mental y física, en distintas áreas, entre ellas el contexto laboral (Para más información consúltese https://www.themindfulnessinitiative.org/)

Ejemplo de buena práctica: Programa de Reducción del estrés en la atención plena (MBSR) (Kabat-Zin, 1990).

Este programa se inicia con la intención de reducir el dolor en pacientes en 1990. A partir de este momento, se va perfeccionando y extendiendo a distintos ámbitos entre los cuales se encuentra el laboral.



6.3.4. Resolución de conflictos

El conflicto es una realidad frecuente en cualquier organización laboral y puede constituir un motivo de ruptura en la misma o, puede entenderse como una oportunidad de cambio y mejora. Muchos de estos desacuerdos se solucionan dentro de la organización, mediante el proceso de negociación. En este proceso se recogen los intereses comunes,

se reconocen las necesidades de ambas partes y a través de la discusión, el debate, la concesión y el compromiso se llega a un consenso para la resolución del conflicto. Utilizar la negociación como un recurso para resolver discrepancias es síntoma de un sistema de relaciones laborales maduro, en el que el poder se distribuye de forma consensuada (OIT, 2013).

Como se mencionó anteriormente, en las organizaciones con pobre cultura preventiva o sin desarrollar, puede darse falta de comprensión, apoyo y colaboración por parte de las personas trabajadoras y la dirección, respecto a sus funciones y aplicación de medidas preventivas (Matisāne et al., 2004; Provan et al., 2017; Guennoc et al., 2019; Provan et al. 2019; Cantero-Sánchez, 2021; Wang y Wang, 2021), lo que podría generar conflictos importantes en las relaciones con los mismos. E incluso, podría tener que hacer frente a comportamientos hostiles o de resistencia (Gil-Monte et al., 2006; Minnick, 2013; Wang y Wang, 2021). Se necesita, en este sentido, proporcionar al personal TPRL recursos interpersonales que les faciliten solventar estos conflictos y situaciones (Li et al.,2025) Entrenar las habilidades sociales (por ejemplo, resolución de problemas), así como habilidades de negociación pueden ser dos herramientas muy eficaces para utilizar con este fin.

Ejemplo de buena práctica: Negociación de conflictos (elaboración propia INSST, 2017)



La mayor parte de los conflictos se consiguen solventar a través de la negociación o el consenso. Cuando esto no ocurre, o por alguna razón se estanca el proceso, suele recurrirse a otras herramientas como la mediación o conciliación, proceso voluntario por el que se acepta la intervención de un tercero para asistir el entendimiento entre las partes, con el fin de que éstas alcancen un acuerdo o solución de forma cooperativa y eficaz, resultando favorable para todas las partes (OIT, 2013; Vega, 2009).

El mediador será una persona neutral que recogerá las necesidades e intereses de cada parte, proporcionando ayuda y asistencia, sin tener autoridad para imponer una solución concreta. Son las partes quienes de forma conjunta deben llegar a un acuerdo.

El proceso es totalmente voluntario, pudiendo cualquiera de sus participantes abandonar el proceso en cualquier momento

Ejemplo de buena práctica: Mediación en conflicto (elaboración propia a partir de INSHT, 2009)



6.3.5. Fomento de autocuidado y hábitos saludables

El efecto positivo de los hábitos saludables y el autocuidado sobre el bienestar físico y mental de las personas trabajadoras y de la población general se ha puesto de manifiesto en diferentes trabajos de investigación (Ramón et al., 2019¸Behm, et al., 2023: Barbosa et

al., 2018). Alimentarse correctamente, practicar de forma regular ejercicio físico, respetar unas horas mínimas de descanso y sueño, evitar el tabaco, alcohol y otras drogas y fomentar las relaciones sociales conforman un grupo de medidas que reducen significativamente los riesgos para la salud y simultáneamente favorecen el bienestar integral de las personas. Varios estudios realizados con el personal TPRL ponen de manifiesto la importancia practicar ejercicio físico (NIkolic et al., 2021) y contemplan la promoción de relaciones personales y/ o laborales, como una fuente importante de apoyo frente al estrés y un factor que ayuda a mantener buena salud mental (Anyfantis et al., 2021; Arteaga et al., 2010; Ju et al., 2020; Westmoreland, 2024).

Ejemplo de buena práctica: Autodiagnóstico del estado de salud y plan saludable de alimentación y ejercicio físico

El Ministerio de Sanidad ha publicado una página web (https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/home.htm) orientada a la detección del nivel de salud de las personas, mediante cuestionarios de autodiagnóstico y a partir de sus resultados se proporcionan pautas para la elaboración y seguimiento de un plan de promoción de salud. Esta página tiene como objetivo la promoción de la actividad física frente al sedentarismo, la alimentación saludable, la prevención del tabaquismo y del consumo del alcohol, aportando recursos y materiales que permiten pasar de la información a la acción.

Página / recurso	Estructura principal identificada	A qué corresponde dentro del cambio de hábitos
Actividad Física y Sedentarismo	Presentación; Actividad física; Sedentarismo; Recursos visuales y descargables; materiales con recomendaciones y vídeos.	Sensibilización sobre el sedentarismo, comprensión del beneficio de moverse, consulta de recomendaciones por edad y acceso a propuestas sencillas para iniciar el movimiento

		cotidiano.
Alimentación saludable	Presentación; Alimentación ¿Qué sabemos?; Aspectos sociales de la alimentación; Falsos mitos; Habilidades de compra y cocina; recursos interactivos y materiales.	Comprensión de la alimentación como conducta influida por conocimientos, emociones, habilidades y entorno; revisión de hábitos; desmontaje de creencias erróneas; desarrollo de habilidades prácticas para comprar, cocinar y planificar.
Consumo de riesgo y nocivo de alcohol	Presentación; Conoce tu consumo; Qué debo saber; Falsos mitos; El consumo social; Recomendaciones; recursos de ayuda.	Toma de conciencia y autoevaluación del consumo; información preventiva; identificación de situaciones de riesgo; corrección de mitos; orientación hacia reducción, control y búsqueda de ayuda si es necesario.

6.3.6. Programa de atención al empleado (EAP)

Los programas de asistencia o atención al empleado emergen como una estrategia para gestionar el estrés laboral, proporcionando al personal TPRL que sufre estrés u otro problema de salud mental, counselling, iniciativas de bienestar y sistemas de apoyo. Generalmente se aplican para reducir los efectos negativos del estrés, pero ayuda también a favorecer la motivación, el compromiso y fortalecer los resultados personales y laborales (Al, 2023).

Es una intervención individual eficaz de apoyo al trabajador ante problemas laborales, pero puede ser extensible a otro tipo de problemas y contexto (por ejemplo, personal). Es un programa confidencial, de participación voluntaria, acceso libre, anónimo y confidencial y basado en el apoyo psicológico breve.

Ejemplo de buena práctica: Programa de atención al empleado (EAP) (INSST, 2007)



6.3.6. Reincorporación laboral y adaptación en trabajadores con problemas de salud mental

Uno de los problemas que interfiere en la adaptación y reincorporación laboral de

las personas con problemas psicológicos es el estigma social acerca de los mismos (OMS/OIT, 2022; OIT, 2026). Existen muchos malentendidos y mitos falsos acerca de las personas con trastornos mentales: son más débiles, son violentos, impredecibles y peligrosos y con poca capacidad para el desempeño de sus funciones en el contexto laboral. Sin embargo, estas creencias frecuentemente no tienen que ver con la realidad.

Estas creencias erróneas y estereotipos dificultan no solo la comunicación con otras personas trabajadoras y dirección, sino que, funcionan como una barrera en la adaptación y reincorporación laboral de estas personas, tras un periodo de baja laboral.

Para una buena reintegración del trabajador se requiere un abordaje individual, contar con su colaboración y ajustar la respuesta a una evaluación previa con el fin de garantizar el funcionamiento sociolaboral del trabajador (Gálvez et al., 2012), en este caso el personal TPRL.

Ejemplo de buenas prácticas: Medidas para facilitar la reincorporación de un trabajador con TEPT (elaboración propia a partir de EU-OSHA, 2024)


MEDIDAS PARA APOYAR A LOS TRABAJADORES ANTE SITUACIONES TRAUMÁTICAS
1
Implementar medidas de prevención
Para evitar que los trabajadores se vean expuestos a situaciones traumáticas: medidas para prevenir la violencia laboral, responsabilidades claras sobre los límites del rol- esto puede ayudar a eliminar su sentimiento de culpa- y supervisores capacitados para brindar apoyo.
2
Ayudar a la persona a superar la situación traumática
Incluir el afrontamiento de posibles eventos traumáticos en la preparación de las tareas y en la formación de los trabajadores.
3
Brindar apoyo durante un posible evento traumático
Ofrecer apoyo en el lugar de los hechos por parte de personas cualificadas y facilitar que los compañeros puedan hablar y compartir emociones relativas a hechos traumáticos.
4
Brindar apoyo después de un posible evento traumático
Proporcionar psicoeducación sobre el TEPT y las respuestas traumáticas, y realizar detección temprana para identificar el desarrollo de síntomas.
5
Brindar apoyo si presentan síntomas de TEPT
Permitir descansos breves tras un evento traumático y ofrecer tratamiento profesional, incluyendo seguimiento a medio y largo plazo.
6
Brindar rehabilitación
Además de las adaptaciones necesarias, proporcionar apoyo social, reconocimiento del trabajo por parte de los compañeros, reintegración gradual, conversaciones con colegas con experiencia, vigilancia de la salud y seguimiento de síntomas.
7
Evaluar la situación tras los incidentes
Analizar si las medidas de prevención y otras actuaciones pueden mejorarse.

CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES

La presente guía ha permitido recopilar y analizar la evidencia científica y técnica disponible sobre los principales riesgos psicosociales que afectan a los TPRL, así como identificar herramientas útiles para la evaluación de la salud mental y diversas buenas prácticas orientadas a promover su bienestar psicológico. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de prestar una atención específica a este colectivo profesional, cuyo papel resulta esencial para garantizar la seguridad y salud de las personas trabajadoras y la integración efectiva de la prevención en las organizaciones.

Esta realidad adquiere especial relevancia si se considera la profunda transformación que ha experimentado la profesión durante las últimas décadas. El papel del personal TPRL ha evolucionado desde una función principalmente centrada en el cumplimiento normativo y el control técnico de los riesgos hacia un rol mucho más amplio, estratégico y transversal dentro de las organizaciones. Actualmente, estos profesionales no solo participan en la evaluación y planificación preventiva, sino que también intervienen en procesos de gestión del cambio, asesoramiento a la dirección, formación, comunicación, coordinación de actividades empresariales, investigación de accidentes, implantación de sistemas de gestión y promoción de la cultura preventiva. Sánchez-Herrera y Donate (2019) destacan precisamente esta creciente integración de la prevención en la estrategia empresarial, mientras que Hale et al. (2020) describen una evolución internacional de la profesión hacia perfiles con mayores competencias organizativas, comunicativas y de liderazgo.

La evolución de la profesión ha estado estrechamente vinculada a las profundas transformaciones que han experimentado las organizaciones y el mundo del trabajo durante las últimas décadas. La digitalización de los procesos, la implantación de nuevas tecnologías, la automatización, la aparición de nuevas formas de organización del trabajo y el creciente protagonismo de los factores psicosociales han ampliado considerablemente el alcance de la función preventiva. Como consecuencia, los TPRL desarrollan su actividad en entornos cada vez más dinámicos y cambiantes, donde deben gestionar riesgos emergentes, adaptarse continuamente a cambios normativos y tecnológicos y responder a expectativas crecientes por parte de las organizaciones, las personas trabajadoras y otros

agentes implicados en la gestión preventiva. Esta ampliación progresiva de responsabilidades ha incrementado notablemente las exigencias técnicas, organizativas y relacionales asociadas al ejercicio profesional.

Bajo estas nuevas condiciones de ejercicio profesional, la revisión bibliográfica muestra que los riesgos psicosociales que pueden afectar al colectivo tienen un origen multifactorial. Entre los factores de riesgo más relevantes destacan la elevada carga de trabajo, la presión temporal, la necesidad de responder simultáneamente a múltiples demandas, la responsabilidad asociada a la toma de decisiones preventivas, la creciente complejidad técnica de la profesión y la continua evolución normativa y tecnológica (Moreira y Neto, 2021; Matisāne et al., 2024). A ello se suman nuevas exigencias derivadas de la digitalización, como la hiperconectividad, la sobrecarga informativa, la disponibilidad permanente y las dificultades para establecer límites claros entre los tiempos de trabajo y descanso (López-González et al., 2022).

Sin embargo, las investigaciones ponen de manifiesto que las exigencias derivadas del contenido del trabajo no son los únicos factores que influyen sobre el bienestar psicológico de los TPRL. Las características organizativas y la posición que ocupan dentro de las organizaciones desempeñan un papel igualmente relevante. En este sentido, diversos estudios coinciden en señalar que los TPRL desarrollan su actividad en una posición intermedia entre distintos grupos de interés, actuando como enlace entre la dirección, los mandos intermedios, las personas trabajadoras y, en muchos casos, organismos externos o entidades reguladoras (Provan et al., 2017; Martins y Cunha, 2015; Neri, 2018).

Esta posición intermedia obliga a compatibilizar objetivos, necesidades y expectativas que no siempre son coincidentes. Por una parte, los TPRL deben contribuir a los objetivos organizativos y responder a las demandas de la dirección; por otra, tienen la responsabilidad profesional y ética de promover entornos de trabajo seguros y saludables, garantizando el cumplimiento de los principios preventivos y de las obligaciones legales en materia de prevención. La coexistencia de estas demandas puede generar conflictos de rol, ambigüedad respecto a las responsabilidades reales asumidas y una percepción de limitada capacidad de influencia sobre determinadas decisiones estratégicas (Olsen, 2012;

Minnick, 2013).

La sensación de asumir elevados niveles de responsabilidad sin disponer siempre de la autoridad o de los recursos necesarios para impulsar determinadas medidas preventivas constituye una de las fuentes de tensión más relevantes identificadas en la literatura. Cuando esta situación se mantiene en el tiempo, puede favorecer sentimientos de frustración, pérdida de control e ineficacia profesional. Desde la perspectiva de la gestión, este hallazgo pone de manifiesto la importancia de proporcionar a los TPRL un respaldo organizativo claro, definir adecuadamente sus funciones y facilitar su participación efectiva en los procesos de toma de decisiones relacionados con la seguridad y salud laboral.

Las limitaciones percibidas para influir en determinadas decisiones pueden verse agravadas cuando la contribución preventiva no recibe un reconocimiento acorde con la responsabilidad asumida. Aunque la prevención de riesgos laborales ha adquirido una importancia creciente en las organizaciones, diversos estudios señalan que los TPRL consideran que su contribución no siempre recibe la visibilidad, valoración o reconocimiento acordes con la responsabilidad de las funciones que desempeñan (Sánchez-Herrera y Donate, 2019; Wang y Wang, 2021). Esta situación resulta especialmente significativa si se tiene en cuenta que una parte importante del éxito preventivo se refleja precisamente en la ausencia de accidentes, incidentes o enfermedades profesionales, circunstancias que dificultan la percepción tangible de los resultados obtenidos.

Cuando el esfuerzo realizado no encuentra un reconocimiento adecuado, pueden verse afectados aspectos tan relevantes como la motivación, el compromiso organizacional, la satisfacción laboral y la percepción de autoeficacia profesional. Por ello, las organizaciones deberían considerar el reconocimiento del trabajo preventivo como una herramienta estratégica para fortalecer el bienestar psicológico de los TPRL y consolidar una cultura preventiva sólida y sostenible.

La revisión también pone de manifiesto que las transformaciones actuales del mundo laboral están generando nuevos desafíos para el colectivo. La digitalización, el

teletrabajo, la hiperconectividad y la creciente dependencia de herramientas tecnológicas han modificado sustancialmente la forma en que los TPRL desarrollan sus funciones. López-González et al. (2022) señalan que estos cambios se asocian a nuevas demandas físicas y psicosociales que pueden incrementar la carga mental y dificultar la recuperación psicológica. La disponibilidad permanente, la presión derivada de la inmediatez de las comunicaciones y la dificultad para desconectar del trabajo configuran riesgos emergentes que deben incorporarse a las estrategias preventivas.

Las consecuencias derivadas de esta exposición continuada a factores de riesgo psicosocial son múltiples y afectan tanto al profesional como a la organización. La literatura revisada identifica el estrés laboral como una de las manifestaciones más frecuentes dentro del colectivo (Gil-Monte et al., 2006; Wang y Wang, 2021). Cuando las demandas laborales superan de forma sostenida los recursos disponibles para afrontarlas, aumenta la probabilidad de desarrollar agotamiento emocional, fatiga psicológica y síndrome de *burnout*. Los hallazgos de Gil-Monte et al. (2006) y Moreira y Neto (2021) muestran que estos fenómenos no son excepcionales dentro de las profesiones vinculadas a la seguridad y salud laboral.

Asimismo, la exposición continuada a situaciones de presión, incertidumbre y responsabilidad puede favorecer la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva, especialmente cuando se combina con una escasa percepción de control sobre las condiciones de trabajo. En determinados contextos, como la investigación de accidentes graves o mortales, los profesionales también pueden experimentar reacciones emocionales intensas asociadas al impacto psicológico de estos acontecimientos, incluyendo sentimientos de culpa, impotencia o cuestionamiento profesional.

En este sentido, una de las principales conclusiones de esta guía es que los efectos de estos problemas trascienden el ámbito individual. La salud mental de los TPRL influye directamente en la calidad de las evaluaciones realizadas, en la capacidad para identificar riesgos emergentes, en la comunicación con personas trabajadoras y directivos, en la toma de decisiones y en la efectividad global de las acciones preventivas. En consecuencia, proteger el bienestar psicológico de estos profesionales no debe interpretarse únicamente como una medida de protección individual, sino como una inversión directa en la calidad y

eficacia del sistema preventivo.

De ahí que la evaluación sistemática de la salud mental adquiera una especial relevancia. A lo largo de la guía se han recopilado diferentes herramientas de cribado y evaluación que pueden facilitar la detección temprana de posibles problemas psicológicos y el seguimiento del bienestar emocional. Su principal utilidad no radica en establecer diagnósticos clínicos, sino en proporcionar información objetiva que permita identificar señales de alerta, orientar la adopción de medidas preventivas y valorar la eficacia de las intervenciones implantadas.

No obstante, tan importante como disponer de herramientas de evaluación adecuadas es garantizar que estas se utilicen de forma correcta y dentro del marco competencial que les corresponde. Una de las conclusiones que se desprende de la revisión realizada es la necesidad de diferenciar claramente entre la evaluación de los factores y riesgos psicosociales presentes en la organización y la valoración de sus posibles efectos sobre la salud mental de las personas trabajadoras. Aunque ambas perspectivas son complementarias y forman parte de una estrategia preventiva integral, responden a objetivos distintos y requieren competencias profesionales específicas para su aplicación e interpretación.

Por una parte, la evaluación de los factores de riesgo psicosocial tiene como finalidad identificar las condiciones organizativas y del trabajo que pueden afectar al bienestar y a la salud de las personas trabajadoras. Estas evaluaciones pueden ser realizadas e interpretadas por personal técnico de prevención de riesgos laborales con formación y competencia en Psicosociología Aplicada. Entre las herramientas disponibles se encuentran métodos de evaluación psicosocial de carácter general, como FPSICO, junto con otras técnicas cuantitativas y cualitativas destinadas a analizar aspectos como la carga de trabajo, las demandas psicológicas, la autonomía, el apoyo social, el liderazgo, el conflicto de rol, la conciliación o las demandas emocionales, permitiendo identificar la presencia de riesgos psicosociales, como el estrés laboral.

Por otra parte, la evaluación de la salud mental se orienta a detectar de forma precoz posibles manifestaciones de malestar psicológico o alteraciones que puedan

requerir una valoración clínica posterior. En este ámbito se incluyen los instrumentos de cribado recopilados en esta guía, que permiten evaluar dimensiones como el malestar psicológico, la ansiedad, la depresión, el estrés percibido, el bienestar emocional, la calidad del sueño o determinados hábitos que pueden actuar como indicadores indirectos del estado de salud mental.

Dado que estos instrumentos recogen información relacionada con la salud de las personas trabajadoras, su utilización debe integrarse en el marco de la vigilancia de la salud, de acuerdo con la normativa vigente, y ser realizada por personal sanitario competente, especialistas en Medicina del Trabajo, Enfermería del Trabajo, Medicina General u otras Especialidades, Psicología General Sanitaria o Psicología Clínica, según proceda y siempre a través de interrelación con la parte técnico preventiva del Servicio de Prevención.

Esta diferenciación competencial resulta esencial para garantizar una gestión rigurosa y eficaz de los riesgos psicosociales. La integración de la evaluación de las condiciones de trabajo con la vigilancia de sus posibles efectos sobre la salud mental proporciona una visión más completa de la realidad preventiva y facilita la adopción de decisiones basadas en evidencias. Desde esta perspectiva, la evaluación no debe entenderse como un fin en sí mismo, sino como una herramienta al servicio de la prevención, orientada a identificar prioridades de actuación, diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades detectadas y valorar posteriormente su impacto sobre el bienestar de los TPRL.

La información obtenida mediante estos procesos de evaluación adquiere verdadero valor preventivo cuando se traduce en decisiones e intervenciones orientadas a modificar las condiciones que generan riesgo. Desde esta perspectiva, una de las principales conclusiones que se desprenden de la revisión realizada es que la prevención de los riesgos psicosociales en los TPRL requiere una aproximación integral que combine actuaciones sobre la organización del trabajo, el desarrollo profesional y los recursos individuales de afrontamiento. La evidencia disponible muestra que las intervenciones centradas exclusivamente en la persona pueden contribuir a mejorar determinadas competencias o favorecer una mejor gestión de las demandas laborales, pero resultan

insuficientes cuando no se interviene simultáneamente sobre los factores organizativos que originan o mantienen las situaciones de riesgo. En línea con las recomendaciones del INSST (2022), las estrategias preventivas más eficaces son aquellas que actúan de manera coordinada sobre distintos niveles de intervención.

En primer lugar, la actuación preventiva debe dirigirse hacia aquellos aspectos organizativos que las investigaciones publicadas consideran como principales fuentes de riesgo. Entre ellos destacan la sobrecarga de trabajo, la ambigüedad y el conflicto de rol, la insuficiente autonomía para la toma de decisiones, la falta de recursos, las dificultades para compatibilizar las exigencias preventivas con otros objetivos organizativos y la escasa visibilidad o reconocimiento de la función preventiva. La revisión realizada pone de manifiesto que muchas de las situaciones de estrés y desgaste profesional descritas por los TPRL tienen su origen en estos factores estructurales, por lo que las organizaciones desempeñan un papel determinante en su prevención.

En este sentido, resulta especialmente relevante reforzar el posicionamiento estratégico de los TPRL dentro de la organización, clarificar sus funciones y responsabilidades, favorecer su participación efectiva en la toma de decisiones relacionadas con la seguridad y salud laboral y garantizar la disponibilidad de recursos adecuados para el desempeño de sus funciones. Asimismo, las organizaciones deberían promover sistemas de gestión que permitan equilibrar las exigencias normativas con una intervención preventiva orientada a la mejora real de las condiciones de trabajo, evitando que la actividad preventiva quede excesivamente condicionada por tareas administrativas o burocráticas que aportan un valor limitado desde el punto de vista preventivo.

La evidencia revisada también destaca la importancia del apoyo organizacional y del liderazgo como factores protectores frente a los riesgos psicosociales. Los entornos caracterizados por una comunicación abierta, apoyo directivo, reconocimiento profesional y participación favorecen una mayor satisfacción laboral y una mejor percepción de bienestar psicológico. Por ello, los responsables de las organizaciones deberían impulsar estilos de liderazgo que refuercen la confianza, la colaboración y el reconocimiento de la contribución realizada por los TPRL, favoreciendo así un entorno de trabajo más saludable y una mayor eficacia preventiva.

Junto a las medidas organizativas, se refuerza la necesidad de fortalecer los recursos profesionales e individuales del colectivo. La formación continua, el desarrollo de competencias técnicas y transversales, la mejora de las habilidades de comunicación, negociación y gestión de conflictos, así como la adquisición de estrategias eficaces de afrontamiento, constituyen elementos que pueden contribuir a mejorar la capacidad de adaptación ante las crecientes exigencias del entorno laboral. Del mismo modo, la promoción del autocuidado, la sensibilización sobre la importancia de la salud mental y la búsqueda temprana de apoyo ante la aparición de señales de malestar psicológico deben formar parte de una cultura preventiva orientada también al cuidado de quienes ejercen funciones preventivas.

La necesidad de seguir avanzando en la sensibilización, la investigación aplicada y el desarrollo de recursos específicos para este colectivo responde a los cambios que continúan produciéndose tanto en la profesión preventiva como en los entornos laborales. Mantener esta línea de trabajo permitirá disponer de mejores herramientas para anticipar riesgos emergentes, apoyar a los profesionales y adaptar las estrategias preventivas a las nuevas realidades del trabajo.

En definitiva, la principal conclusión que se desprende de esta guía es que la salud mental del personal técnico de prevención de riesgos laborales constituye un elemento esencial para garantizar la calidad y la eficacia de la actividad preventiva. Las organizaciones que aspiran a integrar la prevención como un valor estratégico deben reconocer que el bienestar psicológico de quienes planifican, coordinan e impulsan las actuaciones preventivas condiciona, en gran medida, la capacidad de identificar riesgos, promover la mejora continua y consolidar una auténtica cultura preventiva.

Integrar la salud mental en la gestión preventiva no supone incorporar una nueva obligación, sino reforzar uno de los principios básicos de la prevención de riesgos laborales: adaptar el trabajo a las personas. Aplicar este principio al personal técnico de prevención no solo contribuye a proteger su bienestar, sino que también fortalece la eficacia del sistema preventivo en su conjunto y mejora la capacidad de las organizaciones para afrontar los retos derivados de un entorno laboral cada vez más complejo y cambiante.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA). (2025). *First findings of the Fourth European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 2024)*. Oficina de Publicaciones de la UE. https://osha.europa.eu/sites/default/files/documents/first-findings-esener-2024_EN.pdf

Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA). (2024). *Guidance for workplaces on how to support individuals experiencing mental health problems*. EU-OSHA. https://osha.europa.eu/en/publications/guidance-workplaces-how-support-individuals-experiencing-mental-health-problems

Al, B. (2023). A holistic examination of work environment and employee well-being. *International Journal of Entrepreneurship and Management Inquiries, 7*(Özel Sayı 2), 1–21. https://doi.org/10.55775/ijemi.1353571

American Psychiatric Association. (2020). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5.ª ed., 10.ª reimp.). Editorial Médica Panamericana.

Amutio Kareaga, A. (2004). Afrontamiento del estrés en las organizaciones: Un programa de manejo a nivel individual/grupal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 20*(1), 77–94. https://journals.copmadrid.org/jwop/files/91077.pdf

Anyfantis, I. D., Papagiannis, D., y Rachiotis, G. (2021). Burnout among labour inspectors in Greece: A nationwide cross-sectional study. *Safety Science, 135*, 105134. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105134

Arnáiz, A. G., Bautista, J. A. A., Montesdeoca, J. M. S., Morenoy, A. M. S. M. J., Martel, A. C., y León, P. B. (2001). Utilidad diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en atención primaria. *Medicina clínica*, *116*(4), 121-124.

Arrogante, Ó., Pérez-García, A. M., y Aparicio-Zaldívar, E. G. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: Relaciones con resiliencia y afrontamiento [Psychological well-being in nursing: Relationships with resilience and coping]. *Enfermería Clínica, 25*(2), 73–80. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.12.009

Arteaga, J. I., Alustiza, J. C. A., y Jordi, M. L. C. (2010, October). El estrés en los Técnicos de Prevención del Sector de la Construcción. In *4th International Conference On Industrial Engineering and Industrial Management* (pp. 585-592).

Azagba, S., y Sharaf, M. F. (2011). The effect of job stress on smoking and alcohol

consumption. *Health Economics Review, 1*(1), 15. https://doi.org/10.1186/2191-1991-1-15

Bados, A., Solanas, A., y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema, 17*(4), 679–683.

Ballester, L., Alayo, I., Vilagut, G., Almenara, J., Cebrià, A. I., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Soto-Sanz, V., Blasco, M. J., Castellví, P., G. Forero, C., Mortier, P., Alonso, J., y on behalf of the UNIVERSAL Study Group. (2021). Validation of an Online Version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for Alcohol Screening in Spanish University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(10), 5213. https://doi.org/10.3390/ijerph18105213

Bakker, A. B., Le Blanc, P. M. y Schaufeli, W.B. (2005), Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *51,* 276-287. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03494.x

Barbosa Granados, S. H., y Urrea Cuéllar, Á. M. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: Una revisión bibliográfica. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales, 25*, 141–160

Barnes, A. J., y Brown, E. R. (2013). Occupation as an independent risk factor for binge drinking. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 39*(2), 108–114. https://doi.org/10.3109/00952990.2012.694537

Beck, A. T., y Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bedregal, L. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B., y Simco, E. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive Behaviors*, *31*(2), 309-319. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.012

Behm, D. G., Granacher, U., Warneke, K., Aragão-Santos, J. C., Da Silva-Grigoletto, M. E., y Konrad, A. (2024). Minimalist training: Is lower dosage or intensity resistance training effective to improve physical fitness? A narrative review. *Sports Medicine, 54*(2), 289–302. https://doi.org/10.1007/s40279-023-01949-3

Ben Simon, E., y Walker, M. P. (2018). Sleep loss causes social withdrawal and loneliness. *Nature Communications, 9*, 3146. https://doi.org/10.1038/s41467-018-05377-0

Benaiges, E. A., Montalà, R. M., Guasch, G. C., y Borràs, G. C. (2001). Validez diagnóstica de la Self-Rating Depression Scale de Zung en pacientes de atención primaria. *Actas españolas de psiquiatría*, *29*(5), 310-316.

Bert, F., Gualano, M. R., Thomas, R., Vergnano, G., Voglino, G., y Siliquini, R. (2021). Exploring the possible health consequences of job insecurity: a pilot study among young workers. *Gaceta Sanitaria*, *34*, 385-392. https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.011

Bestratén Belloví, M., y Castillo Baiges, F. (2016a). *NTP 1096: Liderazgo, conflicto y condiciones de trabajo (I): El análisis*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/31-serie-ntp-numeros-1066-a-1101-ano-2016/ntp-1.096-liderazgo-conflicto-y-condiciones-de-trabajo-i-el-analisis

Bestratén Belloví, M., y Castillo Baiges, F. (2016b). *NTP 1097: Liderazgo, conflicto y condiciones de trabajo (II): La negociación*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/31-serie-ntp-numeros-1066-a-1101-ano-2016/ntp-1.097-liderazgo-conflicto-y-condiciones-de-trabajo-ii-la-negociacion

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L. E., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077

Blanch, A., y Aluja, A. (2009). Validation study of the Spanish Version of the Work-Family Conflict Questionnaire (CCTF). *The Spanish Journal of Psychology, 12*(2), 746-755. https://doi.org/10.1017/s1138741600002110

Blevins, C.A., Weathers, F.W., Davis, M.T., Witte, T.K. y Domino, J.L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28,* pp. 489-498. https://doi.org/10.1002/jts.22059

Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., Bascarán M. T., y Bousoño, M. (2000). Evaluation of the psychometric properties of the Spanish version of 5 questionnaires for the evaluation of post-traumatic stress syndrome. *Actas Españolas de Psiquiatría, 28*(4), 207-218. https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1241

Brenlla, M. E., y Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista De Psicología*, *28*(2), 308-340. https://doi.org/10.18800/psico.201002.005

Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S., y House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic metaanalysis of case-findig ability. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(4), 371-378. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.006

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(2), 69-77. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3

Boubeta, A. R., Ferreiro, S. G., Gallego, M. A., Tobio, T. B., y Mallou, J. V. (2017). Validación del" Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol"(AUDIT) en población adolescente española. *Behavioral Psychology= Psicología Conductual*, *25*(2), 371.

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, *28*(2), 193-213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4

Caballo, V.E. (2000). Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Promolibro.

Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., González-, C., Gómez-Castillo, M. D., Capafons-Bonet, A., Chacón, F., Santolaya, F., y PsicAP Research Group. (2018). A computerized version of the Patient Health Questionnaire-4 as an ultra-brief screening tool to detect emotional disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders, 234*, 247-255. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.030

Da Silva, T. M. H. R. (2025). The Role of Emotional Intelligence in Promoting Mental Peace, Healthy Work Environments, and Emotional Well-Being Among Entrepreneurs. *In Supporting Psychological and Emotional Wellbeing Among Entrepreneurs* (pp. 401-426). IGI Global.

Cantero-Sánchez, F. J., León-Rubio, J. M., Vázquez-Morejón, R., y León-Pérez, J. M. (2021). Evaluation of an assertiveness training based on the social learning theory for occupational health, safety and environment practitioners. *Sustainability*, *13*(20), 11504. https://doi.org/10.3390/su132011504

Caro-Fuentes, S., y Sanabria-Mazo, J. P. (2024). A systematic review of the psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-4 in clinical and nonclinical populations. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, *65*(2), 178-194. https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2023.11.685

Carpenter, J. S., y Andrykowski, M. A. (1998). Psychometric evaluation of the Pittsburgh sleep quality index. *Journal of psychosomatic research*, *45*(1), 5-13.

Çabuk, A. (2026). Occupational safety technicians within occupational health and safety systems: roles, competencies, and structural ambiguities. *Safety Science, 201*, 107246.

Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). *A global measure of perceived stress*. *Journal of health and social behavior, 24*(4), pp. 385-396. https://doi.org/10.2307/2136404

Collantes, M. P., y Marcos, J. I. (Coords.). (2012). *La salud mental de las y los trabajadores*. La Ley. https://www.euskadi.eus/contenidos/libro/medicina_201320/eu_saludmen/adjuntos/salud_mental_trabajadores.pdf

Conde V., y Sánchez de Vega J. (1969). La escala autoaplicada para la depresión de Zung *Archivos de Neurobiología, 33*, 335-58

Conde, V., y Esteban Chamorro, T. (1973). Revisión crítica de dos adaptaciones castellanas de la «Self-Rating Depression Scale» (SDS) de Zung. *Archivos de Neurobiología*, *36*, 375-392.

Cuervo, I., Fitch, A., Stein, D., y Baron, S. L. (2023). Exploring mentorship in union and non-union occupational safety and health training programs. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy, 32*(4), 265-276. https://doi.org/10.1177/10482911231153676

Davidson, J.R., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckhamm, J.C., Smith, R.D., Davison, R.M., Katz, R., y Feldman, M.E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 27*(1), pp. 153-60. https://doi.org/10.1017/s0033291796004229

Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., y Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *24*, 195-205. https://doi.org/10.1023/A:1016014818163

De Meneses-Gaya, C., Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., y Crippa, J. A. S. (2009). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology y Neuroscience*, *2*(1), 83. https://doi.org/10.3922/j.psns.2009.1.12

De Torres, L. P., Fernández-García, J. A., Arias-Vega, R., Muriel-Palomino, M., Márquez-Rebollo, E., y Ruiz-Moral, R. (2005). Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *Atención primaria*, *36*(9), 499-506. https://doi.org/10.1016/S0212-6567(05)70552-7

D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1982). Social problem solving in adults. En P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy, 1*, pp. 201–274 Academic Press.

D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). Springer Publishing Company

Einarsen, S., Hoel, H., y Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & stress*, *23*(1), 24-44. https://doi.org/10.1080/02678370902815673

Mollá-Esparza, C., González-Menéndez, E., García-González, M.-A., y Torrano, F. (2025). Burnout y salud mental en trabajadores españoles que desempeñan labores educativas y de inclusión en el tercer sector de acción social. *Revista Española de Pedagogía, 83*(291), 297–321. https://doi.org/10.22550/2174-0909.4208

Eurofound. (2026). *European Working Conditions Survey 2024: Overview report*. Publications Office of the European Union. https://eurofound.link/ef25007

Evren, C., Can, Y., Yilmaz, A., Ovali, E., Cetingok, S., Karabulut, V., y Mutlu, E. (2013). Psychometric Properties of The Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in Heroin Dependent Adults and Adolescents with Drug Use Disorder/Madde Kötüye Kullanimi Tarama Testi'nin (DAST-10) eroin bagimlisi eriskinlerde ve madde kullanim bozuklugu olan ergenlerde psikometrik özellikleri. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *26*(4), 351. https://dx.doi.org/10.5350/DAJPN2013260404

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2010). Propiedades psicométricas de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21) en estudiantes universitarios españoles. *Ansiedad y Estrés 16,* 215–226.

Fidalgo, M. (2021). *NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): Definición y proceso de generación*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_704.pdf

Fidalgo, Á. M., y Piñuel, I. (2004). La escala Cisneros como herramienta de

valoración del mobbing. *Psicothema*, *16*(4), pp. 615-624.

Figueras, J. (2013). Liderazgo de la dirección y participación de los trabajadores en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 59*, 16-21. https://doi.org/10.4321/S0465-546X2013000500005

Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Slade, T., y Andrews, G. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological medicine*, *33*(2), 357-362. https://doi.org/10.1017/S0033291702006700

Gálvez Herrer, M., Mingote Adán, C., Núñez López, C., y Otero Dorrego, C. (2012). *Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario*. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Instituto de Salud Carlos III. https://repisalud.isciii.es/entities/publication/bb218564-2a43-4cf0-ad9c-e54d967499c2

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, MA et al. (2010). Adaptación cultural al español de la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7) como herramienta de cribado. *Health Qual Life Outcomes*, 8. https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8

Geisner, I. M., Koopmann, J., Bamberger, P., Wang, M., Larimer, M. E., Nahum-Shani, I., y Bacharach, S. (2018). When the party continues: Impulsivity and the effect of employment on young adults' post-college alcohol use. *Addictive Behaviors, 77*, 114–120. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.014

Gil-Monte, P. R., Nuñez-Román, E.M., y Selva-Santoyo, Y. (2006). Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Interamerican Journal of Psychology, 40* (2), pp. 227-232.

Gil-Monte, P. R., y Moreno-Jiménez, B. (Coords.). (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Grupos profesionales de riesgo. Pirámide.

Gil-Monte, P. (2011). *CESQT Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo*. TEA Ediciones. http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.5008.0969/1

Gil-Monte, P.R. (2014). El Método UNIPSICO. En P.R. Gil-Monte (Coord.), *Manual de Psicosociología Aplicada al trabajo y a la prevención de los riesgos laborales* (pp. 439-448). Madrid: Pirámide. (ISBN: 978-84-368-3144-3)

Gil-Monte, P.R. (2015). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Pirámide (4ª Ed.)

Gil-Monte, P.R. (2016). La Batería UNIPSICO: propiedades psicométricas de las escalas que evalúan los factores psicosociales de recursos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 19*(2), 95-102. doi: 10.12961/aprl.2016.19.02.3

Gil-Monte, P. (2020). CESQT Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. TEA Ediciones.

Gobierno de Navarra (2009). *Principios comunes de la Intervención Psicosocial en Prevención de Riesgos* Laborales. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/76DF548D-769E-4DBF-A18E-8419F3A9A5FB/145897/IntervencionPsicosocialMayo09.pdf

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., y Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, *27*(1), 191-197. https://doi.org/10.1017/S0033291796004242

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books, Inc.

Gómez-Benito, J., Ruiz, C., y Guilera, G. (2011). A Spanish version of the athens insomnia scale. *Quality of Life Research, 20*, 931-937. https://doi.org/10.1007/s11136-010-9827-x

Gómez-Gómez I., et al. (2023). Utility of PHQ-2, PHQ-8 and PHQ-9 for detecting major depression in primary health care: a validation study in Spain. *Psychological Medicine 53*, 5625–5635. https://doi.org/10.1017/S0033291722002835

González de Rivera, J. L., y Rodríguez-Abuín, M. (2005). *LIPT-60. Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: Manual*. Madrid: EOS.

González Torres, M. C., y Artuch Garde, R. (2014). Perfiles de resiliencia y estrategias de afrontamiento en la universidad: Variables contextuales y demográficas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 12*(34), 621–648. https://doi.org/10.25115/ejrep.34.14032

Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N., y Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and alcoholism*, *37*(6), 591-596. https://doi.org/10.1093/alcalc/37.6.591

Guennoc, F., Chauvin, C., y Le Coze, J. C. (2019). The activities of occupational health and safety specialists in a high-risk industry. *Safety science*, *112*, 71-80. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.10.004

Hale, A. R., Hudson, D., y Pryor, P. (2020). The evolution of a global, professional capability framework covering the role, contribution and status of Occupational Health and

Safety (OHS) professionals: Editorial, introduction and discussion. *Safety Science*, *122*, 104509. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.104509

Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., De Bacquer, D., Bjorner, J. B., Bonenfant, S., Borritz, M., Burr, H., Clays, E., Casini, A., Dragano, N., Erbel, R., Geuskens, G. A., Goldberg, M., Hooftman, W. E., Houtman, I. L., Joensuu, M., Jöckel, K.-H., ... Kivimäki, M. (2012). Job strain and alcohol intake: A collaborative meta-analysis of individual-participant data from 140 000 men and women. PLOS ONE, 7(7), Article e40101. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040101

Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Theorell, T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Bonenfant, S., Borritz, M., Bouillon, K., Burr, H., Dragano, N., Geuskens, G. A., Goldberg, M., Hamer, M., Hooftman, W. E., Houtman, I. L., Joensuu, M., Knutsson, A., Koskenvuo, M., ... Kivimäki, M. (2013). Work stress and risk of cancer: Meta-analysis of 5700 incident cancer events in 116 000 European men and women. *BMJ, 346*, f165. https://doi.org/10.1136/bmj.f165

Herrero, J., y Meneses, J. (2006). Short Web-based versions of the perceived stress (PSS) and Center for Epidemiological Studies-Depression (CESD) Scales: a comparison to pencil and paper responses among Internet users. *Computers in Human Behavior*, 22(5), pp. 830-846. https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.03.007

Hewitt, C. E., Perry, A. E., Adams, B., y Gilbod, M. (2011). Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *Journal Affective Disorders, 128,* 72-82. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.029

Hogan, S. E., Delgado, G. M., Hall, M. H., Nimgaonkar, V. L., Germain, A., Buysse, D. J., y Wilckens, K. A. (2020). Slow-oscillation activity is reduced and high frequency activity is elevated in older adults with insomnia. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 16*(9), 1445–1454. https://doi.org/10.5664/jcsm.8568

Howarth, N. E., y Miller, M. A. (2024). Sleep, sleep disorders, and mental health: A narrative review. *Heart and Mind, 8*(3), 146–158. https://doi.org/10.4103/hm.HM-D-24-00030

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2009). *Experiencias en intervención psicosocial. Más allá de la evaluación del riesgo*. https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/experiencias-en-intervencion-psicosocial-mas-alla-de-la-evaluacion-del-riesgo-2009

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). (1998). *NTP 444: Mejora del contenido del trabajo: rotación, ampliación y enriquecimiento de tareas.* *https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/13-serie-ntp-numeros-436-a-470-ano-1998/ntp-444-mejora-del-contenido-del-trabajo-rotacion-ampliacion-y-enriquecimiento-de-tareas#*

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2005). *NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): Definición y proceso de generación*. INSHT. https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/20-serie-ntp-numeros-681-a-715-ano-2005/ntp-704-sindrome-de-estar-quemado-por-el-trabajo-o-burnout-i-definicion-y-proceso-de-generacion

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). (2006). *NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición*. https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/21-serie-ntp-numeros-716-a-750-ano-2006/ntp-732-sindrome-de-estar-quemado-por-el-trabajo-burnout-iii-instrumento-de-medicion

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2005). *NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): Consecuencias, evaluación y prevención*. INSHT. https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/20-serie-ntp-numeros-681-a-715-ano-2005/ntp-705-sindrome-de-estar-quemado-por-el-trabajo-o-burnout-ii-consecuencias-evaluacion-y-prevencion

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2009). *Experiencias en intervención psicosocial: Más allá de la evaluación del riesgo*. INSHT. https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/experiencias-en-intervencion-psicosocial-mas-alla-de-la-evaluacion-del-riesgo-2009

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). (2012). *NTP 926: Factores psicosociales: metodología de evaluación FPSICO*. https://www.insst.es/documents/94886/326879/926w.pdf/cdecbd91-70e8-4cac-b353-9ea39340e699

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2022). *Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales*. https://www.insst.es/documents/94886/2927460/Directrices+basicas+para+la+gestion+de+los+riesgos+psicosociales+2022.pdf/e4e0720b-9c0b-5859-a38e-f7f2ea8f4636?t=1649332335098

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2022b). *Propiedades psicométricas del instrumento de valoración de riesgos psicosociales FPSICO* (NIPO: 118-22-023-3). https://www.insst.es/documents/94886/2927460/FPSICO+4.1+Propiedades+psicom%C3%A9tricas+de+FPSICO.pdf/73c1c9b2-b76a-4f82-5c52-42c1eab84de8?t=1660118527121

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (2023). *NTP 1186: Conflicto trabajo-familia o doble presencia como riesgo psicosocial: Evaluación y medidas preventivas*. https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/21-serie-ntp-numeros-716-a-750-ano-2006/ntp-732-sindrome-de-estar-quemado-por-el-trabajo-burnout-iii-instrumento-de-medicion

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2025a). *Estudio sobre la gestión del riesgo psicosocial en España y el uso de las técnicas cualitativas en la empresa.* *https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/estudio-sobre-gestion-del-riesgo-psicosocial-en-espana-y-uso-de-las-tecnicas-cualitativas-en-la-empresa-2024*

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2025b). Temas específicos del Proceso Selectivo para ingreso en la Escala de Titulados Superiores del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, O.A., M.P. (INSST). Parte 4: Ergonomía y psicosociología aplicada. Tema 77. Proceso de intervención Psicosocial. https://www.insst.es/documents/d/portal-insst/tema-77-proceso-de-intervencion-psicosocial

Instituto Navarro de Salud Laboral. (INSL) (2012). *Principios comunes de la Intervención Psicosocial en Prevención de Riesgos Laborales*. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/76DF548D-769E-4DBF-A18E-8419F3A9A5FB/145897/IntervencionPsicosocialMayo09.pdf

Itani, O., Kaneita, Y., Otsuka, Y., Tokiya, M., Jike, M., Matsumoto, Y., Nakagome, S., y Kinoshita, Y. (2022). A cross-sectional epidemiological study of the relationship between sleep duration, quality, and rhythm and presenteeism in workers. *Sleep and Biological Rhythms, 20*, 53–63. https://doi.org/10.1007/s41105-021-00339-4

Jiménez-Fernández, R., Soria, M. E. H., Granger, M. P., Losa-Iglesias, M. E., de Bengoa-Vallejo, R. B., y Corral-Liria, I. (2024). Reliability and validity of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) test for post-traumatic stress disorder in mental health nurses in Spain. *Archives of Psychiatric Nursing, 50*, 122-128.

https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.02.006

Jorfi, H., Jorfi, S., Fauzy, H., Yaccob, B., y Nor, K. M. (2014). The impact of emotional intelligence on communication effectiveness: Focus on strategic alignment. African *Journal of Marketing Management, 6*(6), 82-87.

Ju, C. (2020). Work motivation of safety professionals: A person-centred approach. *Safety science*, *127*, 104697. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104697

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delacorte Press.

Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. Hyperion.

Karasek Jr., R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308. https://doi.org/10.2307/2392498

Karasek, R., y Theorell, T. (1990). Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books.

Kassel, J. D., Stroud, L. R., y Paronis, C. A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin, 129*(2), 270–304. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.270

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E.E., y Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, *32*(6), 959-976. https://doi.org/10.1017/s0033291702006074

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., y Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ–4. *Psychosomatics*, *50*(6), 613-621. https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3

LaMontagne, A., Martin, A., Page, K., Reavley, N., Noblet, A., Milner, A., Keegel, T., Allisey, A., Papas, A., Witt, K., y Smith, P. (2017). Developing an integrated approach to workplace mental health. En H. L. Hudson, J. A. S. Nigam, S. L. Sauter, L. C. Chosewood, A. L. Schill, & J. Howard (Eds.), *Total worker health: Integrative approaches to safety, health & wellbeing* (cap. 13). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000149-013

Lara-Cabrera, M. L., Betancort, M., Muñoz-Rubilar, A., Rodríguez-Novo, N., Bjerkeset, O., y Cuevas, C. D. L. (2022). Psychometric properties of the WHO-5 well-being

index among nurses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in three countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(16), 10106. https://doi.org/10.3390/ijerph191610106

Lara-Cabrera, M. L., Bjørkly, S., De las Cuevas, C., Pedersen, S. A., y Mundal, I. P. (2020). Psychometric properties of the Five-item World Health Organization Well-being Index used in mental health services: Protocol for a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(9), 2426-2433. https://doi.org/10.1111/jan.14445

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Lesage, F. X., Berjot, S., Altintas, E., y Paty, B. (2013). Burnout among occupational physicians: A threat to occupational health systems? —A nationwide cross-sectional survey. *Annals of occupational hygiene*, *57*(7), 913-919. https://doi.org/10.1093/annhyg/met013

Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology,* *5*(2), 165–184. https://doi.org/10.1080/13594329608414853

Li, J., Cao, D., Huang, Y., Chen, Z., Wang, R., Dong, Q., Wei, Q., Liu, L., y Li, Y. (2022). Sleep duration and health outcomes: An umbrella review. *Sleep and Breathing, 26*, 1479–1501. https://doi.org/10.1007/s11325-021-02458-1

Llaneza, F. J. (2016). Psicosociología aplicada a la prevención de riesgos laborales. Casos prácticos. Thomson Reuters.

Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1996). Cuestionario de Salud General. Guía para el usuario de las diferentes versiones. Barcelona: Masson.

Lobo, A., Pérez-Echevarría, M. J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine, 16*, 135-140. https://doi.org/10.1017/s0033291700002579

López-González, M. J., González-Menéndez, E., González, S., y Torrano, F. (2022). Study of the interrelationships between musculoskeletal disorders and psychosocial risk factors in occupational health and safety technicians. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, *28*(3), 1502-1510. https://doi.org/10.1080/10803548.2021.1902137

López-Rodríguez, J. A., y Rubio Valladolid, G. (2018). Web-based alcohol, smoking, and substance involvement screening test results for the General Spanish population: cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(2), e57.

https://doi.org/10.2196/jmir.7121

Luceño, L., Martín, J., Díaz, E.M., y Rubio, S. (2008). Un instrumento de evaluación de riesgos psicosociales en el entorno laboral:" el Cuestionario Decore". *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, *7*(2), 131-153.

Luceño, L., Martín, J., Miguel Tobal, J. J., y Jaén, M. (2005). El Cuestionario Multidimensional DECORE: Un instrumento para la evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. *Ansiedad y Estrés, 11(2-3).189-202*.

Luken, M., y Sammons, A. (2016). Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *American Journal of Occupational Therapy, 70*(2), 7002250020. https://doi.org/10.5014/ajot.2016.016956

Maganto-Fraile, A., De Priso-Sañudo, S., Alcañiz-Martín, F., y Mayoral-Buendía, A. (2023). Estudio descriptivo transversal. Características del sueño en trabajadores sanitarios de hospitales de Madrid Sur. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, *32*(3), 228-236.

Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour, 2*(2), 99–113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

Martins, D., y Cunha, L. (2015). Dilemmas of the Occupational Health and Safety Professional activity in real working environment, regulation strategies and health impact. SHO2015: International Symposium on Occupational Safety and Hygiene. Guimaraes, Portugal.

Matisāne, L., Akūlova, L., Paegle, L., Matisāne, M., y Vanadziņš, I. (2024). The Experience and Perception of Occupational Health and Safety Expert Work During the COVID-19 Pandemic—A Qualitative Study Among Latvian Occupational Health and Safety Experts. *Sustainability*, *16*(22), 9924. https://doi.org/10.3390/su16229924

Meliá, J. L. (2004). La Batería de Factores Psicosociales de la Universidad de Valencia: La evaluación multidimensional comprehensiva de los Riesgos Psicosociales. https://www.uv.es/~meliajl/Papers/2004BFPSLMelia.pdf

Meliá, J. L. (2006). Batería Valencia PREVACC 2003 Universidad de Valencia. En Meliá, J. L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J. M., Pou, R., Salanova, M., Gracia, D., de Bona, J. M., Bajo, J. C. y Martínez-Losa, F.: *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos* (pp. 155-180). Foment del Treball Nacional.

Mellman, T. A., Bustamante, V., Fins, A. I., Pigeon, W. R., y Nolan, B. (2002). REM sleep and the early development of posttraumatic stress disorder. *The American Journal of*

Psychiatry, 159(10), 1696–1701. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1696

Mills, S. D., Fox, R. S., Pan, T. M., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., y Sadler, G. R. (2015). Psychometric evaluation of the patient health questionnaire–4 in Hispanic Americans. *Hispanic journal of behavioral sciences*, *37*(4), 560-571. https://doi.org/10.1177/0739986315608126

Ministerio de Sanidad. (s. f.). *Actividad física y sedentarismo*. Estilos de vida saludable. https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/home.htm

Minnick, W. (2013). Understanding the antecedents of role stressors in the safety professional. *Journal of Workplace Behavioral Health*, *28*(2), 134-157. https://doi.org/10.1080/15555240.2013.779520

Moncada i Lluís, S., Llorens Serrano, C., Salas Nicás, S., Moriña Soler, D., y Navarro Giné, A. (2021). La tercera versión de COPSOQ-Istas21. Un instrumento internacional actualizado para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista Española de Salud Pública, 95*, e202105075. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202105075.pdf

Moncada i Lluís, S., Llorens Serrano, C., Navarro, A. y Kristensen, T. (2005). ISTAS21 COPSOQ: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 8*(1), pp. 18-29. https://archivosdeprevencion.eu/view_document.php?tpd=2&i=1359

Moreno-Jiménez, B., Carmona, I., Blanco, L. M., y Meda, R. (2013). Trauma y trabajo: El estrés traumático secundario. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (Eds.), *Salud laboral: Riesgos psicosociales y bienestar laboral* (pp. 197–220). Pirámide.

Moreira, M., y Neto, H. (2021). Incidência de fadiga, stresse e burnout em profissionais de saúde e segurança do trabalho de uma empresa prestadora de serviços externos. *International Journal on Working Conditions*, *22*, 59-79. https://doi.org/10.25762/s387-w102

Navarro, J. (2009). Modelo de intervención psicosocial en las organizaciones frente al estrés laboral: estrategia operativa. *Medicina y Seguridad del trabajo, 55*(215), 86-98.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., y D'Zurilla, T. J. (2014). *Terapia de solución de problemas: Manual de tratamiento*. Desclée de Brouwer.

Nikolić, V., Taradi, J., y Petković, A. I. (2021). Workplace stress of occupational

safety specialists in Croatia and Serbia. *Work*, *70*(2), 419-431. https://doi.org/10.3233/WOR-213581

Neri, S. (2018). I professionisti della prevenzione nel lavoro che cambia. Il tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. *Sociologia del Lavoro*, (150), 234-248. https://doi.org/10.3280/SL2018-150013

Olsen, K. (2012). Occupational health and safety professionals strategies to improve working environment and their self-assessed impact. *Work*, *41*(S1), 2625-2632. https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0506-2625

Organización Mundial de la Salud, y Organización Internacional del Trabajo. (2022). *Mental health at work: Policy brief* [La salud mental en el trabajo: informe de políticas]. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/handle/10665/362983

Organización Internacional del Trabajo. (2013). *Sistemas de resolución de conflictos laborales: Directrices para la mejora del rendimiento*. Centro Internacional de Formación de la Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/es/publications/sistemas-de-resolucion-de-conflictos-laborales-directrices-para-la-mejora

Organización Internacional del Trabajo. (2026). *El entorno psicosocial en el trabajo: Avances mundiales y vías de acción*. https://www.ilo.org/es/publications/el-entorno-psicosocial-en-el-trabajo-avances-mundiales-y-vias-de-accion

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstreams/047c7c3c-f2d7-48e5-9aed-2fdc54c3f8e9/download

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

Othman, N., y Muda, T. (2018). Emotional intelligence towards entrepreneurial career choice behaviours. *Education + Training, 60*(9), 953-970. https://doi.org/10.1108/et-07-2017-0098

Queiroz-Ribeiro, F. D. F. M., Ferreira, C. A. A., Costa, M. D. S. S., Batista, R. C. G., y Nunes, S. C. (2025). Emotional intelligence and decision making: An integrative literature review. [Special Edition: Behavioral Strategy]. I*beroamerican Journal of Strategic Management (IJSM), 24*(3), 1-45, e27859. https://doi.org/10.5585/2025.27859

Pérez-Cárceles, M. D., Medina, M. D., Pérez-Flores, D., Noguera, J. A., Pereniguez, J. E., Madrigal, M., y Luna, A. (2014). Screening for hazardous drinking in migrant workers

in southeastern Spain. *Journal of occupational health*, *56*(1), 39-48. https://doi.org/10.1539/joh.13-0119-OA

Ploubidis, G., Rosemary, A. A., Huppert, F., Kuh, D., Michael, E. J., Wadsworth, M. E. J., y Croudace, T. J. (2007). Improvements in social functioning reported by a birth cohort mid-adult life: A person-cantered of GHQ-28 social dysfunction items using latent class analysis. *Personality and Individual Differences*, *42*(2), 305-316. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.07.010

Provan, D. J., Dekker, S. W., y Rae, A. J. (2017). Bureaucracy, influence and beliefs: A literature review of the factors shaping the role of a safety professional. *Safety science*, *98*, 98-112. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.06.006

Provan, D. J., Rae, A. J., y Dekker, S. W. (2019). An ethnography of the safety professional's dilemma: Safety work or the safety of work?. *Safety science*, *117*, 276-289. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.04.024

Ramírez Sánchez, D. C., Marínez Barroso, K. A., y Asúnsolo del Barco, Á. (2011). Alcohol abuse at workplace, risk factors and instruments for health surveillance. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 57*(224), 190-209.

Ramón-Arbués, E., Martínez Abadía, B., Granada López, J. M., Echániz Serrano, E., Pellicer García, B., Juárez Vela, R., Guerrero Portillo, S., y Sáez Guinoa, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria, 36*(6), 1339–1345. https://doi.org/10.20960/nh.02641

Recinos, M. C., de los Santos, L. E., García, A., y Banda, H. (2025). Los grupos informales como pilares invisibles en contextos organizacionales; una revisión sistemática de su rol en organizaciones. *Revista Científica ECOCIENCIA, 12*(2), 154-181. https://doi.org/10.21855/122.1033

Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology, 9*(1), 86-93. https://doi.org/10.1017/s1138741600006004

Rivas-Rivero, E., y Bonilla-Algovia, E. (2022). Sentimiento de culpa y malestar psicológico en víctimas de violencia de género. *Psicología desde el Caribe*, *39*(2), 98-115. https://doi.org/10.14482/psdc.39.2.152.44

Rivera, J., Alegre C., Ballina F., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G., Tornero, J., Vallejo, M.A., y Vidal, J. (2006). Documento de

consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica, 2*, 55-66. https://www.reumatologiaclinica.org/es-documento-consenso-sociedad-espanola-reumatologia-articulo-S1699258X06730844

Roca Villanueva, E. (2018). Cómo mejorar tus habilidades sociales: Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional. ACDE.

Roche, A. M., Pidd, K., Berry, J. G., y Harrison, J. E. (2008). Workers' drinking patterns: The impact on absenteeism in the Australian workplace. *Addiction, 103*(5), 738–748. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02154.x

Rodríguez González-Moro, M. T., Gallego-Gómez, J. I., Vera Catalán, T., López López, M. L., Marín Sánchez, M. C., y Simonelli-Muñoz, A. J. (2018). Excessive daytime sleepiness and sleep hygiene of working adults in Spain. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *41*(3), 329-338. https://dx.doi.org/10.23938/assn.0378

Roncero, C., Bravo-Grande, J., Remón-Gallo, D., Andrés-Olivera, P., Payo-Rodríguez, C., Fernández-Parra, A., Aguilar, L., Peña, M., y González-Sánchez, A. (2025). The Relevance of Insomnia Among Healthcare Workers: A Post-Pandemic COVID-19 Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, *14*(5), 1663. https://doi.org/10.3390/jcm14051663

Royuela A., y Macías J. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana. *Vigilia-sueño*, *9*(2), 81-94.

Rubio Valladolid, G., Bermejo Vicedo, J., Caballero Sánchez-Serrano, M. C., y Santo-Domingo Carrasco, J. (1998). Validation of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in primary care. *Revista clínica española*, *198*(1), 11-14.

Ruiz, F. J., Martín, M. B. G., Falcón, J. C. S., y González, P. O. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *17*(1), 97-105.

Saikia, M., George, L. S., Unnikrishnan, B., Nayak, B. S., y Ravishankar, N. (2024). Thirty years of emotional intelligence: A scoping review of emotional intelligence training programme among nurses. *International Journal of Mental Health Nursing, 33*(1), 37-51.

Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales, 58*(18), pp. 18-23.

Salanova, M., Grau, R. M., y Martínez, I. M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: El rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema, 17*(3), 390–395.

Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I. (2006). Metodología RED-WoNT.

Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología de la Universidad Jaume I de Castellón. En Foment del treball nacional (ed.). *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales, Evaluación de riesgos.* (pp. 131-154). Barcelona.

Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J.M., y Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16*(2), pp.117-134.

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., y Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological, and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE, 12*(10), e0185781. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781

Sánchez-Herrera, I. S., y Donate, M. J. (2019). Occupational safety and health (OSH) and business strategy: The role of the OSH professional in Spain. *Safety Science*, *120*, 206-225. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.06.037

Sánchez-López, M. P., y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema, 20*(4), 839-843.

Sánchez-Moreno, E., Gallardo-Peralta, L. P., y Gálvez-eto, J. L. (2025). Validación psicométrica de la Escala de Malestar Psicológico Kessler 10 (K-10) en personas mayores en España. *Gaceta Sanitaria*, *39*, 102452. https://gacetasanitaria.org/es-validacion-psicometrica-escala-malestar-psicologico-articulo-S0213911125000068

Sanderson, K., y Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: Recents findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(2), 63-75.

Santos-Ribeiro, C., Rodríguez-Blázquez, C., Ayala, A., Romay-Barja, M., Falcón, M., y Forjaz, M. J. (2025). Evolution of Spanish population well-being during the COVID-19 pandemic: Results from the COSMO-Spain study. *Heliyon*, *11*(3), e42409. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2025.e42409

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y salud*, *25*(1), 39-48. https://doi.org/10.5093/cl2014a3

Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in university students. *Ansiedad y Estrés*, *9*, 59-84.

Sanz, J., García-Vera, M. P., y Fortún, M. (2012). El "Inventario de Ansiedad de

Beck"(BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *20*(3), 563-583.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, CH., y Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory - General Survey. In C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (Eds.), *The Maslach Burnout Inventory (3rd ed.) - Test Manual.* (pp. 19-26). Consulting Psychologists Press.

Silliker, A. (2020). *Help Youself*. Canadian Occupational Safety. https://www.thesafetymag.com

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*(2), 216–269. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216

Solé, M. D., y Balduque Alonso, M. (2007). *NTP 780: El programa de ayuda al empleado (EAP): Intervención individual en la prevención de riesgos psicosociales*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/22-serie-ntp-numeros-751-a-785-ano-2007/nota-tecnica-de-prevencion-ntp-780

Soria-Reyes, L. M., Alarcón, R., Cerezo, M. V., y Blanca, M. J. (2024). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in women with breast cancer. *Scientific Reports*, *14*(1), 20473. https://doi.org/10.1038/s41598-024-68814-9

Spanagel, R. (2009). Alcoholism: A systems approach from molecular physiology to addictive behavior. *Physiological Reviews, 89*(2), 649–705. https://doi.org/10.1152/physrev.00013.2008

Spielberger, C. D., y Vagg, P. R. (2010). *Cuestionario de Estrés Laboral JSS*. (Adaptado por Carlos Catalina-Romero). TEA ediciones.

Swallow, B., Lindow, S., Masson, E., y Hay, D. M. (2003). The use of the General Health Questionnaire (GHQ-28) to estimate prevalence of psychiatric disorder in early pregnancy. *Psychology, Health y Medicine, 8*, 213-217. https://doi.org/10.1080/1354850031000087591

Unión General de Trabajadores (UGT) (2025). *Salud mental y trabajo*. UGT. https://www.ugt.es/sites/default/files/informes/

Vagg, P. R., y Spielberger, C. D. (1998). Occupational stress: measuring job pressure and organizational support in the workplace. *Journal of occupational health*

psychology, *3*(4), 294-305. https://doi.org/10.1037//1076-8998.3.4.294

Valdez-Piña, E., Lira-Mandujano, J., Cruz-Morales, S. E., y Veytia-López, M. (2024). Estrés percibido como predictor del consumo de tabaco en hombres y mujeres. Health and Addictions/Salud Y Drogas, 24(1), 153–163. https://doi.org/10.21134/haaj.v24i1.779

Valladolid, G. R., Raga, J. M., Gras, I. M., Alfaro, G. P., de la Cruz Bértolo, J., Barba, R. J., Rodríguez-Martos, A., Guil, P., Brime, B., Castellano, Y., Segura, L., y Montejo, J. Z. Validation of the Spanish version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Psicothema*, *26*(2), 180-185. https://doi.org/10.7334/psicothema2013.172

Van Hermert, A., Heijer, M., Vorstenbosch, M., y Bolk, J. H. (1995). Detecting psychiatric disorders in medical practice using General Health Questionnaire. Why do cut off scores vary? *Psychological Medicine*, *25*(1), 165-170. https://doi.org/10.1017/s003329170002818x

Vega Martínez, S. (Coord.). (2009). *Experiencias en intervención psicosocial: Más allá de la evaluación del riesgo*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. https://www.insst.es/documents/94886/789635/Libro%20ExperienciasCD.pdf

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria, 19*(2), 135-150. https://doi.org/10.1157/13074369

Wang, B., y Wang, Y. (2021). Job burnout among safety professionals: a Chinese survey. *International journal of environmental research and public health*, *18*(16), 8343. https://doi.org/10.3390/ijerph18168343

Wenger, E., McDermott, R., y Snyder, W. M. (2002). *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*. Harvard Business School Press.

Westmoreland (2024). A Quantitative Analysis of the Relationship Between the Well-Being of Occupational Safety and Health Employees and Turnover Intention [Tesis doctoral, Columbia Southern University].

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., y Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp#obtain

WHO ASSIST Working Group. (2002). The alcohol, smoking and substance

involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, *97*(9), 1183-1194. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). https://icd.who.int/

Woo, J. M., y Postolache, T. T. (2008). The impact of work environment on mood disorders and suicide: evidence and implications. *International Journal on Disability and Human Development*, *7*, 185-200.

Yazdi, Z., Sadeghniiat-Haghighi, K., Loukzadeh, Z., Elmizadeh, K., y Abbasi, M. (2014). Prevalence of sleep disorders and their impacts on occupational performance: a comparison between shift workers and nonshift workers. *Sleep disorders*, *2014*(1), 870320. https://doi.org/10.1155/2014/870320

Zigmond A., y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361–370.