



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA, EDUCATIVA, SOCIAL Y METODOLOGÍA

**INTEGRACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE LA
SALUD LABORAL:**

PROPUESTA DE UNA VISIÓN CONFIGURACIONAL

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

MIGUEL ÁNGEL GIMENO NAVARRO

Directores:

Dr. D. Daniel Pinazo Calatayud

Dr. D. Antonio Grandío Botella

Castellón, 2015

AGRADECIMIENTOS

A todos y cada uno de los Rayos que nos iluminan y nos expanden.

A quien investiga en la profunda caverna del corazón, y descubre el fuego que da calor a su hermano pero no a sí mismo.

A mi Ka-tet, repetida una y mil veces, que hace la senda conmigo y que volverá a ser. Hasta que os sienta de nuevo que la distancia y el silencio no se hagan olvido, porque nos llevamos juntos.

Y a ti también; que tu tacto especial te perdure.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. Felicidad, Bienestar, Salud y Malestar: atractores humanos esenciales	9
1.1. De la Felicidad	9
1.2. Del Bienestar	15
1.3. De la Salud	25
1.4. ... y del Malestar	35
1.5. Del Trabajo y la Salud en las organizaciones	50
CAPÍTULO 2. Factores psicosociales: hacia la actuación holística	89
2.1. De su 'emergencia' como factores de riesgo y de salud	89
2.2. De sus características y clasificación	98
2.3. De sus consecuencias	116
2.4. De su integración y configuración	122
CAPÍTULO 3. Planteamiento del estudio y metodología	137
3.1. Objetivos e Hipótesis de la investigación	138
3.2. Diseño de la investigación	147
3.3. Descripción de la muestra	148
3.4. Variables y su operacionalización	151
3.4.1. Variables moduladoras	153
3.4.2. Factores psicosociales	153
3.4.3. Factores de pérdida y ganancia de salud	161
3.5. Análisis estadísticos	168

CAPÍTULO 4. Resultados	173
4.1. Reducción de la información en factores estadísticos y racionales	174
4.1.1. Análisis factorial y de fiabilidad	175
4.1.2. Cálculo de los índices racionales	183
4.1.3. Cálculo de los índices de daño	186
4.2. Descripción de los factores psicosociales de pérdida y de ganancia de salud, y de sus correlaciones	186
4.3. Factores de predicción de la pérdida y ganancia de salud en trabajadores y organizaciones	192
4.4. Obtención de la Configuración psicosocial de la organización	212
4.5. Diferencias en la pérdida y ganancia de salud en función de la Configuración psicosocial de la organización.....	218
CAPÍTULO 5. Conclusiones y Discusión.....	227
Referencias bibliográficas	245
Anexos	271
Anexo I. Listado de preguntas del instrumento de recogida de información	273

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 1

- 1.1. Etapas en la evolución de los modelos dominantes en el desarrollo de la salud y el bienestar laboral 57
- 1.2. Diferencias entre la perspectiva de la Salud organizativa y perspectiva de la Salud en la organización 78

CAPÍTULO 2

- 2.1. Características del trabajo y su organización potencialmente peligrosas 100
- 2.2. Factores y subfactores psicosociales del nivel micro 102
- 2.3. Factores y subfactores psicosociales del nivel meso 106
- 2.4. Factores y subfactores psicosociales del nivel macro 109
- 2.5. Propuesta de Configuraciones psicosociales emergentes en las organizaciones, considerando las aportaciones de Maslow (1971), Grandío (1996), Mintzberg (1991), Fernández (2004), Kets de Vries y Miller (1993), y Covey (1989) 133

CAPÍTULO 3

- 3.1. Ficha técnica del estudio 148
- 3.2. Listado de las variables utilizadas 152

CAPÍTULO 4

- 4.1. Criterios de adecuación de la muestra para la factorialización 176
- 4.2. Análisis de componentes principales para los Factores psicosociales del nivel micro..... 177
- 4.3. Análisis de componentes principales para los Factores psicosociales del nivel meso 179
- 4.4. Análisis de componentes principales para la Conciliación de la vida laboral y familiar (nivel macro) 181
- 4.5. Análisis de componentes principales para los factores de daño y salud 182
- 4.6. Recategorización del factor Regulación del tiempo de trabajo 183

4.7. Recategorización del factor Estabilidad laboral.....	184
4.8. Recategorización del factor Actividad preventiva	185
4.9. Recategorización del factor Exposición al daño	185
4.10. Análisis descriptivo de los Factores psicosociales	187
4.11. Análisis descriptivo de los Factores de pérdida y ganancia de salud	188
4.12. Análisis descriptivo de los factores de índice racional	189
4.13. Correlaciones entre los factores psicosociales y los factores de salud y daño	191
4.14. Análisis de regresión múltiple de los Factores psicosociales del nivel micro sobre los Factores de daño y de salud	193
4.15. Análisis de regresión múltiple de los Factores psicosociales del nivel meso sobre los Factores de daño y de salud	199
4.16. Análisis de regresión múltiple de la Conciliación de la vida familiar-laboral (nivel macro) sobre los Factores de daño y de salud	204
4.17. Análisis de regresión múltiple de los Factores psicosociales del nivel meso sobre los Factores de daño y de salud	208
4.18. Centros de los clusters finales de las Configuraciones psicosociales de las organizaciones	214
4.19. Distancias entre los centros de los clusters finales del conjunto de la organización	215
4.20. Análisis de la Varianza de las diferencias entre clusters	216
4.21. Análisis de la Varianza para las dinámicas de pérdida y ganancia de salud, en función de la Configuración psicosocial micro	219
4.22. Análisis de la Varianza para las dinámicas de pérdida y ganancia de salud, en función de la Configuración psicosocial meso	221
4.23. Análisis de la Varianza para las dinámicas de pérdida y ganancia de salud, en función de la Configuración psicosocial de la organización	222

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO 1

1.1. Evolución de la felicidad en España, por cohortes (grupos más feliz e infeliz)	14
1.2. Evolución de la preocupación por la calidad del empleo en la población española	73
1.3. Evolución de la importancia y de la satisfacción del trabajo para la población española	74

CAPÍTULO 2

2.1. Niveles considerados en los factores psicosociales	101
---	-----

CAPÍTULO 3

3.1. Hipótesis 1: Predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de los factores micro	141
3.2. Hipótesis 2: Predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de los factores meso	142
3.3. Hipótesis 3: Predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de la conciliación.....	142
3.4. Hipótesis 4: Predicción del desarrollo de la salud y del daño según factores conjuntos y de promoción o de prevención	143
3.5. Hipótesis 5: Diferencias significativas en la salud y el daño, según el tipo de Configuración psicosocial micro	145
3.6. Hipótesis 6: Diferencias significativas en la salud y el daño, según el tipo de Configuración psicosocial meso	145
3.7. Hipótesis 7: Diferencias significativas en la salud y el daño, según el tipo de Configuración psicosocial organizacional	146
3.8. Distribución de la muestra por Rama de actividad	149
3.9. Distribución de la muestra por Sexo	149
3.10. Distribución de la muestra por Edad	150
3.11. Distribución de la muestra por Puesto	150

CAPÍTULO 4

4.1. Hipótesis 1: Contraste empírico de la predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de los factores micro	197
4.2. Hipótesis 2: Contraste empírico de la predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de los factores meso	203
4.3. Hipótesis 3: Contraste empírico de la predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de la Conciliación	205
4.4. Hipótesis 4: Contraste empírico de la predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de los factores conjuntos y de promoción o de prevención	211
4.5. Representación gráfica de los centros de los clusters finales de las Configuraciones psicosociales de las organizaciones	215
4.6. Distribución de las puntuaciones medias en función de la dinámica de pérdida y ganancia de salud y la Configuración psicosocial micro	218
4.7. Hipótesis 5: Contraste empírico para las dinámicas de pérdida y ganancia de salud, según el tipo de Configuración psicosocial micro	219
4.8. Distribución de las puntuaciones medias en función de la dinámica de pérdida y ganancia de salud y la Configuración psicosocial meso	220
4.9. Hipótesis 6: Contraste empírico para las dinámicas de ganancia y pérdida de salud, según el tipo de Configuración psicosocial meso	221
4.10. Análisis descriptivo de las dinámicas de ganancia y pérdida de salud, en función de las configuraciones psicosociales de las organizaciones	222
4.11. Hipótesis 7: Contraste empírico para las dinámicas de ganancia y pérdida de salud, según el tipo de Configuración psicosocial de la organización	223

INTRODUCCIÓN

“Buscando el bien de nuestros semejantes encontramos el nuestro”

Platón

“Tenemos que hacer aquello que no podemos dejar de hacer”

El Atlas de las Nubes

*“¡Réquiem, por un mundo que está enfermo. Réquiem, por estos tiempos modernos.
Réquiem, por la esperanza que se perdió. Réquiem, por un futuro que nos dice adiós.*

Réquiem, por el fin de los gobiernos. Réquiem, por quienes hacen de ti un siervo.

Réquiem, por el dolor de los que vienen. Réquiem, por esta civilización que muere!”

Nach

Toda crisis implica un cambio ... y una decisión. De hecho el significado de la expresión latina *crisis* significa ‘mutación’, ‘cambio’; mientras que la expresión del griego *krísis* significa ‘decisión’.

Las crisis, en la medida en que suponen la ruptura de nuestras zonas de confort (construidas con tenacidad y perseverancia durante años, décadas e incluso siglos), conllevan sufrimiento, pues nos ‘desadaptan’ de nuestro ideal –de lo que hemos deseado llegar a ser– para dejarnos, nuevamente, frente a lo que somos.

Sin embargo, las crisis son zonas de paso; periodos precipitantes que nos permiten evolucionar, pasar de un estado a otro; ser fluidos. En este sentido, las crisis nos desvelan la existencia de enfermedades, más o menos generales, características del sistema que se resquebraja y en las que vivimos inmersos sin ser conscientes de ello. Estas patologías presentan una determinada etiología y unos síntomas; y nos requieren tomar una decisión y promover un cambio. Y las crisis nos ofrecen la posibilidad de liberarnos de aquellas capas que, periódicamente, limitan nuestra evolución.

En este sentido, nos encontramos inmersos en un apasionante, a la vez que inquietante y traumático, periodo de crisis sistémica. Nuestro modelo de *sociedad post-industrial capitalista globalizada* está saturado y colapsando. Los estertores del mismo se observan tanto en la emergencia de multitud de ‘enfermedades’ y ‘patologías’, como en la virulencia de las reacciones de los valedores de este Orden Postmoderno.

En el presente trabajo nos centramos en una parte del macrosistema: el mundo del trabajo y de las organizaciones, el cual –como estructura fractal– también *replica* la actual situación de crisis. El trabajo –una de las esferas de vida más significativas para los seres humanos– se halla en proceso de difuminación y reinvención; mientras que el mundo organizacional -uno de los pilares estructurales centrales del macrosistema- está en un proceso de profunda transformación.

Maslow (2005) se preguntaba qué hacía que el ser humano se paralizase y desperdiciase su potencial, cuando era evidente que tenía una necesidad de valores superiores; qué nos impedía desarrollar *organizaciones eupsíquicas*. Por su parte, Carrión (2007) se cuestiona por qué muchas empresas funcionan como lo hacen, lideradas por auténticos estúpidos, destrozando la vida de los demás y dejando un rastro de dolor por donde pasan; por qué la maldad es un componente fundamental de toda organización humana; y hay tantas personas que se comportan de forma tóxica en su entorno laboral, haciendo que otras muchas tengan la sensación de que su empresa les arranca la vida. De hecho, y de acuerdo con este autor, en el filo del caos en el que nos encontramos existe la posibilidad de que estemos creando una nueva forma de esclavitud dentro de las organizaciones. ¿De qué otra forma puede entenderse que en lugar de desarrollar el talento se promueva la rutina del miedo, el desprecio y la indiferencia?

La tendencia de precipitación y mutación, que en la actualidad entendemos irreversible, genera en los seres humanos y en las organizaciones diferentes tipos de respuesta. Defensivas en unos casos; proactivas en otros; también de indefensión en algunos; de oportunidad en otros; o de huida en algunos más. Es cierto que una parte

importante de las prácticas que aún mantienen muchas organizaciones son fruto de esa desadaptación ante el cambio. Son síntomas de patologías organizacionales que reducen el potencial de desarrollo de los seres humanos y de la sociedad en general. Sin embargo, otras organizaciones son capaces de articular dinámicas de salud que aumentan ese potencial de desarrollo. En el primer caso se reduce la salud, el bienestar y la felicidad de los seres humanos, de las propias organizaciones, y de la comunidad (*dinámicas de pérdida de salud*); en el segundo se promueven círculos virtuosos de salud, bienestar y felicidad (*dinámicas de ganancia de salud*).

Entendemos que estamos viviendo un periodo de gran poder transformador, que nos ofrece la oportunidad de tomar las riendas de nuestra existencia, con los riesgos y desafíos que esto supone; pero también con el valor vital que entraña. Los cambios que se han producido en el mundo del trabajo y de las organizaciones –globalización, flexibilización, interdependencia, ambigüedad, conocimiento, creatividad, etc. – nos han convertido, a los seres humanos, en el epicentro de la transformación. Y, junto a nosotros, ha emergido el protagonismo de los denominados factores psicosociales como aspectos esenciales para el desarrollo de nuestro potencial en las organizaciones, a través de la facilitación de recursos para la salud y el bienestar. En este sentido, el objeto del presente trabajo se centra en atender y comprender el papel que juegan esos factores, como parte del problema y de la solución que la actual crisis nos plantea.

Para ello, iniciamos la primera parte del Capítulo 1 reflexionando sobre los que, consideramos, son algunos de los atractores esenciales del ser humano y, por ende, de nuestro mundo: Felicidad, Bienestar, Salud, y Malestar. La Felicidad ha sido y es un mantra que guía nuestra existencia. ¿Quién no se ha parado alguna vez a pensar qué es lo que le hace feliz y se ha propuesto buscarlo como objetivo de Año Nuevo? Tradicionalmente se ha entendido constituida por dos energías complementarias: la hedonista y la eudaimónica. Ahora bien, la Felicidad no parece casar demasiado bien con la racionalidad y la modernidad, por lo que se le han buscado sustitutos. De todos ellos, el Bienestar –junto a la Calidad de Vida– es el que ha conseguido aglutinar más apoyos. El devenir de estos dos conceptos nos ha conducido hacia una felicidad más estadística –

de indicadores– que real, pero más útil para determinados intereses y para una cierta visión del mundo. Dentro del bienestar, un aspecto central es el de la Salud, con la que guarda importantes relaciones. Este es un concepto que se ha modificado desde mediados del siglo XIX, y que nos permite aprehender, conjuntamente, el progreso que ha experimentado nuestro mundo y el potencial de desarrollo del ser humano. Ahora bien, como contrapunto al bienestar estandarizado y hedonista –que caracteriza a nuestra sociedad hiperconsumista actual– surge un extraño y paradójico Malestar, fruto del exceso de bien-estar y de la deficiencia de bien-ser. Este malestar es uno de los patrones emergentes que están caracterizando al periodo de crisis actual; y que, de forma contra intuitiva, nos lleva a cuestionar los sinsentidos del mundo sedante en el que nos encontramos, y a buscar alternativas para nuestra Felicidad.

En la segunda parte del Capítulo 1 atendemos a la evolución que se ha producido en el mundo de la salud en el trabajo y las organizaciones. Se trata de dos esferas interdependientes (salud y bienestar, y trabajo y organizaciones), en las que la apertura y movimiento de una genera avances en la otra, retroalimentándose también de la propia evolución de la sociedad, la ciencia y la tecnología. Este análisis nos lleva a formular la existencia de cuatro grandes etapas en el desarrollo de los modelos de salud y bienestar laboral. La última de ellas –‘Cuestionamiento y retos’– nos deja ante la puerta que la crisis actual nos abre, planteando importantes desafíos para el mundo de la Psicología en general, y de la Psicología de la Salud Ocupacional en particular.

Una parte de estos retos guarda relación con la emergencia de los factores psicosociales que, como ya hemos mencionado, son el objeto central de este trabajo. En torno a ellos se vertebra el Capítulo 2. El emerger de dichos factores ejemplifica y concreta los cambios que se están dando en el trabajo. La forma que hemos tenido de aproximarnos a ellos ha cambiado en las últimas décadas; y, poco a poco, vamos comprendiendo su complejidad, y la necesidad de trabajarlos desde una lógica sistémica y configuracional. Este capítulo se articula en dos bloques: el primero de análisis y reflexión sobre el fenómeno, y el segundo de propuesta de una aproximación sistémica al mismo.

Para alcanzar una comprensión coherente y nítida de los factores psicosociales, en la primera parte del capítulo reflexionamos sobre los ejes que han marcado su emerger (contenido, sujeto y marco). Esto es, han pasado de ser considerados sólo como riesgos a prevenir, a ser también promotores de salud y bienestar (marco); no se trata sólo de la salud del trabajador, sino también de la salud de la propia organización y de la comunidad (sujeto). En la segunda parte del capítulo se hace una extensa recopilación de los principales factores psicosociales recogidos por la literatura (contenido), y se los clasifica según su ámbito de incidencia (micro, meso y macro). Para finalizar este bloque, en la tercera parte se exponen las principales consecuencias que se derivan de los factores psicosociales.

Las deficiencias que se observan en las propuestas teóricas y en las aplicaciones prácticas relacionadas con los factores psicosociales pueden concretarse en las siguientes: por un lado, la presencia de un sesgo en el contenido de los factores que hace que predominen los aspectos micro –más operativos pero menos explicativos–, si bien esta tendencia ya está siendo corregida; el predominio de la perspectiva de riesgo frente a la de promoción de salud, que lleva a que impere la visión del daño; la falta de una visión sistémica y configuracional de los factores psicosociales, que lleva a realizar intervenciones parciales y, en ocasiones, contradictorias e incoherentes. Atendiendo a estas limitaciones, en el segundo bloque del capítulo se reflexiona sobre la necesidad de cambiar la forma que se ha tenido de trabajar con los factores psicosociales; y se apuesta por una aproximación configuracional, desde la que se atiende a los factores psicosociales de forma interdependiente, como vía para aumentar el empoderamiento de los trabajadores, las organizaciones y la comunidad, y la *Salud en la organización*. En este sentido, a partir de los trabajos de Mintzberg (1991), Maslow (1971), Grandío (1996), Fernández (2004), Kets de Vries y Miller (1993), y Covey (1989), se propone una taxonomía de *Configuraciones psicosociales de las organizaciones*, que contempla las siguientes cinco: Tóxicas, Represivas, Mediocres, Estratégicas, y Eupsíquicas.

En el Capítulo 3, aparte de exponer el diseño de investigación seguido y su implementación, se concretan los objetivos que han guiado el presente trabajo y las

hipótesis que de ellos se derivan. Estos objetivos se han ido fraguando a lo largo de un fructífero trabajo de colaboración, centrado en la prevención de los riesgos psicosociales, entre el equipo de investigación 'GlobCons/IIDL' de la Universitat Jaume I de Castelló y el Observatorio de Riesgos Psicosociales de la UGT. En concreto, los tres grandes objetivos que vertebran este trabajo son:

- 1) corroborar la evolución y amplificación que se está produciendo en el ámbito de los factores psicosociales, tal y como exponemos en el Capítulo 2;
- 2) confrontar una de las paradojas que caracterizan al mundo actual, y que se evidencia en los factores psicosociales: que daño y salud pueden tener el mismo foco y complementarse; o dicho de otra manera, analizar si la prevención del riesgo y la promoción de la salud se desarrollan por caminos separados o si se vinculan a través de un proceso dialéctico;
- 3) poner de manifiesto la necesidad de estudiar e intervenir sobre los factores psicosociales desde una aproximación configuracional.

Posteriormente, en el Capítulo 4 se ofrecen los principales resultados obtenidos a partir del estudio empírico realizado. Los datos recogidos nos ofrecen un acercamiento cuantitativo –amplio aunque numérico- a la realidad de los factores psicosociales en el tejido productivo español. Su análisis nos ofrece una visión estadística con la que complementar la visión teórica existente. Los distintos análisis efectuados nos muestran el peso que los distintos factores psicosociales del nivel micro, meso y macro (por separado) tienen a la hora de predecir las ganancias y pérdidas de salud de trabajadores y organizaciones. Aunque las hipótesis no se corroboran en su totalidad, sí se evidencia la importancia de considerar e integrar a distintos factores de cada nivel para que la prevención de los riesgos psicosociales y la promoción de la salud en el trabajo mejoren.

Además, se confirma la relevancia pragmática y el potencial explicativo que supone el acercamiento configuracional a los factores psicosociales. Así, se puede considerar que, en los niveles micro y meso, los factores psicosociales se agrupan creando configuraciones psicosociales (tóxicas, mediocres y eupsíquicas), y que el tipo de agrupamiento incidirá sobre las dinámicas de pérdida o de ganancia de salud. Por su

parte, se confirma la existencia empírica –en el mundo organizacional– de cuatro configuraciones psicosociales de la organizaciones: Tóxicas, Mediocres, Estratégicas, y Path-eupsíquicas. Los resultados nos demuestran significativamente la conveniencia de la aproximación configuracional para generar salud y prevenir los daños en el mundo laboral.

Para finalizar, en el Capítulo 5 se exponen las conclusiones obtenidas a partir de la revisión de la literatura, la experiencia práctica, las propuestas teóricas efectuadas, y su contraste empírico. Se discuten las implicaciones y desarrollos que el trabajo aporta al ámbito de de la salud laboral y al del trabajo y las organizaciones. Los resultados obtenidos, junto a la teoría, nos permiten clasificar a las organizaciones según sus configuraciones psicosociales; esta aproximación abre el potencial aplicado de los programas de prevención de riesgos y de promoción de la salud en las organizaciones. Para finalizar, se comentan las principales limitaciones del estudio y se proponen posibles líneas futuras de actuación.

CAPÍTULO 1

FELICIDAD, BIENESTAR, SALUD Y MALESTAR: ATRACTORES HUMANOS ESENCIALES

*“Todos los hombres, hermano Galión, quieren vivir felices, pero al ir a descubrir lo que hace
feliz la vida, van a tuestas”*

Seneca

*“Hay pueblos a los que se les soborna con el nivel de vida para que no se paren a pensar por
dónde anda el nivel de su vida”*

Ana Diosdado

1.1. DE LA FELICIDAD

La Felicidad es uno de los elementos esenciales que da sentido a nuestras vidas. Es el bien supremo perfecto (Rojas, 1998). Todo ser humano tiene la inclinación natural a ser feliz, siendo su búsqueda el propósito fundamental de nuestra vida (Dalai Lama y Cutler, 2003; Román y Montero, 2013). Se trata de una vocación general; en algún momento de nuestra vida nos cuestionamos sobre nuestra felicidad, pues la naturaleza humana tiende a buscarla. Tanto es así que Ortega y Gasset (1950) llega a señalar que *“el problema de la historia es el problema de la felicidad”*. Por ello, su promoción justifica todas las actuaciones humanas, individuales y colectivas (García, 2002).

La forma de concebirla ha sido y es muy variada pero, aunque cada cultura y época la ha entendido de una manera diferente, se mantienen importantes coincidencias entre todas ellas. En nuestro contexto cultural y geográfico, el origen del concepto proviene de la Grecia Clásica. En la antigua civilización griega se la relacionaba tanto con hechos gratificantes y positivos proveídos por la fortuna (*eutijía*), como con la virtud de vivir de

acuerdo con el verdadero ser (*eudaimonía*), y con ser un hombre bienaventurado (*makariotes*). El núcleo de esta diferenciación se ha mantenido en la tradición latina, que diferencia entre *felicitas* y *beatitudo* (Rojas, 1998).

Desde una perspectiva general, se observa una dualización sobre la forma de entenderla, analizarla y promoverla que aún perdura en nuestros días; y que nos ha conducido a la existencia de posiciones confrontadas sobre la idea de la felicidad. Como indica Savater (2005, p. 13) “*nunca ha estado del todo claro si el secreto de la felicidad consiste en no ser completamente imbécil o en serlo*”.

En este sentido, diferentes autores (Dalai Lama y Cutler, 2003; Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002; Llano, 1988; Peiró *et al.*, 2014; Rojas, 1998; Román y Montero, 2013; Ryan y Deci, 2001; entre otros) hacen referencia a la existencia de dos grandes aproximaciones diferenciadas -pero que entendemos complementarias- sobre la felicidad:

- La perspectiva hedonista, que plantea que el propósito en la vida es experimentar la máxima cantidad de placer. La felicidad es la totalidad de los momentos hedónicos que uno experimenta. Dentro de esta perspectiva se suele usar la evaluación del bienestar -sobre el que volveremos más adelante- que proviene de dos líneas de investigación distintas: la que se centra en la evaluación de la afectividad positiva y negativa, y la que se centra en la evaluación global y cognitiva de la vida que uno lleva. Ambas son concepciones clásicas de la felicidad (Diener, 1984).
- La perspectiva eudaimonista, según la cual la verdadera felicidad se encuentra en vivir de acuerdo con el verdadero ser (Aristóteles). En su reverso, Kierkegaard (2008) afirma que la infelicidad consiste en no ser uno mismo. La felicidad se da cuando la persona actúa congruentemente con sus valores profundos captados de forma total y global; y es la consecuencia del esfuerzo para la perfección que representa la realización de uno con el verdadero potencial (algo similar a, por ejemplo, la *Autoactualización* de Maslow, o al *Desarrollo Pleno* de Rogers). Desde esta postura se considera que no todos los deseos o resultados que se valoren producirán felicidad cuando se consigan, e incluso si se consigue placer

esto no tiene porque ser beneficioso para la gente a largo plazo (Rojas, 1998; Russell, 2005).

La felicidad de la postura eudaimónica se relaciona con el desarrollo, el crecimiento personal, y el esfuerzo realizado. Por su parte, la felicidad de la postura hedonista se caracteriza por estar relajado, sin problemas, y alegre. En el primer caso uno *es* libre -lo que conlleva un acto de voluntad-, mientras que en el segundo uno *se siente* libre -lo que conlleva un estado emocional-. El criterio eudaimónico permite a los expertos definir la felicidad, mientras el hedonista permite a la gente decir lo buena que es su vida (Padrós, 2002). Ryan y Deci (2001) señalan que en la perspectiva hedonista destaca el papel de las actividades sociales (contempladas como fuente de castigos y refuerzos); mientras la perspectiva eudaimónica enfatiza el papel de las metas y logros como promotores de la felicidad. La realización personal se logra en situaciones en las que uno toma conciencia de que está siendo competente, estimulado, concentrado e implicado con lo que hace, y con clara visión de a dónde va y cómo va desempeñándose; mientras que la sensación de hedonismo se relaciona con situaciones en las que se siente ilusionado, relajado, contento, sin prisas y alejado de las preocupaciones habituales (Avia y Vázquez, 1998). Esto indicaría la existencia de diferentes niveles de conciencia en el camino de la Felicidad.

En general, podemos considerar que la felicidad -y sus sustitutos más modernos, de los que hablaremos a continuación- hacen referencia a un estado prospectivo hacia el que se tiende, pero que no se alcanza nunca definitivamente. Para llegar a ella necesitamos estar totalmente involucrados de forma plena en nuestras vidas, sin intentar buscarla directamente (Csikszentmihalyi, 1996). La vía transcurre a través del perfeccionamiento máximo de las actividades de la voluntad, la inteligencia, y el amor; por la voluntad nos dirigimos con libertad, por la inteligencia interactuamos -nos significamos- con igualdad, y por el amor nos vinculamos con fraternidad.

Su objeto es la realización plena de uno mismo (Rojas, 1998), abrirnos a la alegría de vivir (Dalai Lama y Cutler, 2003). Se trata de un concepto evaluativo y gradual (Prieto,

1991), a la vez que profundamente paradójico: no consiste simplemente en la vida feliz *per se*, sino en los procesos del vivir con sus mezclas de sabores dulces y amargos. El funcionamiento psicológico óptimo es algo más que estar a gusto; implica esfuerzo y disciplina, lo que, en ocasiones, no sólo no produce satisfacción inmediata sino que interfiere en ella (Avia y Vázquez, 1998). Una vida que no evita el dolor sino que, todo lo contrario, lo enfrenta y le da un significado constructivo para transformar lo doloroso y conflictivo de la vida en algo hermoso y digno de vivirse (Cuadra y Florenzano, 2003).

Uno de los focos sobre los que se ha centrado la investigación moderna -fruto de su idiosincrasia analítica y funcionalista- ha sido en la descomposición y operativización del término (García-Viniegras y González, 2000). Así, se considera que el logro de la felicidad surge de combinar, esencialmente, dos tipos de características (Russell, 2005; Valdés, 1991): las referidas a circunstancias externas a la persona (p. ej., su acceso a ciertos bienes materiales, riqueza, poder, comodidades, tiempo libre, acceso a servicios de salud, educación, entre otros); y otras referidas a ciertos estados internos de la persona (p. ej., placer, alegría, dignidad, esperanza, y, en general, todo lo que resulta de la realización de deseos, anhelos, y planes de vida personales).

De esta forma, cuando se le atribuye felicidad a una persona se considera cuan bien está desde el punto de vista exterior o material y desde el punto de vista interior o anímico, y se le está otorgando un valor más o menos positivo a su vida. En este sentido, Bertrand Russell (2005) señala, entre las causas de la felicidad, una combinación de ambos tipos de características: el entusiasmo, el descubrimiento del sentido de la existencia, el afecto, la familia, el trabajo, los intereses personales, el esfuerzo, y la resignación. Mientras que entre las causas de la desgracia destaca la competitividad, la excitación, la fatiga, la envidia, el miedo a la opinión pública, y el orgullo.

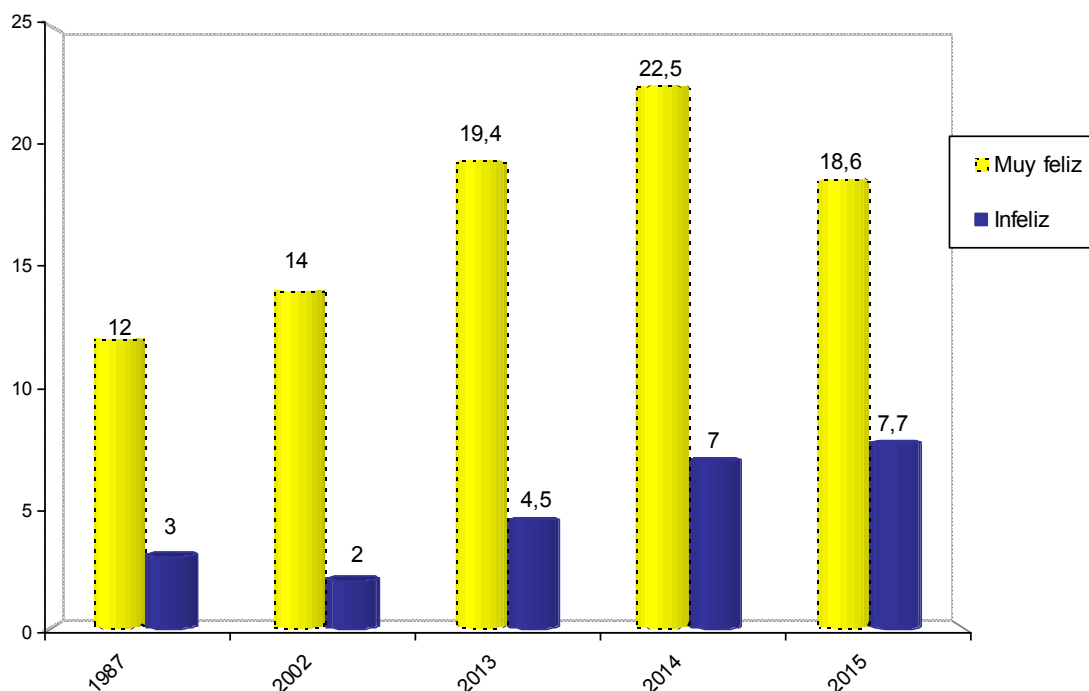
Si atendemos a indicadores estadísticos, en España la población considera que los factores que causan la felicidad se vinculan más con circunstancias externas que con internas, aunque se da una combinación de ambas (Centro de Investigaciones Sociológicas -CIS-, 2013a). Así, el principal factor que causaría la felicidad es la salud (9,22

sobre 10), seguido de tener trabajo (9,01), y de la estabilidad laboral (8,74); tras éstos se valora el tener buen carácter y ser optimista (8,60), vivir en un país con libertad social y política (8,55), tener buenos amigos (8,54), y tener ideales y principios morales sólidos (8,29). Otros factores valorados son hacer cosas por los demás (8,09), tener tiempo libre (7,69), y tener hijos (7,32). Entre los factores menos valorados está tener dinero (6,98), tener pareja (6,90), ser inteligente (6,56), ser atractivo (5,39), y tener creencias religiosas (4,68).

El análisis de los diferentes Barómetros del Centro de Investigaciones Sociológicas - CIS- muestra que la felicidad y la satisfacción con la vida han descendido con la crisis. Así, en el año 1987 la puntuación media de la población española era de 7,5 (sobre 10). En el año 2002 subió a 7,54. Sin embargo, en el año 2010 se observa un descenso acusado que deja la media en 6,99; y en el 2012 desciende a 6,55, para repuntar a 7,24 en 2013, y volver a descender en 2014 (7,18) y 2015 (7,05). Resulta interesante señalar que cuando se pregunta a la gente cómo cree que son de felices los otros la media es de sólo 4,84 (dato del año 2013). En España la satisfacción con la vida en general pasó de una media de 7,5 en 2003 a una media de 6,8 en 2009, siendo la población más mayor la que mayor pérdida de satisfacción mostró (Eurofound, 2010).

Efectuando un análisis por cohortes (ver Figura 1.1), se observa una disminución de las 'clases medias' de la felicidad: en España han crecido los grupos más felices y los infelices. Así, en 1987 el 12% se consideraba muy feliz y sólo el 3% infeliz; en 2002, los más felices suponían un 14% y frente a un 2% que se autodefinía como infeliz. Por su parte, en el año 2013 -ya en plena crisis- se sentía completamente feliz un 19,4 %, e infeliz un 4,5%. En el año 2014, eran muy felices un 22,5%, mientras un 7% era infeliz. En el año 2015, los muy felices suponen un 18,6 %, mientras los infelices alcanzan ya el 7,7% de la población. En este sentido, se puede decir que también se está produciendo una fractura en la felicidad de los españoles. Ahora bien, alrededor del 60% de los españoles son optimistas sobre su futuro (Eurofound, 2013c).

Figura 1.1. Evolución de la felicidad en España, por cohortes (grupos más feliz e infeliz).
Fuente: Elaboración propia



Diferentes análisis, como el realizado por Ahn y Mochón (2010), que toma como referencia los Barómetros del CIS y la Encuesta Mundial de Valores, o el de Helliwell y Putnam (2004), nos muestran la correlación que existe entre diferentes variables sociodemográficas y la felicidad. Así, en relación con el sexo, se observa que los hombres y las mujeres experimentan un grado de felicidad similar. Si se toma en consideración la edad, los jóvenes son los que presentan mayores niveles de felicidad, seguidos por las personas mayores; siendo los menos felices los adultos, con edades comprendidas entre los 35 y los 50 años. Por su parte, el estado civil también influye en la felicidad; las personas casadas o que viven con pareja son más felices que las que viven solas. Otra variable que correlaciona con la felicidad es la educación, si bien suele ser por su relación con la renta y con el estatus ocupacional; en cualquier caso, su relación con la felicidad es positiva. Sobre la renta, se observa que las personas con un nivel de renta más elevado son más felices; si bien la relación es más fuerte para los niveles inferiores de la escala de renta que para los niveles superiores. La satisfacción de los españoles también aparece positivamente correlacionada con el nivel de renta.

La Modernidad nos ha traído una felicidad *reducida*. Bueno (2005) la denomina *felicidad canalla*. El inicio de esta reducción se encuentra en la Ilustración, con la filosofía kantiana y su separación entre la felicidad subjetiva -propia de la parte sensible- y la objetiva -propia de la parte noble del entendimiento y la voluntad-; y con el utilitarismo de Jeremy Bentham el cual reduce la felicidad a placeres y satisfacciones (Pérez-Álvarez, 2012). Tras estas tendencias iniciales, la visión determinista del progreso, de que siempre se avanza hacia algo mejor, hizo elevar la felicidad a ideal supremo, y que se la vinculase, cada vez más, con el avance tecnológico y con la acumulación de bienes. Una vez generada esta dinámica, la felicidad deja de centrarse en un futurible mundo mejor y, con la era consumista, pasa a reducirse al disfrute del aquí y ahora, eliminando el tiempo de espera en la obtención del placer y la satisfacción. Para acabar por verse condensada -con su operativización a través de los indicadores de la Calidad de Vida- en la posesión de bienes materiales, el confort y la incorporación del progreso a la vida cotidiana. De hecho los estudios que relacionan la felicidad con la economía son una de las vertientes de la investigación económica que más ha crecido durante los últimos años (Kahneman y Krueger, 2006).

Pero incluso esta visión de la felicidad ha sido superada en la Postmodernidad. Hoy ya no vinculamos nuestra felicidad con el confort y el bienestar, pues ya se han dado por hechos en muchas regiones del planeta. Nuestra felicidad, en una sociedad hiperconsumista, pasa por obtener un confort más individualizado, que nos aporte sensaciones agradables, de disfrute para nuestros sentidos (Román y Montero, 2013). Se trata de una felicidad que se iguala a la satisfacción del máximo de necesidades, y a la renovación sin fin de objetos y diversiones (Lipovetsky, 2007).

1.2. DEL BIENESTAR

En las épocas moderna y postmoderna, las ideas clásicas sobre la felicidad son vistas como desajustadas y problemáticas. El término es considerado demasiado difuso y con excesivas connotaciones filosóficas (Avia y Vázquez, 1998; García, 2002; Padrós,

2002; Seligman, 2011). Es por ello que se buscan (desde determinadas disciplinas científicas como la Psicología, la Economía o la Sociología) otros conceptos alternativos que sean más operativos (Cuadra y Florenzano, 2003; Díaz, 2001; Padrós, 2002; Seligman, 2011; Vera 2001), y estén más adaptados a la ideología de los nuevos tiempos. Entre otros encontramos el optimismo inteligente, la experiencia de flujo, el bienestar, o la satisfacción con la vida.

Esta pléyade de términos hace referencia a una experiencia común, inherente ya en el concepto de felicidad: la satisfacción surgida de nuestra propia posición en el mundo (Rojas, 1998). En su esencia, mantienen la polarización 'externo-interno' que subyace en el pensamiento helénico (por ejemplo, la diferenciación entre bienestar objetivo y bienestar subjetivo, de la que hablaremos a continuación). Y contienen la idea del desarrollo completo del propio talento, y de las posibilidades y capacidades que cada uno tiene.

El análisis de la literatura nos muestra que la tendencia es considerar el Bienestar como el término más amplio y aglutinador (Danna y Griffin, 1999). Así, por ejemplo, Seligman (2011) se retracta de posiciones previas (2002) y estima que "*el bienestar es un constructo mientras la felicidad es una cosa*" (p. 30). El bienestar resulta de la actividad sistémica de diversos factores que actúan de forma sinérgica (Díaz, 2001): el macromedio (con sus subsistemas económico, jurídico, sociodemográfico); el micromedio (que comprende la familia, el ámbito educativo, el laboral, de salud, de ocio y cultura, los grupos de referencia); y el individual (en el que se incluyen la personalidad y los aspectos biológicos).

Su relevancia ha ido en aumento en las últimas décadas, siendo uno de los factores estimados como fundamentales para el desarrollo y el crecimiento del ser humano y de la sociedad (Argyle, 1992; Avia y Vázquez, 1998; Clark, Frijters, y Shields, 2007; Comisión de las Comunidades Europeas, 2002; Díaz, 2001; Diener, Oishi, y Lucas, 2003; Marmolejo, 2004; Ormel, Lindenberg, Steverink, y Verbrugge, 1999; Seligman, 2011; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Varelius, 2004; Vázquez, 2006). Así, junto con otros indicadores

económicos y sociales, el bienestar es una de las tres principales vías para evaluar la calidad de vida de las sociedades (Diener y Suh, 1998; Vázquez, 2013). Cómo se siente y piensa la gente sobre su vida es esencial para comprender el bienestar de cualquier sociedad (Diener, Oishi, y Lucas, 2003).

Vielma y Alonso (2010) destacan una serie de convergencias a la hora de conceptualizarlo, como son: se trata de una dimensión subjetiva de la personalidad; es una categoría descriptiva y un constructo psicológico de gran complejidad; es de carácter universal, fenomenológico, temporal y positivo; es una vivencia personal de la cual cada uno sólo puede dar cuenta por sí mismo; tiene componentes inseparables e interdependientes cuando son evaluados de manera global o multidimensional; puede ser estudiado de acuerdo a sus componentes subjetivos y objetivos (aspectos afectivos, aspectos cognitivos, aspectos vinculares y contextuales de carácter transitorio o temporal); está determinado por una multiplicidad de factores de carácter biológico, psicológico, social, histórico, y cultural; determina la calidad de las relaciones consigo mismo y con el entorno, pudiendo variar de una sociedad a otra, de un momento de la vida personal a otro; trasciende la satisfacción de necesidades fisiológicas, las necesidades sociales, y las reacciones emocionales inmediatas; puede ser aprendido en presencia de factores contextuales favorables o no, como resultado del uso de los recursos psicológicos que cada persona posee.

Como ya hemos indicado, el bienestar mantiene en su esencia la polarización entre factores externos e internos. Además, se trata de un constructo de nuevo cuño; esto hace que sea más operativizable y generador de indicadores, tanto externos (objetivos) como internos (subjetivos). Por un lado, esto sirve a los fines de la modernidad, del positivismo, del utilitarismo, y de la ideología neoliberal, permitiendo instaurar una estadística de la felicidad, antecesora de la actual ciencia del bienestar, alejada de las plataformas filosóficas que daban sustento al concepto tradicional de la felicidad (Bueno, 2005). Por otro, la evaluación periódica del bienestar lo ha convertido en un elemento significativo en la toma de decisiones políticas y económicas que promuevan la mejora de las condiciones de vida de la sociedad. Esto nos ofrece la posibilidad de influir sobre

las políticas públicas, y reducir la miseria, pobreza y desigualdades, logrando mejorar la vida de la ciudadanía (Vázquez, 2013); aunque también acaba por ofrecernos una visión distorsionada y utilitarista de nuestra calidad de vida, al servicio de ciertos intereses ideológicos (Bueno, 2005; Lipovetsky, 2007; Pérez-Álvarez, 2012).

Profundizando en esa dualidad del concepto, el interés por el bienestar se inició atendiendo a los aspectos contextuales (los propios de la perspectiva externa -objetiva-), los cuales analizan las condiciones de vida que favorecen el bienestar objetivo -*welfare*- (García, 2002). El concepto Nivel de Vida, referido a condiciones puramente económicas en el marco del Estado de Bienestar, fue de los primeros en utilizarse. Siguiendo esta orientación surgió el constructo Calidad de Vida, en un esfuerzo por promocionar la salud y el bienestar para todas las personas (Day y Jankey, 1996; Valois et al., 2001).

En sus principios, la calidad de vida se identificó con indicadores objetivos como los ingresos, la salud, las condiciones ambientales, el empleo, la vivienda, entre otros; y se mimetizó con el Bienestar Social, ligándola con indicadores socioeconómicos macrosociales (García, 2002). Esta necesidad de disponer de indicadores supuso el desarrollo del Movimiento de los Indicadores Sociales (González, 2004). Así, la calidad de vida se constituyó en el Bienestar *medible*, ofreciendo una perspectiva más operativa y cuantificable del nivel de vida humano (Day y Jankey, 1996; García, 2002; González, 2004; Lluch, 1999; Valois et al., 2001).

Ahora bien, el concepto ha ido evolucionando. Veenhoven (1994) indica que éste contempla, a la vez, tanto la existencia de condiciones esenciales para una buena vida, como la práctica del vivir bien como tal. Este segundo significado permite introducir al sujeto, y a sus percepciones y evaluaciones relacionadas con sus condiciones de vida, junto con las condiciones objetivas en las que ésta se desarrolla.

De esta forma, la calidad de vida pasa a incluir tanto aspectos objetivos (como el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente y con la comunidad, y la salud objetiva) como subjetivos (p.ej., la integración, la expresión emocional, la seguridad

percibida, la productividad personal, y la salud percibida) (García-Viniegras y González, 2000). Esto ha acabado por generar, como no podía ser de otra manera, su estudio desde dos aproximaciones complementarias: la objetiva y la subjetiva (Ardila, 2003). Sin embargo, ambas parecen estar poco correlacionadas, lo que lleva a pensar que cada una aporta información única y complementaria que resulta fundamental para comprender la calidad de vida (Huebner, 2004). Los principales aspectos que se consideran en el estudio de la calidad de vida son (Ardila, 2003): bienestar emocional, riqueza material, salud, trabajo y actividades productivas, relaciones familiares y sociales, seguridad, e integración con la comunidad. De esta forma, la calidad de vida pasa a ser *“un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social”* (Ardila, 2003, p. 163).

Estas reinterpretaciones han hecho se que concretase el constructo Bienestar Subjetivo o Bienestar Psicológico (aquí optamos por esta última acepción). Este hecho ha sido posible, principalmente, por la crisis de valores materiales (Inglehart, 1997) y el apoyo posterior de los valores postmateriales, y por la consolidación del paradigma cognitivista (Díaz, 2001), lo que ha posibilitado la consideración del bienestar humano en su dimensión interna (subjetiva). Esta es, como apunta Argyle (1993), la principal aportación de la Psicología en el estudio de la calidad de vida, pues *“no es bueno hacer a las personas más ricas si no se las hace también más felices”* (p. 5), aspecto sobre el que también incide Seligman (2011). De esta forma, se interpreta que la calidad de vida objetiva es tamizada por los valores, las necesidades, las expectativas, y las aspiraciones de los seres humanos para, tras ese proceso, devenir en Bienestar Psicológico (Díaz, 2001).

Desde la perspectiva psicológica, el bienestar recoge cómo la gente evalúa su vida, tanto en el presente como a lo largo de los años. Incluye aspectos como la satisfacción con la vida, el entusiasmo, la alegría, la salud, la percepción de las condiciones de vida, entre otros. La evaluación que se efectúa integra las reacciones emocionales de la gente ante los acontecimientos, su humor, y los juicios que se forman sobre la satisfacción con

la vida, la realización, y la satisfacción con otras esferas de la vida (Diener, Oishi, y Lucas, 2003).

Diener y Diener (1995) consideran que habría tres tipos de concepciones, agrupables en tres grandes categorías -herederas de la tradición helena-:

- a) la primera supone la valoración de la persona relativa a la satisfacción con la vida, e incluiría dos componentes (Veenhoven, 1984): los pensamientos y los afectos;
- b) la segunda sería la más cercana a la forma cotidiana de considerar el bienestar, constituyendo una valoración general del estado de ánimo actual, y la congruencia entre los logros alcanzados y las expectativas sobre la vida de la persona y su satisfacción con su vida;
- c) la tercera lo concibe como una virtud o gracia, contemplando el bienestar como la posesión de una cualidad deseable.

Los científicos sociales han basado sus estudios, principalmente, en las dos primeras aproximaciones. Así, una gran parte se han ocupado de estudiar los aspectos que llevan a una persona a evaluar positivamente su existencia. En este sentido, Veenhoven (1984) define el bienestar psicológico como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva. Para Diener, Suh, Lucas, y Smith (1999) este constructo hace referencia a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas, y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Avia y Vázquez lo entienden como el grado en que los individuos manifiestan estar subjetivamente satisfechos con sus vidas o con alguno de sus aspectos. García (2002) lo define como

el resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención de elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas sobre una serie de dominios o áreas vitales así como, en conjunto, sobre la satisfacción con su vida (p. 8).

La valoración que una persona realiza no tiene por qué coincidir con la apreciación llevada a cabo desde el exterior de la misma (Anguas, 2000; Avia y Vázquez, 1998). Su significado varía en función de: qué es lo que se evalúa, quién lo evalúa, lo objetivable de la medición, el periodo de tiempo evaluado, los ámbitos que se contemplan, o de la dimensión a la que se haga referencia, entre otras (Padrós, 2002). Según Diener (2000) lo central es la propia evaluación que la persona hace de su vida.

La literatura sobre el bienestar psicológico señala que está conformado por tres elementos que reflejan la combinación de un proceso cognitivo (satisfacción/insatisfacción) y de dos procesos afectivos (afecto positivo y afecto negativo) (Argyle, 1993; Cummins y Cahill, 2000; Diener, 1994; Lluch, 1999; Vera, 2005). Aunque estos tres elementos son, en principio, independientes, se muestran con frecuencia interrelacionados, lo que sugiere la existencia de un constructo de bienestar psicológico de orden superior (Kozma, Stone, y Stones, 1997), que no se conoce demasiado bien. Aunque en las primeras investigaciones que intentaban descomponer y operativizar el constructo hubo dos líneas confrontadas -la de la felicidad y la de la satisfacción- con el tiempo se vio que ambas eran complementarias. Mientras el enfoque felicidad es capaz de medir los aspectos afectivos, el enfoque satisfacción es capaz de medir los cognitivos (González, 2004). Actualmente, y de forma general, se considera que la persona utiliza sus pensamientos y sus afectos para realizar la evaluación de su bienestar (Veenhoven, 1994; Díaz y Sánchez-López, 2001).

El componente cognitivo –satisfacción- representa la discrepancia percibida entre las aspiraciones y los logros de la persona, constituyendo una valoración global de la vida como un todo. También se entiende como la gratificación que los sujetos perciben y experimentan en relación con los roles que representan. Es el producto de procesos cognitivos que incluyen la comparación entre la experiencia presente de la persona y los estándares que la persona utiliza para realizar la comparación, en el que se valora la medida en la que ha alcanzado los objetivos que desea en su vida (Cummins, 1996; Cummins y Nistico, 2002; García-Viniegras y González, 2000; Pinazo, Rodríguez, y Salanova, 1997). Por su parte, el afectivo (tono hedónico) supone el agrado

experimentado con sus sentimientos, emociones, y estados de ánimo más frecuentes, relacionándose más con las reacciones puntuales a eventos concretos (Andrews y Mckennell, 1980; Veenhoven, 1994). El afecto negativo o malestar es una dimensión general del distrés subjetivo que recoge un amplio rango de estados aversivos como tristeza, desprecio, ansiedad, angustia, ira, entre otros, y estados de ánimo negativos. El afecto positivo refleja niveles de energía, excitación, y entusiasmo, y mide la presencia o ausencia de emociones como alegría, amor, además de los estados de ánimo positivos. Los afectos positivos y negativos están solo débilmente correlacionados (Diener y Emmons, 1985), por lo que no parecen ser opuestos bipolares.

Hay que indicar que el bienestar positivo no es justamente la ausencia de emociones negativas. Así, se dice que un sujeto posee un alto bienestar psicológico si expresa satisfacción con su vida y frecuentes emociones positivas, y sólo infrecuentemente, emociones negativas. Si por el contrario, el individuo expresa insatisfacción con su vida, y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes negativas, su bienestar psicológico se considera bajo. Hay que tener presente que, normalmente, la gente informa la mayor parte del tiempo de niveles de afecto positivo (Diener y Diener, 1996). Por eso cuando se habla de causas posibles del bienestar psicológico, se habla de factores que hacen a unas personas más felices que otras (Diener y Lucas, 2000).

En este sentido, al principio la literatura adoptó la visión del bienestar como un continuo bipolar, en el que el bienestar se ubicaba en un extremo y el malestar en el extremo opuesto (Lloret y González-Romá, 1994). Sin embargo, esta visión cambió con el tiempo y se pasó a defender un enfoque bidimensional (Cifre, 1999). Así pues, existen dos dimensiones ortogonales, en una se ubica el bienestar y en otra el malestar. Esto implica que aquellas personas caracterizadas por el bienestar también pueden experimentar, en ocasiones, malestar. Esto es algo que destaca el Modelo Vitamínico de Warr (1987, 1990), para el que el bienestar psicológico tiene un carácter multidimensional. Igualmente, el Modelo del Estado Completo de Salud de Keyes (2005) también sostiene que la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares que

correlacionan entre sí; por lo que la presencia de salud no garantiza que no exista enfermedad, y a la inversa.

Cabe señalar que existen autores que optan por una consideración más amplia del bienestar (Ryff, 1989, 1995). Así, para Chamberlain (1988) el análisis de la estructura del bienestar psicológico se debería hacer atendiendo a cuatro ejes: afectivo-cognitivo; positivo-negativo; frecuencia-intensidad; externo-interno.

Por su parte, Seligman, en una primera aproximación a la 'auténtica' felicidad (2002), la descompone en tres elementos: la emoción positiva (lo que sentimos); la entrega (que se basa en el fluir); y el sentido (que consiste en otorgar un propósito). Más adelante (2011), subsume la felicidad -al entenderla, consideramos que de manera incorrecta, como satisfacción- dentro del bienestar, y propone una teoría sobre éste en la que lo operativiza en cinco elementos, que suelen buscarse por su valor intrínseco: a) la emoción positiva o la vida placentera (se trata de un elemento hedónico, en el que se incluyen la felicidad y la satisfacción con la vida); b) la entrega; c) el sentido (pertenecer a y estar al servicio de algo que uno considera más importante que el yo); d) las relaciones positivas; y e) los logros (las consecuciones).

Fredrickson (2001) sugiere, en su teoría de la ampliación y construcción, que los componentes hedónicos y eudaimónicos del bienestar están relacionados. En este sentido se plantea que las emociones positivas -del componente hedónico- amplían la atención y la acción de las personas -componente eudaimónico. Parece claro que la tendencia es a concebir el bienestar como una estructura multidimensional, que integra tanto a elementos hedónicos como eudaimónicos (Peiró et al., 2014).

Sobre este constructo se han elaborado diferentes modelos teóricos, desde distintos ámbitos (Castro, 2009; Diener, 1994; Diener y Biswas-Diener, 2000; González, 2004). Ormel et al. (1999) los clasifican a lo largo de dos dimensiones:

- a) Teorías telic vs. teorías autotelic. La diferencia fundamental entre las teorías telic y autotelic está en el lugar donde colocan las fuentes del bienestar.

En las teorías telic el logro de los estados finales deseados es la fuente del bienestar. Existen dos posturas diferenciadas: que los estados finales se refieren a unas pocas necesidades universales comunes (Maslow, 1954; Murray, 1938) o que haya muchas metas personales para elegir (Allport, 1961; Michalos, 1980).

En las teorías autotelic el proceso de actividades y experiencias es la fuente, es decir, el movimiento hacia un punto final más que el punto final en sí mismo (Carver, Lawrence, y Scheier, 1996; Csikszentmihalyi, 1975, 1990; Kasser y Ryan, 1996; Palys y Little, 1983; entre otros).

b) Aproximaciones abajo-arriba vs. aproximaciones arriba-abajo, que surgen ante la incertidumbre acerca de qué variables son antecedentes y cuáles consecuentes del bienestar psicológico (Wilson, 1967). Esta dimensión distingue entre el significado atribuido a circunstancias/experiencias de vida cambiantes y las características estables de la persona (Brief et al., 1993; Diener, 1984; Ormel et al., 1999).

Las teorías de abajo-arriba (*bottom-up*) se centran en identificar qué necesidades o factores externos al sujeto afectan a su bienestar, estando éste relacionado, directamente, con la ratio experiencias positivas-negativas. Aquí las variables comúnmente tratadas en los estudios sobre la satisfacción (acontecimientos del ciclo vital, áreas vitales, estándares de referencia, expectativas, aspiraciones, etc.) son las responsables de la satisfacción con la vida como un todo (Castro y Sánchez, 2000).

La perspectiva teórica arriba-abajo (*top-down*) está interesada en descubrir los factores internos que determinan cómo la persona percibe sus circunstancias vitales, independientemente de cómo sean éstas objetivamente, y de qué modo dichos factores afectan a los juicios o valoraciones que lleva a cabo sobre su felicidad o bienestar personales.

Dentro de esta perspectiva, un aspecto relevante en el bienestar han sido los valores. Aunque su estudio no ha suscitado tanto interés diferentes autores defienden su inclusión (Diener y Fujita, 1995; Csikszentmihalyi, 1997). Los valores están relacionados con el bienestar *“en el sentido de que las personas*

implicadas en actividades dirigidas a conseguir determinados logros tienen más probabilidades de experimentar sentimientos de bienestar” (González, 2004, p. 33). De hecho, se observa, cada vez mejor, que las personas que dan más importancia a los denominados valores intrínsecos (relaciones interpersonales, sentimientos de pertenencia a la comunidad, etc.) en oposición a los extrínsecos (fama, dinero, poder, etc.) (Kasser y Ryan, 1996) muestran una satisfacción vital más elevada (Passer y Ahuvia, 2002; Casas, González, Figuer, y Coender, 2004).

En resumen, en la teoría abajo-arriba el bienestar es un efecto; en las arriba-abajo es causa (Castro y Sánchez, 2000).

Ormel et al. (1999) afirman que las actuales perspectivas indican que todas estas aproximaciones (telic y autotelic, arriba-abajo y abajo-arriba) son pertinentes en la vida cotidiana. Los individuos eligen entre sus recursos disponibles para producir metas y, en último término, bienestar.

1.3. DE LA SALUD

Uno de los factores clave en la Felicidad es la Salud (Dalai Lama y Cutler, 2003), teniendo una notable incidencia sobre la misma (Seligman, 2002); si bien la causalidad entre ambas es bidireccional (Ahn y Mochón, 2010). Se trata de la variable que presenta los coeficientes de correlación más elevados con la felicidad (Ahn y Mochón, 2010). Si tomamos como referencia los Barómetros del CIS, observamos que la salud es una de las fuentes de satisfacción más significativa para los españoles. Como ya hemos indicado, la población española la considera el principal factor para ser feliz -con una media de 9,22 sobre 10- (CIS, 2013a). En los diferentes Barómetros en los que se ha preguntado por este aspecto, la salud siempre ha ocupado el lugar predominante. Así, en 2002, 2003 y 2004 era la primera fuente de satisfacción (para el 42,4%, 42,5% y 41,2% respectivamente). En 2009 se la considera, de nuevo, como el aspecto más importante de nuestras vidas (9,68 sobre 10); al igual que en 2010 (9,64). También en el año 2012, la salud es la cosa más importante en la vida de los españoles (para el 88,9%).

Igualmente, se trata de una de las esferas relevantes en la valoración del bienestar (Cummins, 1996), siendo una de las que más influye en el logro de niveles elevados del mismo (Diener, 1994). En el Foro Económico Mundial de 2014 se ha considerado la salud como un punto crucial. Alcanzar una buena salud es uno de los problemas sociales y económicos más acuciantes en la actualidad. Y, aunque resulte obvio decirlo y sólo se resalte una parte de la ecuación, una población saludable contribuye a una sociedad más feliz (Niituma, 2014).

La salud y el bienestar son dos conceptos íntimamente ligados (Díaz, 2001). Grant, Christianson, y Price (2007) estiman que la salud es más actitudinal y el bienestar más relacional. La diferencia entre ambos, de acuerdo con Vîrgă (2011), radica en el área que cada uno cubre. Así, el término salud se ha venido vinculando más a aspectos concretos relacionados con el ámbito médico, como son los síntomas físicos, fisiológicos y psicológicos; y se la reduce, con demasiada facilidad, a la ausencia de enfermedad. Por su parte, el bienestar es un concepto más amplio, referido al ser humano en su conjunto (Warr, 1987, 1990). Más allá de la salud, el bienestar incluye las experiencias vitales (satisfacción con la vida, alegría, etc.); incluye experiencias generales relacionadas con el contexto (satisfacción con la familia, con el trabajo, logro, etc.), así como dimensiones más específicas (satisfacción con los amigos, con los compañeros o con la paga). En este sentido, desde el bienestar se ‘amplifican’ los factores a considerar, en relación con el ser humano. Por otro lado, la salud es un recurso en el día a día, más que un objetivo vital.

Por su parte, la relación entre salud y calidad de vida también es estrecha. En este sentido, la OMS (1995, p. 1405) define a la calidad de vida como

la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Ahora bien, el continuo cuestionamiento, reinterpretación y ampliación que ha sufrido el concepto de salud nos ofrece la posibilidad de considerar, desde esta perspectiva, a la felicidad y al bienestar en toda su complejidad, incorporando su dimensión psicológica y social. Y nos ha abierto la puerta a la mejora del ser humano (Bouché, 2004).

Un importante paso en este sentido se dio tras la formulación del concepto realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Declaración de Alma-Ata, 1978) que propuso conceptualizarla como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”*. Si bien esta perspectiva ha sido calificada de absoluta, estática y utópica, y presenta algunas objeciones (De la Villa, 2008; Gómez, 1997; MacIntosh, MacLean, y Burns, 2007); entre otras que supone una declaración de principios más que un objetivo alcanzable, que establece una relación necesaria entre bienestar y salud que no se corresponde en la realidad, a parte de ser una definición estática en exceso. Sin embargo, nos ha ayudado a acabar con el reduccionismo que había supuesto la consideración de la salud como la ausencia de enfermedad. En su haber, también, definir la salud en términos positivos, incluir lo psicosocial y propiciar la interprofesionalidad (León y Jarana, 1992). Por otro lado, esta definición amplía la forma de entender la salud, e introduce más planos que el meramente físico, permitiendo comprender al ser humano en su globalidad y en relación con su entorno.

Es una idea de salud que se interpreta desde la normalidad utópica (Lluch, 1999), relacionándose con las corrientes psicológicas humanistas que la relacionan a conceptos como *potencial de crecimiento* (Rogers), *autoactualización* (Maslow), o *personalidad madura* (Allport), como metas del desarrollo personal. Se trata, más bien, de una tendencia hacia una situación deseable u óptima, de una concepción ideal que se persigue como objetivo. Por otro lado, incorpora la subjetividad del individuo en la valoración de su salud completa (García, 1998; Lluch, 1999).

Este cambio en la visión de la salud tiene que ver con el surgimiento y la consolidación del modelo biopsicosocial en el campo de la salud, lo que ha favorecido un acercamiento más holístico a la misma.

Básicamente, dos son los modelos de salud que mayor repercusión han tenido en la Modernidad: el modelo biomédico y el biopsicosocial. El primero ha determinado el área de la salud hasta mediados del siglo XX. Su foco principal es la salud entendida como ausencia de enfermedad o daño. Este modelo, aunque continúa extendido, se encuentra, actualmente, sobrepasado; la principal razón es su insuficiencia para explicar los problemas relacionados con la salud y la enfermedad. El hecho de que se reconociera el importante papel de diferentes factores psicológicos y sociales sobre la salud (León, 2000), obligó a pensar ésta desde nuevas perspectivas que aborasen el tema de forma más comprehensiva. Así pues, el modelo biomédico se ha visto rebasado por el modelo biopsicosocial de Engel (1977), que constituye un acercamiento más comprehensivo a la salud.

Igualmente ha ocurrido dentro de la psicología, donde el modelo tradicional de la psicología clínica se ha visto superado por el de la psicología de la salud (Vallejo, 1988). Así, la atención exclusiva a los trastornos emocionales se ha visto superada por la ampliación hacia las enfermedades 'físicas' no genuinamente psicológicas ni psiquiátricas (por ejemplo, dolor crónico, trastornos cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, entre otros). Y la actividad del psicólogo ha pasado a desempeñarse integrada en equipos multidisciplinarios, cuyo objeto es la salud en sus diferentes vertientes.

El modelo biopsicosocial incluye factores tanto físicos como psicológicos y sociales, no sólo evitando la enfermedad sino también fomentando la adaptación y crecimiento de varios roles y entornos (Tetrick, 2002). Este modelo se enmarca dentro de la Teoría General de Sistemas (Traid et al., 2005), por lo que su acercamiento a la salud es más completo que el del modelo biomédico. Desde este marco, la salud es entendida desde la perspectiva holística del bienestar individual y social, y de la calidad de vida. En este sentido, adopta el esquema integral biopsicosocial de las tres vertientes en que la vida se

presenta (García, 1998): lo biológico-orgánico, lo psicológico-afectivo y lo conductual-de interacción social. La salud no es sólo una meta u objetivo a conseguir, es también una fuente de riqueza en la vida cotidiana que acentúa los recursos sociales y personales, y las aptitudes físicas (OMS, 1986). Implica un proceso de desarrollo, dinámico y cambiante, de responsabilidad individual y social, de todas las potencialidades y capacidades de los seres vivos, dirigido de forma activa y voluntaria hacia la realización de los individuos, grupos y comunidades; se destaca, frente a lo patológico y lo individual, los recursos activos de la propia comunidad y del individuo en la promoción de su calidad de vida (García, 1998; León, 2000).

Así pues, las principales características del paradigma biopsicosocial son, de acuerdo con García (1998): a) considerar la salud como un proceso, en el que la salud ha de ser entendida de forma positiva, como vía para el desarrollo máximo de las capacidades actuales y potenciales de los seres humanos; b) la necesidad de “socializar” la salud y su intervención, pues la salud ya no es un hecho individual de desajuste biológico sino un proceso de cambio de seres humanos y organizaciones, influido e influyente sobre las condiciones socioambientales; c) la generación de una visión activa del ‘ser’ (sujeto-institución-sistema) como promotor de su adecuado funcionamiento; d) la consideración de la salud desde presupuestos sistémicos.

En esta línea, León y Jarana (1992, pp. 18-19) apuestan por la definición de Salleras que habla de la salud como *“el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”*. La OMS, en la Declaración de Ottawa sobre promoción de la salud (1986, p. 4) destaca que *“la salud la crean y la viven las personas durante las distintas situaciones de su vida diaria; allí donde aprenden, trabajan, juegan y aman”*.

Se hace patente la necesidad de dirigir la acción no sólo al ser humano sino también hacia la interacción con el entorno (Perea, 2004a; Gorri, 2000; Valdés, 1991). Así, Hernán San Martín et al. (1988) definen la salud como el grado de interacción de la

persona con su medio. En forma similar se expresa la Oficina Regional para Europa (1986) que entiende la salud como *“la capacidad de realización personal y de responder positivamente a los retos del ambiente”*. Laín (1984) y Rojas (1998) plantean que la salud está al servicio de los proyectos vitales de la persona, y que es desde éstos desde donde ha de valorarse aquélla. La interacción del ser humano con el medio se considera como elemento fundamental para permanecer en salud. La salud no sólo proviene del patrimonio genético, sino más bien de las reacciones de nuestro equipo biológico frente a los estímulos múltiples y diversos del ambiente ecológico social que, simultáneamente, es físico, biológico, psicológico, social, y cultural (Hernán San Martín et al., 1988).

El cambio producido en el campo de la salud con el surgimiento y consolidación del modelo biopsicosocial, y de su promoción a través del constructo de calidad de vida, ha repercutido también en la perspectiva psicológica. Si, anteriormente, comentábamos el surgimiento del constructo bienestar psicológico -como la subjetivación de la calidad de vida-, en este caso nos encontramos con la concreción de lo que se ha venido en denominar Psicología Positiva (Csikszentmihalyi, 2000; Myers y Diener, 1995; Seligman, 1998).

Diferentes autores (Myers, y Diener, 1995; Salanova et al., 2003; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vázquez et al., 2009), postulan que, tradicionalmente, la psicología se ha focalizado en la enfermedad, lo que la ha llevado a descuidar los aspectos positivos, tales como el bienestar, la alegría, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, y la felicidad, ignorándose los beneficios que éstos presentan para las personas. Se entiende que la Psicología no puede enfocarse sólo sobre el dolor, las deficiencias o los síntomas negativos, sino que también tiene que trabajar por la mejora del ser humano, por desarrollar sus competencias y fortalezas (Díaz et al., 2007). Los estados positivos tienen una influencia en la aparición de enfermedades y problemas físicos, y también en su recuperación (Vázquez et al., 2009).

El objetivo de esta positivización de la psicología es investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas, y los efectos que éstas tienen en las vidas de las personas

y en las sociedades en que viven. En el nivel individual, indaga en aspectos como la capacidad para el amor y la vocación, el valor, las habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón, la originalidad, la espiritualidad, el talento, o la sabiduría, entre otros. En el nivel social explora las virtudes ciudadanas y las instituciones que instan a los individuos a ser mejores ciudadanos: la responsabilidad, el altruismo, la civilidad, la tolerancia, o el trabajo ético, entre otras. Seligman y Csikszentmihalyi (2000) subrayan que la misión de esta orientación es entender y fomentar los factores que permiten a las personas, comunidades y sociedades prosperar. Las raíces de esta perspectiva son variadas, guardando relación con otras aportaciones previas -en su mayoría provenientes del humanismo-, como pueden ser la *autoactualización* de Maslow (1954), el *funcionamiento pleno* de Rogers (1963), o el *sentido de coherencia* de Antonovsky (1993).

Desde esta perspectiva positiva Seligman (2011) entiende que la salud mental positiva

es una presencia: la presencia de la emoción positiva, la presencia de la entrega, la presencia de encontrarle sentido a la vida, la presencia de las buenas relaciones y la presencia de los logros. Un estado mental sano no se limita a no tener trastornos, sino que implica la presencia de crecimiento personal (p. 216).

Lo visto hasta aquí nos señala que el desarrollo de la salud implica potenciar al ser humano en todos sus ambientes y niveles (García, 1998; Gorri, 2000; Hernán San Martín et al., 1988; León, 2000; Perea, 2004; Tetrick, 2002). Esto conlleva que tanto la sociedad -como sistema general- como las diferentes estructuras que la conforman -como subsistemas- se han de implicar para la consecución de la salud de sus miembros y, por ende, de su bienestar y felicidad. Y la evidencia de que la consecución de la salud óptima pasa tanto por analizar las causas del malestar como del bienestar.

El logro de la salud requiere la integración de la sociedad y el ser humano. Desde este punto de vista, se entiende la salud como *“el conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades*

en armonía y relación con su propio entorno” (Perea, 1985, p.15). A parte de una actitud positiva se precisan bienes y recursos del ambiente para lograr el bienestar; es decir, combinar lo que la persona hace y lo que puede hacer (Valdés, 1991). Esto implica la obligación de las diferentes instituciones de ofrecer a los ciudadanos los recursos para alcanzar un funcionamiento óptimo en los distintos ámbitos de la vida.

Como escribe Mira (1990, p. 9):

hoy en día se reconoce generalmente que los factores psicológicos y conductas que comportan una carga emocional (amar, tocar, cuidar, compartir, etc.) tienen una gran importancia e influencia sobre la salud. Más aún, la salud no es un problema individual, sino de toda una sociedad (...); para estar sanos debemos establecer una relación armónica con nuestro entorno, fundamentalmente con los otros seres humanos. Esta biodanza o constante renovación de nuestro cuerpo a partir del mundo exterior contradice la noción de fronteras aplicada a nuestro cuerpo.

En esta evolución, atendiendo a las indicaciones de Contrada (1995), se pueden resaltar algunos aspectos centrales:

- a) el ser humano ha pasado a ser visto como un ser activo, que consigue su salud a través de la formulación y evaluación de estrategias de afrontamiento ante las amenazas a su salud, junto con la potenciación de los factores positivos;
- b) el contexto socio-cultural va teniendo cada vez más importancia; sus demandas, constricciones y fuentes constituyen las amenazas a la salud a las que los seres humanos debemos enfrentarnos, pero también ofrece posibilidades para la salud que debemos favorecer; además, incide sobre el punto de vista de la persona y sobre los posibles cursos de acción disponibles;
- c) el gran potencial de interacciones a través de los tres niveles de análisis (individual, social y biológico).

Pero los cambios habidos sobre la forma de entender la salud no quedan ahí. A partir de la Conferencia de la OMS celebrada en Ottawa en 1986 se consolida el movimiento internacional New Public Health. Este movimiento defiende la idea, ya

indicada, de que la salud es un estado de bienestar, resultado de la triple perspectiva sociológica, ecológica y biomédica; pero, además, hace extensivo el concepto de salud no sólo a los individuos particulares, sino también a las comunidades y a los contextos naturales, acentuando la importancia de la dimensión preventiva (Unesco, 2004). Con esta nueva visión, holística e integral, la salud de las personas, de las comunidades y del entorno natural son considerados interdependientes entre sí (Murga, 2004), siendo los elementos básicos de la perspectiva de la New Public Health (OMS, 1986). Y, posteriormente (OMS, 1996), en la II Conferencia Latinoamericana de Promoción y Educación para la Salud se planteó que, a las condiciones necesarias para la salud citadas en la Carta de Ottawa, habría que añadir otras. Entre las mismas destacan el respeto a la dignidad de los seres humanos, la valoración de su inteligencia, de sus competencias y de su potencial para contribuir al bien común. También se indica la importancia de eliminar cualquier forma de discriminación y la elección individual de los estilos de vida; así como el derecho a vivir en un mundo libre de violencia y contaminación ambiental, con acceso a un trabajo productivo, en el que se dé la posibilidad de que los seres humanos creen y decidan.

Esto nos lleva a plantear factores de diversa índole (económica, educativa, política, ambiental, sanitaria, social, entre otros) como condicionantes de la salud, y por ende del bienestar y de la felicidad, de los seres humanos. Dos serían las grandes dimensiones que afectan a la salud: el estilo de vida (que recoge nuestras actitudes, valores y conductas en diferentes áreas), que está íntimamente ligado a los valores, a las prioridades y a las posibilidades culturales, sociales y económicas; y las condiciones de vida (que abarca tanto el ambiente social y físico como el cultural que afectan a la vida de las personas) (Limón, 2004). Entre ambas existe una estrecha interacción; de hecho, el estilo de vida no es algo que pueda ser modificado voluntariamente, sino que se ve limitado por el medio social y cultural, y por los medios económicos.

Así, la salud individual se considera el resultado de una dinámica intersistémica multidimensional entre cinco elementos principales (Murga, 2004): un componente físico, de carácter biológico; una dimensión ética; un componente emocional, la habilidad

para reconocer y expresar sentimientos y necesidades; un componente intelectual, la habilidad para aprender, pensar con claridad, tomar decisiones racionales y actuar de acuerdo con ellas; y un factor socializador.

La salud de la comunidad también se considera resultado de la interrelación de esos mismos cinco factores, en su manifestación social: una dimensión ética, a través de los valores sociales, las creencias, la moral; el componente físico, como infraestructuras; el componente intelectual, sistema educativo y sistema de toma de decisiones; el componente social, las relaciones sociales, ayuda, bienestar, patrones culturales, económicos y políticos; el componente emocional, la sensibilidad social, las emociones y sentimientos de identidad y pertenencia.

Para concluir este apartado, señalar que toda actuación cuyo objetivo sea la mejora de la salud se caracteriza por facilitar los recursos o medios sociales básicos para la vida diaria. Su promoción es un proceso que permite a una comunidad

identificar y realizar sus aspiraciones vitales, satisfacer sus necesidades, adaptarse al Medio Ambiente, y en definitiva incrementar los medios de control individuales y colectivos sobre su propia Salud (=Vida) para mejorarla (...). La Promoción de Salud intentaría que los factores políticos, económicos, sociales/culturales, ambientales, comportamentales y biológicos sean recursos controlables (por tanto, accesibles) y favorables para conseguir tal objetivo” (García, 1998, p. 274).

De esta forma se entiende que la salud del individuo es la salud de su comunidad; y que el medio influye y determina la salud del individuo, y viceversa. De esta forma, el logro de la salud y el desarrollo pleno del ser humano pasa, desde esta concepción interaccionista-sistémica, por el de su comunidad, y viceversa. Así, en la medida en que el contexto ayude al ser humano a desarrollar sus potencialidades, aumentara la salud (y la calidad de vida) de ambos sistemas.

1.4. ... Y DEL MALESTAR

Como contrapunto a todo este discurso, cobra sentido considerar la presencia del malestar en nuestra civilización. Ya hemos señalado que malestar y bienestar se entienden, cada vez más, como dos dimensiones ortogonales, más que como polos de una única dimensión; pudiendo existir seres humanos felices que experimenten niveles de malestar y, a la inversa, infelices que experimenten niveles de bienestar. Señala, sin embargo, Munné (1995) que, más que una dicotomía, el bienestar y el malestar pertenecen a un mundo impregnado de borrosidad, por lo que se trata de conceptos esencialmente borrosos.

El malestar es un componente estructural en nuestra sociedad, y también en el ser humano, que nos muestra las imposibilidades del bienestar (Cerdeira y Díaz, 1988). Además, su contemplación nos permite extraer la parte de impostura que existe detrás de muchos discursos postmodernos sobre el bienestar. La primera, y tal vez la mayor, es que el interés por el bienestar y la solidaridad ha sido tal que se ha dejado de lado el problema de la justicia, del bien común y de la dignidad de los seres humanos (Morales, 2011), lo que nos ha llevado a la creación de individuos y a la pérdida de ciudadanos. Todo se ha focalizado en el bien-estar, y se ha abandonado el bien-ser. Por otro lado, el propio análisis de la enfermedad nos la muestra como una potenciadora de recursos:

Si la salud es vida, la enfermedad no lo es menos; si la salud nos permite hacer cosas, de la enfermedad aprendemos; si la salud es acción, la enfermedad es reflexión; si la salud, cercanía, la enfermedad, perspectiva; si la salud, olvido, la enfermedad es recuerdo; si la salud es arrogancia, la enfermedad es humildad; si la salud nos acerca a la felicidad y nos endiosa, la enfermedad nos acerca a la comprensión del ser humano y al sentido de la vida" (Pascual y Ballester, 1997, XVII).

El hecho de que hayamos avanzado sustancialmente en la mejora de nuestras condiciones de vida no es óbice para que a nuestra sociedad se la denomine sociedad del malestar (Araya, 2009; Castillo, 2001; Han, 2014; Morales, 2011; Royo, 2002; Urreiztieta,

2004), sociedad del cansancio (Han, 2012), o sociedad global del riesgo (Beck, 2002), entre otras. De hecho, en la mitad del siglo XX vivíamos en la era de la ansiedad; y en fechas más recientes lo hicimos en la era de la depresión; para, en el momento actual, encontrarnos en una época en la que los dos trastornos conviven (Avia y Vázquez, 1998).

Señala Rojas (1998, p. 256) que *“la felicidad se halla al encontrar lo que nos satisface, aquello que nos llena y vuelve plenos”* y que *“la infelicidad no se da en la persona que está absorbida por una actividad que la embarga”*; aspectos que corrobora Csikszentmihalyi (1996) cuando nos habla del *fluir*. Sin embargo, ambas máximas resultan difíciles de cumplir en una sociedad como la actual; una sociedad preñada de un individualismo 'positivo', envuelta por la metafísica del credo estadounidense, por la doctrina del utilitarismo, y por la ideología neoliberal propia de la sociedad del bienestar y del capitalismo hiperconsumista (Cabanas y Sánchez, 2012). Hemos construido una sociedad en la que la felicidad se iguala a consumo, a la búsqueda de lo agradable y a la distracción (Lipovetsky, 2007; Román y Montero, 2013). Y la obsesión por conseguir lo que no se tiene nos lleva a perder el placer con el presente, viviendo atrapados por un sistema de expectativas al alza (Csikszentmihalyi, 1996). Ni qué decir que, en este contexto, las infelicidades en las que vivimos son muchas y variadas (Russell, 2005).

En su forma más básica, el malestar surge con la imposibilidad de satisfacer un deseo (incluso de reconocerlo como tal). La economía del bienestar, impregnada de una concepción utilitarista del valor (Román y Montero, 2013; Valdés, 1991), estima que la situación de las personas será mejor cuanto menor número de deseos insatisfechos se tengan, y cuanto más fácilmente se pueda acceder a bienes materiales. Desde esta posición utilitarista sólo se da valor a los deseos satisfechos o al placer obtenido por ello. No en vano estamos en una época en la que predomina el bienestar hedónico (Culbertson, Fullagar, y Mills, 2010).

La privación de alguna satisfacción normal lleva a que se la valore por encima de las demás, y que se encauce toda la vida en una única dirección, dando excesiva importancia a su logro y ninguna a las actividades relacionadas con él (Cerdeira y Díaz, 1988; Russell,

2005). Desde esta perspectiva, todo proyecto de bienestar parte de la dialéctica necesidad-deseo, que intenta evitar toda referencia a la ética, al malestar y a sus consecuencias, transformándose en un proyecto superyoico, humillante y engañoso (Cerdeira y Díaz, 1988). Psicopatologizamos la vida cotidiana para intentar desproblematizarla después (De la Villa, 2008), creando tal nivel de exigencia que es imposible que haya ningún ser humano realmente sano, totalmente integrado. En este sentido, la banalización que entrañan ciertas posturas desde el bienestar positivo conlleva la pérdida del sentido reflexivo y trascendente de las cosas (véanse posturas como el happyshifting, o el optimalismo, entre otras). Asistimos

a la expansión del mercado del alma (...), mientras proliferan las farmacopeas de la felicidad (...), la cuestión de la felicidad interior vuelve a estar sobre el tapete, convirtiéndose en un segmento comercial, en un objeto de marketing que el hiperconsumidor quiere tener a mano, sin esfuerzo, enseguida y por todos los medios (Lipovetsky, 2007, p. 11).

Analizando los posibles factores de este malestar -moderno y postmoderno- nos encontramos que existen tanto externos (del contexto) como internos (del ser humano).

Por un lado, la globalización -influenciada por los ideales y valores capitalistas- se extiende por todo el orbe. Ahora bien, no se trata de la globalización prometida (Stiglitz, 2002), si no de un *globalismo* neoliberal (Beck, 1998) que sólo ha promovido la vertiente económica, ninguneando la globalización del resto de vertientes (ecológica, cultural, social, política, entre otras). Este globalismo pretende que el Estado, la sociedad, la cultura, la política sean tratados como una empresa (Urreiztieta, 2004), que el casi quede todo supeditado a la economía (Lipovetsky, 2007).

El resultado está siendo el desmantelamiento del escaso Estado del Bienestar alcanzado, junto a la pérdida de la soberanía de los Estados y de los ciudadanos frente a las grandes corporaciones y al capital (véanse, en este sentido, los diferentes tratados de comercio e inversión que se están firmando). Además, las frías estadísticas nos muestran que los ricos son más ricos y los pobres más pobres (Castillo, 2001; Eurofound, 2013a,

2013b, 2013c; Intermón Oxfam, 2014; Tadas, 2012). El reparto de los inmensos bienes creados en este mundo globalizado, que hubieran podido ayudar a limar las desigualdades sociales (dentro de y entre los países -Eurofound, 2013c-), no se ha producido; al contrario, se da una acumulación de riquezas en manos de muy pocos. Así, casi la mitad de la riqueza mundial está en manos de un 1%; los 85 individuos más ricos del mundo poseen la misma riqueza que la mitad más pobre de la población mundial; y, en España, los 20 más ricos igualan los ingresos del 20% más pobre; el 10% de la población mundial acapara el 86% de los recursos del planeta, frente al 70% más pobre que sólo posee un 3% (Intermón Oxfam, 2014). Por otro lado, mientras la riqueza de muchas naciones industrializadas ha crecido de manera casi exponencial en las últimas décadas, su transferencia en aumento de la felicidad de su población (Diener y Seligman, 2004), o en la construcción de un mundo más justo e igualitario no ha mejorado sustancialmente. Esto cuestiona el significado y alcance del utópico Estado del Bienestar que hemos estado construyendo y que, supuestamente, queríamos exportar a todo el mundo.

En nuestro contexto, entre 2003 y 2012 creció el número de hogares europeos con dificultades económicas, así como el número de personas con dificultades para llegar a fin de mes, aumentando las diferencias en el bienestar subjetivo en función del nivel de ingresos (Eurofound, 2013b). En la Unión Europea, la satisfacción con la vida de los que llegan fácil a final de mes era de 7,7 en 2009, mientras que la satisfacción de los que les resultaba difícil era de 4,9 (Eurofound, 2010); en España, se ha pasado de una satisfacción del 6,9 (2003) al 6,6 (2009) (Eurofound, 2010). En la Unión Europea, cada vez hay más personas con dificultades para llegar a final de mes (en 2007 era un 38% y en 2009 un 45%); casi una de cada cinco personas (19 %) declara tener que retrasar pagos formales o informales (Tadas, 2012). Por su parte, el índice de GINI –indicador de las desigualdades– ha crecido; sin embargo, el PIB per cápita en la Unión Europea en conjunto permaneció casi invariable entre 2007 y 2012 (Tadas, 2012). Esto se traslada en la percepción de tensiones sociales; así, la proporción de europeos que declara que existe mucha tensión entre ricos y pobres pasó del 30% en 2007 al 36% en 2012 (Tadas, 2012). La calidad de la salud varía entre países de la Unión Europea y dentro de los

propios países; así, las personas que se encuentran en el cuartil más alto de ingresos evalúan su salud con una media de 7,8 (sobre 10), mientras que los que están en el cuartil inferior la evalúan con un 6,7; y, aunque el número de personas con mala salud descende, el porcentaje aumenta en los cuartiles con menos ingresos económicos; por su parte, las diferencias en la calidad de la salud mental varían entre países, desde los 70 puntos (sobre 100) de Dinamarca y los 56 de Letonia (Eurofound, 2013c).

Como indica Reich (2002), en el último cuarto del siglo XX la economía mundial creció al ritmo de un 2,3% anual; sin embargo, la distancia entre los países más ricos y los más pobres ha aumentado 10 veces. Y el 75% de la población carece de lo mínimo indispensable para una supervivencia digna (Royo, 2002).

Nos encontramos ante la paradoja de que un modelo de estado, de economía y de estilo de vida 'vendidos' como panaceas del bienestar general están generando la exclusión de esa posibilidad de bienestar -incluso de las mínimas condiciones de vida- a millones de personas ... sin que el resto, aparentemente, nos inmutemos, inmersos en nuestra vorágine hiperconsumista. En el pasado, cuando no existían los recursos para asegurar una mínima calidad de vida a toda la población, estos desequilibrios podían ser obviados (primero había que cubrir las necesidades básicas propias). Pero en la actualidad esos recursos existen, incluso se destruyen por su sobreexceso (para mantener precios, beneficios o competitividad), por lo que se condena a millones de personas a una pobreza gratuita. Evidentemente, esta discriminación ya no puede obviarse, ni tampoco justificarse, sin realizar un análisis profundo del sistema global y de las personas que lo conformamos.

Resulta oportuno recuperar las reflexiones de Llano (1988), el cual nos presentaba la paradoja que supone que el Estado del Bienestar sea incapaz de otorgar la felicidad civil que promete. El motivo principal radica en que en sus prestaciones no reside el bienestar que los ciudadanos buscan. Y esto se debe a que, en ese estado, se ha eliminado el sentido global de la vida, su finalidad, la que según los clásicos nos permite

acercarnos a la felicidad eudaimónica. Como ya hemos señalado, la oferta se reduce a una felicidad estadística, regulada por indicadores de bienestar y calidad de vida.

Por otra parte, estamos viviendo un periodo de grandes cambios, de una nueva reorganización del espacio y el tiempo (Bauman, 2013; Urreiztieta, 2004; Lipovetsky, 2007). Nuestras certezas y estabilidad se tambalean fruto de la velocidad y amplitud de los cambios que se están produciendo, de la teogonía globalizada, de la sociedad de mercado arregularizada, del culto a la individualidad autonómica, de la superficialidad consumista, de la emergencia de la sociedad del riesgo, de los procesos de ruptura con las tradiciones y de innovación constante (Bauman, 2001; Ferrer, 2007; Lipovetsky, 2007; Román y Montero, 2013). Por lo que nuestra realidad actual se presenta incoherente, fluida y elusiva (Urreiztieta, 2004). Estamos inmersos en una *Modernidad Líquida* (Bauman, 2013) trufada de infinitos comienzos.

De esta forma, como apunta Csikszentmihalyi (1996), junto a la amenaza de los deseos insatisfechos que hacen que nuestra atención se disperse, se suma la impotencia de no poder controlar las fuerzas aleatorias en las que estamos inmersos. Como medida defensiva frente a esa metamorfosis, disponemos de un modelo de sociedad y de cultura que nos protege (el *Globalismo capitalista de hiperconsumo*), que nos ofrece una serie de pautas y metas que nos permiten reducir nuestra incertidumbre, a la vez que nos seda a través de la consecución de bienestares efímeros. Pero cuando ese modelo empieza a resquebrajarse, cuando los valores que supuestamente representa se muestran tal y como son y pasan a ser cuestionados, cuando se percibe que su interés es únicamente económico y que ningunea lo comunitario y lo ecológico, los seres humanos nos vemos, de nuevo, abocados a una situación de ansiedad, de apatía o de ira. Y, junto al cuestionamiento de ese modelo, surge la semilla de la duda ante la incapacidad de la ciencia y de la tecnología para asegurarnos el orden y la felicidad deseados; lo que nos aboca a una nueva época de angustia vital.

Los principales síntomas del malestar aparecen cuando no somos capaces de interpretar la situación y tomar una decisión. Cuando no estamos seguros de lo que

pasará ni de cómo comportarnos. O cuando la decisión surge fruto de la ira. Es la crisis; y en ella *“la vida se desvanece, se vacía y pierde sentido”* (Rojas, 1998, p. 340). Como expone Krishnamurti (1975, p. 23) *“nuestra búsqueda es siempre la de un estado mental en el que no haya perturbación alguna, en el que ya no haya lucha sino completa satisfacción”*; nuestro descontento surge de esta búsqueda de satisfacción permanente sin darnos cuenta de que no puede existir ese tipo de seguridad. A mayor seguridad mayor clausura del sistema; por lo que a mayor búsqueda de satisfacción mayor conflicto. Se trata de un miedo a ser, un sentimiento de que la vida carece de sentido y que nuestra existencia no merece la pena (Csikszentmihalyi, 1996). A esta sintomatología Bauman (2001) la llama desfundación del ser. Para Bauman la impotencia y la inadecuación son las principales caras del malestar posmoderno, un malestar complejo.

En esta encrucijada, el Globalismo capitalista de hiperconsumo busca reinventarse y nos ofrece una nueva tendencia de poder y de control: la auto-explotación socializada, lograda a través de la individualización hedonista y positiva; que conlleva la instauración de una nueva sociedad en la que prima el auto-control y la auto-responsabilidad del individuo, y en la que se justifica la fractura social a nivel planetario vía la incapacidad de ese individuo para ser 'lo que se espera que sea', pero sin los medios para conseguirlo. En esta alternativa la figura del controlador externo (supervisor, maestro, policía, político, juez, ...) se difumina (Bauman, 2015) y el individuo pasa a ser, a la vez, su propio auto-controlador y auto-explotador. Muchas de las superficialidades del bienestar positivo se alinean aquí, ofreciéndose como botiquines de auto-ayuda para el logro de una felicidad hedonista.

En este mundo se nos presiona para realizarnos, para 'ser alguien' con valor, lo que nos conduce a una competencia feroz (en muchos casos con nosotros mismos y con nuestro yo ideal). Nos vemos en la obligación de informarnos, de tomar iniciativas que nos auto-satisfagan, de sentirnos orgullosos de nuestras elecciones, de hiper responsabilizarnos de ellas (Román y Montero, 2013). Hemos de decidir cómo queremos ser al día siguiente en un contexto de cambio continuo, lo que nos genera una angustia permanente fruto de la incertidumbre (Ferrer, 2007); cuando no una ira contenida ante

la constatación de la falsedad de todo el sistema y de sus promesas incumplidas. Se trata de una inseguridad e inestabilidad creciente en el mundo, que afecta a todas las clases sociales y a las personas de cualquier edad (Standing, 2002). Como indica Urreiztieta (2004, p. 463) crece *“la incertidumbre y ansiedad de 'ser alguien' en un mundo con cada vez menos 'espacio' y 'tiempo' para desarrollarnos con los viejos proyectos de estabilidad, continuidad e identidad”*. En este sentido Russell (2005) indicaba que *toda infelicidad se basa en algún tipo de desintegración o falta de integración; hay desintegración en el yo cuando falla la coordinación entre la mente consciente y la subconsciente; hay falta de integración entre el yo y la sociedad cuando los dos no están unidos por la fuerza de intereses y afectos objetivos. El hombre feliz es el que no sufre ninguno de estos dos fallos de unidad, aquel cuya personalidad no está escindida contra sí misma ni enfrentada al mundo* (p. 206). Para Russell (2005) las pasiones que nos encierran en nosotros mismos y nos hacen infelices son: el miedo, la envidia, el sentimiento de pecado, la autocompasión y la autoadmiraación.

Bauman (2002) subraya que la modernidad ha supuesto *ser incapaz de detenerse y menos aun de quedarse quieto. Nos movemos y estamos obligados a movernos (...) porque no existe posibilidad alguna de encontrar gratificación: el horizonte de la gratificación, la línea de llegada en que el esfuerzo cesa y adviene el momento del reconfortante descanso después de una labor cumplida, se aleja más rápido que el más veloz de los corredores. La completud siempre es futura y los logros pierden su atractivo y su poder gratificador en el mismo instante de su obtención, si no antes. Ser moderno significa estar eternamente un paso delante de uno mismo, en estado de constante transgresión (...); también significa tener una identidad que sólo existe en tanto proyecto inacabado* (p. 34).

Para este autor está colapsando la ilusión de que el camino que transitamos tiene un final, sea éste un estado de perfección, una sociedad buena y justa, o un mundo de transparencia y de completo control del futuro. El sueño de un mundo aséptico, mecánico y clausurado se desmorona. De la mano de la desregulación y privatización de

las tareas y responsabilidades, lo que antes era una tarea propia de toda la especie humana, lograda a través de la acción conjunta de la sociedad -del ciudadano-, ha pasado a ser supeditada al individuo, el cual se haya sometido a la responsabilidad de autoafirmarse. Ya no existe el Gran Hermano que observa; se trata de una concentración sin un poder centralizado (Sennett, 2005), en la que el control ya no es directo, pues se basa en el miedo y la incertidumbre; cada uno de nosotros es responsable de sus propias decisiones y de su propia auto-vigilancia. Esa individualización hace responsables a los agentes de realizar su identidad y de las consecuencias de su desempeño, y convierte en obligación el transformarse en lo que uno es. Tradicionalmente era la *clase* la que determinaba el patrón de vida, el modelo de aculturación; y los que se encontraban en los escalafones más bajos de la sociedad activaban el concepto de *colectivo* para compensar la falta de recursos. Sin embargo, con la modernidad líquida actual, la individualización conduce a los individuos a cargar con la responsabilidad y la necesidad de enfrentar los riesgos y las contradicciones del sistema imperante actual, y de autogenerarse los medios para lograrlo. Así, si nos enfermamos se supone que es porque no hemos aplicado de forma adecuada nuestro programa de salud; si no encontramos trabajo es porque somos vagos o nos falta resolución; si no somos capaces de progresar en la vida es porque no hemos sabido aprovecharnos de nuestras influencias o crear una red de contactos fuerte.

Este hecho de auto-responsabilidad, que supondría una madurez en la evolución de la especie pues implica que el individuo se asume a sí mismo como su propio referente (piedra angular del autoconcepto y de la autoestima), supone, dentro del Globalismo capitalista de hiperconsumo, la liberación hacia la indiferencia. Por un lado, desde fuera, se nos plantea cuál ha de ser nuestra meta vital; y, por otro, se nos priva de los medios, de los recursos creados en la comunidad. No sólo eso, el Globalismo se obceca en destruir los mínimos logros comunes alcanzados, los vínculos débiles creados entre la ciudadanía, para disponer de individuos-isla. Estos individuos, en cuanto seres individualizados, son los principales enemigos de los ciudadanos. El triunfo de este modelo conlleva la lenta eliminación de la ciudadanía (una pugna que actualmente se evidencia a través del surgimiento de importantes movimientos sociales como el 15M, la

primavera árabe, los indignados en Europa, u Occupy Wall Street, entre otros). El ciudadano busca su propio bienestar a través del bienestar de su comunidad (fruto de esta ideología surgen conceptos como bien común, sociedad justa o decrecimiento); mientras el individuo ve con escepticismo y desconfianza estas perspectivas pues entiende que restringen su libertad, respondiendo con pasividad.

En este contexto, Bauman (2002) señala que, si bien la individualización ofrece la posibilidad de una libertad de experimentación sin precedentes, también implica la obligación de responsabilizarse de sus consecuencias. *“El abismo que se abre entre el derecho a la autoafirmación y la capacidad de controlar los mecanismos sociales que la hacen viable o inviable parece alzarse como la mayor contradicción de la modernidad fluida”* (p. 43). Sin embargo, el individuo no tiene a quién culpabilizar de su propia desdicha, sus derrotas son fruto de su propia indolencia, y no lo queda otro camino que volver a intentarlo una y otra vez, con el riesgo de la auto-reprobación y el auto-desprecio fruto de una visión centrada en el rendimiento. El problema radica en que la individualización de la modernidad nos ha convertido en individuos *de jure*, pero no *de facto*; no nos posibilita para tomar el control de nuestro destino. Esta brecha es una fuente de malestar que no puede ser resuelta de forma individual, sino que precisa de una gestión desde el espacio público.

De todo ello emergen los rasgos básicos del malestar posmoderno: incertidumbre, ambigüedad, ansiedad, falta de seguridad, desconfianza, ira, horizonte de vida incierto, angustia dependencia, carencia de control y de predecibilidad (Urreiztieta, 2004). Lo cual es paradójico en un mundo en el que las sociedades democráticas han convertido el vivir mejor en un objetivo central. La gente se declara feliz a pesar de que la tristeza, las tensiones, las depresiones y la ansiedad aumentan de forma alarmante. Se supone que nuestras sociedades son cada vez más ricas, pero aumenta de forma constante el número de personas que viven precariamente o excluidas. Vivimos en un sistema igualitario, pero cada vez son mayores las desigualdades. Se ha logrado un consumo individualizado, pero los ecosistemas se degradan. Hemos alcanzado el deleite de lo momentáneo, a costa de diluir la fe en un futuro mejor. Hemos generado una sociedad

que despierta nuestros deseos -un imperio de lo efímero-, sólo para que se conviertan en unas necesidades que nunca tendremos. Vivimos en una sociedad estratégica e hiperplanificada y nos encontramos inmersos en la nada y la vacuidad. Estamos en un mundo hiperconectado, pero nos sentimos cada vez más aislados e incomprendidos. La medicina salva cada vez más vidas, pero nos vamos convirtiendo en hipocondríacos crónicos. La edad media de vida se prolonga, pero se busca y valora la juventud eterna. Nuestra sociedad es abierta y plural pero carece de un marco que explique el sentido de la vida, y de una jerarquía de valores y principios. Las luchas políticas e ideológicas de los siglos XVIII y XIX se creían superadas, pero volvemos a estar inmersos en conflictos por los recursos y por la religión. Estos aspectos nos convierten en la civilización de la *felicidad paradójica* (Lipovetsky, 2007). En el colmo de nuestro esplendor material, nuestra sociedad vive presa de una multitud de extrañas enfermedades (Csikszentmihalyi, 1996).

Uno de los problemas más graves de la actual crisis es el intento -por parte del Globalismo capitalista de hiperconsumo- de convertir en crisis individual una crisis sistémica. En lugar de cuestionarse a sí mismo, busca diluir las responsabilidades entre los individuos. Como señala Bauman (2001) la individualización que caracteriza a nuestra sociedad actual permite a las instituciones y organizaciones apartar la culpa de ellas y colocarla en la inadecuación del yo. Algo a lo que coadyuva el surgimiento de nuevos gurús 'psi'. Y, junto a ella, se observa otra síntoma: la emergencia de una nueva segregación mundial, caracterizada por nuevas formas de dominación y explotación que agudizan las desigualdades sociales (Bauman, 2001; Urreiztieta, 2004). Otro de los síntomas que emerge es la fragilidad, la fragmentación y la impotencia del ciudadano (Ferrer, 2007), lograda a través de la desregularización, la atomización, y la privatización de las luchas de vida, lo que conlleva la pérdida del sentido de lo colectivo, y a la soledad (Rojas, 1998). La angustia, la depresión y el estrés se convierten en los principales problemas de salud de nuestro tiempo. Otros síntomas son el aumento de la violencia - en todas sus esferas-, de las adicciones y de los trastornos adaptativos (Ferrer, 2007).

Ferrer (2007) sistematiza estos síntomas del malestar en los siguientes:

- Declive de valores e ideales tradicionales, como pueden ser el esfuerzo, el valor del trabajo, la autoridad, el respeto patriarcal, o la idea de una verdad única y absoluta, entre otros. Esto nos ofrece mayor complejidad, pero también nos aboca a una complejidad para la que no estamos preparados aún; hemos de elegir continuamente sin más referencia que nosotros mismos, sin referentes absolutos, y de forma rápida, urgente. No es de extrañar, pues, que la angustia y la ansiedad se hayan cuadruplicado en la última década.
- Cambio de categorías espacio/tiempo, fomentando la aceleración, la fugacidad, y la dispersión, junto a la inmediatez y la cercanía que se logra a través de la innovación tecnológica continuada. Eliminados las esperas, lo que a su vez reduce la tolerancia a la frustración, e influye en las conductas de violencia y de cortocircuito. Esto interfiere en nuestros ritmos circadianos, lo que genera alteraciones del sueño y trastornos de la alimentación. Igualmente, nos conduce hacia una sociedad maníaca, en la que los trastornos de tipo afectivo se han multiplicado por diez, y en la que han surgido los trastornos por hiperactividad y los trastornos por déficit de atención.
- Degradación de los sentimientos morales de culpa y vergüenza, que han sido sustituidos por la desinhibición (véanse los reality shows), y por la angustia por nada o por todo. Esta pérdida de referencias ha generado todo un mercado 'del equilibrio interior' a costa de la cultura del malestar personal.
- Derrumbe de la jerarquía de valores -personales, familiares y sociales-, sustituida por una horizontalidad borrosa, en la que se 'adultiza' del niño y se pierde la edad de la inocencia, y se 'infantiliza' del adulto. Se difuminan las figuras paternas que asumen la función simbólica de la autoridad, lo que repercute en la exacerbación de conductas de reto, violentas e impulsivas. El adulto infantilizado actúa pero no se responsabiliza de sus actos, y se le disculpa por la conversión de su responsabilidad en enfermedad, creando canallas inocentes, psicópatas con cara de sufridor.
- Primacía de lo emocional y del consumo. Se ha pasado de desear lo que necesitamos a necesitar lo que deseamos, y como la oferta es continua la

- insatisfacción también lo es. La lógica que ahora impera es: consumes, luego existes.
- El riesgo como un factor de vida. La pérdida de seguridades en la postmodernidad produce un sentimiento de incertidumbre que progresa hacia el de la angustia, como nuestro síntoma fundamental, y al síndrome de estrés pre-traumático. Siendo el ser humano el único responsable de su cuidado - perdidos el destino, los dioses y el azar por el camino- vive en la angustia permanente de su prevención. Esto hace que aumenten los cuadros fóbicos.
 - La devaluación del saber y del pensamiento, que ha dado paso a un saber instrumental y a la búsqueda de emociones sin más. Este nuevo saber es frágil - véase la proliferación de sabelotodos en las tertulias y en la red, o de manuales de auto-ayuda- y acaba generando desconfianza en las personas. La razón ha dejado paso a una sociedad emocionalizada y espiritualizada, proliferando múltiples esoterismos y orientalismos. Se promueven las grandes concentraciones que fomentan la búsqueda de sensaciones colectivas (por ejemplo, botellones, fútbol, o conciertos), y el espectador reflexivo deja paso al sensitivo: se ha de experimentar. Lo que lleva al ser preventivo e hiperinformado a practicar deportes de riesgo y permeabilizarse a esoterismos, gurús y terapias 'psi'.
 - Cambios en la estructura familiar, que conlleva que se pierdan sus funciones económicas y educativas tradicionales -con sus ventajas e inconvenientes- y se haya pasado a una hiperprotección superficializada que genera personas frágiles e inseguras, criadas al albor de progenitores que resuelven ellos los problemas y las dificultades de su prole.

Seguendo a Rojas (1998), podríamos señalar tres niveles de malestar, siendo el tercero el propio de nuestra sociedad:

- Dolor agudo, cuya localización corporal es bastante concreta; tiene una escasa repercusión sobre la personalidad; con gran intensidad y poca duración temporal; se puede aliviar por medios médicos; no tiene la capacidad de producir el mismo nivel de maduración que el dolor crónico y el sufrimiento.

- Dolor crónico: su localización es concreta, aunque a veces somatiza en otras partes del cuerpo; invita a la reflexión profunda; su intensidad es menor, pero se prolonga en cuanto a la duración; la terapéutica es lenta y compleja; madura tanto como el sufrimiento.
- Sufrimiento: dolor moral, psicológico, ajeno a cuestiones corporales, aunque puede convivir con ellas; es más interior, suele carecer de espectadores e ir acompañado de la incomprensión de los demás; intensidad mayor que el dolor, recayendo sobre el plano psicológico; sin antídotos inmediatos, lo que lleva a situaciones cercanas a la angustia, inquietud, tristeza, pesimismo, desesperación; es clave, si se sabe aceptar bien, para la maduración de la personalidad.

Las vías para hacer frente a este malestar son variadas. Hay quien se sumerge en la vorágine de las pequeñas satisfacciones vacuas, y se deja llevar por el consumismo sin fin y por la consecución de pequeños momentos de placer fatuo. Otros deciden hacer frente a los síntomas amenazantes desde el plano físico (hacen dieta, practican actividades deportivas, o se hacen la cirugía). Los hay que lo combaten desde el relacional, buscando hacer amigos, personas que les presten atención (comprando libros de autoayuda, buscando seguidores en Facebook, o asistiendo a cursos para sentirse más seguros y poderosos). Otros buscan la evasión como vía de escape, bien a través del consumo de sustancias bien a través de la búsqueda de placeres exóticos. También los hay que buscan refugio en la religión, vía clásica para obtener respuestas.

Sin embargo, ninguna de estas soluciones es efectiva a largo plazo (Csikszentmihalyi, 1996). Y la frialdad de los datos no engaña (Bardy y Perini, 2013; Ferrer, 2007; Eurobarometer, 2010). Los datos epidemiológicos nos muestran una prevalencia de la depresión de un 15%. En España, el 10% de la población sufre o ha sufrido ansiedad generalizada. Un 7% de los jóvenes habrá intentado suicidarse antes de los 25 años. El 15% de la población presenta trastornos de personalidad; un 2% trastornos de la alimentación. El consumo de antidepresivos ha aumentado un 270% entre el año 1985 y el 2000; un 8% de la población los toma o los ha tomado. Los

ansiolíticos son los fármacos más consumidos por la población. La proporción de españoles que ha buscado ayuda por problemas psicológicos y emocionales ha aumentando 7 puntos entre 2006 y 2010. El 43% de los jóvenes consumen alcohol en fin de semana (este porcentaje ha aumentado un 20% en los últimos 10 años), iniciándose en su consumo a los 13,5 años de media. Entre un 25 y un 30% de los escolares españoles están implicados en casos de violencia escolar; y un 85% consideran que hay violencia en los centros de enseñanza. La Expectativa de años de Vida Saludable empezó a descender a partir del año 2003. La población europea experimenta menos sentimientos positivos y más negativos en 2010 que en 2006 (menos vida plena, menos felicidad, y más pérdida de energía).

Señala Urreiztieta (2004) que el malestar que surge de esta sociedad de individuos releva que estamos ante dos procesos psicosociales significativos:

- los procesos de individualización de la sociedad, que debilitan el sentido de lo colectivo, el sentido del otro y del bienestar colectivo. Estos procesos, junto con la segregación social están configurando un nuevo orden mundial sustentado sobre nuevas y más profundas asimetrías, que agudizan las desigualdades y en nuevas formas de dominación, explotación y exclusión (lo que aquí hemos dado en llamar Globalismo capitalista de hiperconsumo);
- nuevas formas de acción colectiva y contracorriente que se contraponen a ese malestar, y que se cristalizan en lo que podría ser una *sociedad enredada* (Grandio, 2011) que promueve el poder transformador del *sharismo* (Mao, 2011).

De la dialéctica que se establezca entre ambos resultará el nuevo modelo de sociedad. Todo parece indicar que nos encontramos en lo que desde la física se conoce como una transición de fase. El malestar que caracteriza a nuestra sociedad es el resultado de un proceso de desfijación, vivenciado a través de los mecanismos de negación y desapego del antiguo modelo social. Lo que actualmente pensamos y sentimos de acuerdo con lo que *se debe* pensar y sentir ya no está fijado; es decir, ya no

nos identificamos con lo que estamos viviendo. Y de ahí surge esa sociedad del malestar, opulenta pero vacía, democrática pero excluyente.

Nuestro estado de conciencia nos lleva a buscar y acceder a una nueva fijación, a estados de mayor energía y libertad, tal y como describe la Espiral Dinámica (Cowan y Beck, 1996; Graves, 1970; Månsson y Ellmann, 2009). La individualidad yoica -la individualización- es propia de la etapa personal y se caracteriza por el logro de metas individuales (éxito, reconocimiento, riqueza, sexo, ...). Esta individualización, creada en el Modernismo y potenciada en el Postmodernismo, se entiende ya parcial dentro de un mundo global. La llegada de la complejidad nos evidencia la emergencia de nuevos patrones de relaciones, de múltiples paradojas que nos conducen hacia una etapa transpersonal (Wilber, 1977, 1983).

Tras haber realizado una exposición escueta de la felicidad, el bienestar, la salud, y el malestar, pasamos a concretar, en el siguiente apartado, cómo se han considerado y articulado en el mundo del trabajo y las organizaciones, ámbito específico sobre el que se centra esta tesis.

1.5. DEL TRABAJO Y LA SALUD EN LAS ORGANIZACIONES

Pocas esferas y ámbitos como el del trabajo y las organizaciones pueden ofrecer tanta salud, bienestar y felicidad a los seres humanos. Otra cosa distinta es que lo hagan. Y por ese motivo existen bastantes ideologías y teóricos que no comparten esta afirmación; y un ingente número de organizaciones y de prácticas empresariales 'tóxicas' les dan la razón. Así, prevalecen (en muchas organizaciones, en muchos directivos y trabajadores, en una parte importante de la sociedad, y en ciertos círculos empresariales, sindicales, políticos, culturales y económicos) máximas como 'Ganarás el pan con el sudor de tu frente', 'El trabajo es una explotación del hombre por el hombre', 'Algo malo debe tener el trabajo, o los ricos ya lo habrían acaparado', o 'El hombre es vago por naturaleza'. Posiblemente el matiz fundamental lo introduzca Gorki al señalar que

‘Cuando el trabajo es un placer la vida es bella. Pero cuando nos es impuesto la vida es una esclavitud’; o como escribió Confucio ‘Elige un trabajo que te guste y no tendrás que trabajar ni un día de tu vida’.

Pero, más allá de las resistencias que cualquier final de ciclo conlleva, la convergencia entre salud y bienestar, de un lado, y trabajo y empresa, de otro, es cada vez mayor. En este sentido apunta la extensa literatura existente sobre el bienestar y la salud en el mundo del trabajo y de las organizaciones (Caulfield, 2006; Chappell y Di Martino, 2006; Danna y Griffin, 1999; Dobbs, Leslie, y Mendonca, 2006; European Agency for Safety and Health at Work–EU-OSHA-, 2009a, 2009b, 2010a; Härenstam, 2008; Hosie, Sevastos, y Cooper, 2007; Karasek y Theorell, 1990; OMS, 2010a; Paoli y Merllié, 2001; Parent-Thirion *et al.*, 2007; Toledo y Salvador, 2014; Weiler, 2006; Wilson *et al.*, 2004; Zeng *et al.*, 2015; entre otros). En ella se hace hincapié en las ventajas y beneficios que supone promoverlos y potenciarlos, tanto para las empresas como para los trabajadores (Bond y Bunce, 2001; Boselie, Dietz, y Boon, 2005; Comisión Europea, 2014; De Lange *et al.*, 2004; Diener, 2000; Dobbs, Leslie y Mendonca, 2006; Gardner y Schermerhorn, 2004; Grawitch *et al.*, 2006; Grebner, Semmer, y Elfering, 2005; Green, 2006; Luthans y Youssef, 2004; OMS, 2010a; OIT, 2006; Peiró *et al.*, 2014; Thomason y Lagowski, 2008; Xanthopoulou *et al.*, 2009; Zuccolo, 2006; entre otros). No en vano la felicidad socializada prevalece sobre la felicidad autista (Avia y Vázquez, 1998).

Como hemos visto en apartados anteriores, la promoción de la salud -entendida en su sentido más amplio- precisa de la existencia de entornos que faciliten los medios y los procesos para que los seres humanos podamos desarrollar al máximo nuestras potencialidades. Los ambientes y las estructuras en los que vivimos delimitan y dan forma a nuestro potencial de salud. Y, dada la interdependencia que existe entre la salud de los seres humanos, de nuestras comunidades y de nuestro entorno (García, 1998; Murga, 2004), ese potencial de salud revierte sobre los tres sistemas; conduciéndonos hacia un bienestar, un malestar o una incerteza generalizados, según el potencial que se fomente.

Desde esta perspectiva intersistémica, el papel del mundo del trabajo y de las organizaciones en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud de los seres humanos es, más que evidente, imprescindible.

Por un lado, estamos ante una de las esferas de vida más significativas para los seres humanos: la labor (MOW, 1987; Mur y Maqueda, 2011). El mundo laboral es uno de los más importantes en nuestras vidas, tanto como medio para obtener otros fines relevantes (por ejemplo, dinero, vivienda, ocio, relaciones, estatus), como fin en sí mismo (como vía de desarrollo personal y de autorrealización). Además, en muchos lugares del mundo, consume una parte sustancial de nuestro tiempo en nuestra juventud (nos formamos, en muchos casos, pensando en él) y en nuestra edad adulta (dedicamos, aproximadamente, una tercera parte de nuestro tiempo al trabajo). Es por ello que el estudio del trabajo nos permite explicar muchas de las características distintivas de una sociedad y una cultura (Ferrater, 1991). Y, recíprocamente, las estructuras y los valores sociales, organizacionales, culturales e individuales tienen su reflejo en el trabajo, que se enriquece y se constriñe por ellos.

El análisis estadístico de la felicidad nos muestra, como ya se ha visto, que, para la población española, tener trabajo y estabilidad son dos de los principales factores para lograr la felicidad (Centro de Investigaciones Sociológicas -CIS-, 2013a). Los datos de los diferentes Barómetros del CIS muestran que el trabajo, si bien lejos de la salud, también es una esfera que proporciona satisfacción a una buena parte de la población española (en 2002, al 19,3%; en 2003, al 20,5 %; en 2004, al 20,7%); normalmente se sitúa tras la salud, el tiempo libre, el estilo de vida, y la vivienda. Un indicador de la importancia que tiene esta esfera de la vida nos lo muestra el hecho de que el desempleo es percibido como el principal problema que existe en España desde, prácticamente, el año 2002, y que está entre las principales preocupaciones de más del 70% de la población desde finales del año 2008. Parece pues que, siguiendo a Herzberg, el trabajo se entiende, al menos en España, más como un factor higiénico que motivador.

Por otro lado, el mundo de las organizaciones es uno de los puntales básicos sobre los que se asienta el modelo de sociedad globalizada que impera en la actualidad. Las organizaciones coadyuvan en la construcción de nuestra civilización (Peiró, 1991), tal y como señalan las aproximaciones del constructivismo social. Junto con la familia y el Estado, constituyen las estructuras básicas sobre las que se ha asentado nuestra época. Ante el retroceso de la primera, y el aparente resquebrajamiento de este último, el papel de las organizaciones como entorno promotor de salud cobra mayor relevancia si cabe. No en vano estamos inmersos en la *Sociedad de las Organizaciones* (Garmendia, 1993). Y su papel en la promoción de la salud laboral está contrastado (Cox et al., 2004; de Lange et al., 2004; Kudielka et al., 2004; Van der Klink, 2001).

Ese progresivo acercamiento entre el mundo de la salud y el bienestar, y el mundo del trabajo y las organizaciones, que señala la literatura, deviene de los cambios que están ocurriendo en diferentes ámbitos, y que se están acelerando en las últimas décadas. De una parte, están los avances en el campo de la salud -en general- y de la salud y la seguridad en el ámbito laboral -en particular-; de otra, está la propia evolución de la sociedad, y del mundo del trabajo y las organizaciones; y, por último, están las reformulaciones que se han ido produciendo dentro de las propias disciplinas científicas que los estudian. Algo similar apuntan Hernando y Arévalo (2013) en relación con la prevención de los riesgos laborales. Según estos autores, ésta se ha desarrollado por la convergencia de tres elementos: la organización social de cada época de la historia de la humanidad; su correspondiente concepto de trabajo; y el concepto de salud predominante en cada una de ellas.

La salud laboral constituye un ámbito de investigación y profesional relativamente reciente, si bien sus raíces se remontan en el pasado (Gil-Monte, 2011; Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013). En la Antigüedad y la Edad Media las medidas de seguridad e higiene en el trabajo no se implementaban de forma consistente. De hecho, hasta finales del siglo XIX, vincular salud y trabajo resultaba extraño. Durante mucho tiempo -y aún hoy en día, en ciertas esferas y lugares- el trabajo se entendió como algo penoso, que conllevaba ciertos riesgos, y en el que los daños eran inevitables. En este sentido, al principio fue un

tema que interesó a filósofos, después a médicos y, recientemente, se ha pluridisciplinado (Hernando y Arévalo, 2013).

La salud en el trabajo, de acuerdo con la definición del Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), revisada en 1995, tiene por objeto

promover y mantener el mayor grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad (OIT, 2009, p.5).

Los principales objetivos de la salud laboral son (Jaramillo y Gómez, 2008): conservar el bienestar físico, social y mental de los trabajadores a través de la acción sobre las condiciones de trabajo; controlar esas condiciones, a fin de garantizar una seguridad total en el trabajo y la compatibilidad del ambiente laboral con las capacidades de cada trabajador; identificar y eliminar o modificar los factores laborales que puedan poner en peligro la salud del trabajador; potenciar aquellos que tengan un efecto beneficioso para la salud y el bienestar del mismo; tratar y rehabilitar a los trabajadores que hayan sufrido un problema de salud.

Moreno-Jiménez y Garrosa (2013) destacan tres hechos que promovieron el cambio en la relación que existía entre trabajo y salud:

- La aparición y desarrollo de los sindicatos, en el siglo XIX. Fue el primer proceso histórico que afectó de forma importante a la mejora de las condiciones laborales, especialmente tras la fundación de la Asociación Internacional del Trabajo, en 1864. La aparición y consolidación de los sindicatos ha supuesto una mejora general en este sentido.
- La reconsideración, por parte de las organizaciones, del alto coste que suponen los accidentes y enfermedades laborales. El desarrollo industrial y tecnológico

condujo a la especialización, y cuanto más especialización mayor coste suponía la baja laboral.

- El surgimiento de la sociedad del bienestar, que conllevó el desarrollo de un marco legislativo que defendía el derecho a la salud en el trabajo.

En la Edad Contemporánea, podemos establecer cuatro etapas en la evolución inclusiva de la salud laboral (ver Tabla 1.1):

- Una **etapa inicial, de descubrimiento y exploración** (comprendida entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera del siglo XX), caracterizada por un interés académico incipiente, pero inconexo y esporádico. Un interés empresarial reactivo, surgido de la presión social y política ante la falta de unas condiciones laborales decentes; donde se habla de salud física pero no de bienestar. La visión de la salud que predomina es la higienista, enclavada en el modelo biomédico. La principal preocupación, en el contexto organizacional, se concentra en la lucha contra los accidentes laborales (seguridad) y las enfermedades e infecciones (higiene). Donde las organizaciones son vistas como sistemas racionales cerrados, predominando la teoría X de la dirección.
- Una **segunda etapa, de expansión** (comprendida entre la década de los 40 y la de los 70), caracterizada por un interés científico cada vez mayor, en el que se van sumando más disciplinas. En la que se empieza a cuestionar la visión higienista de la salud, y que acaba con el surgimiento del modelo biopsicosocial. Donde se incorpora, en la prevención de riesgos, la Ergonomía. Y donde las organizaciones son vistas, en un primer momento como sistemas racionales abiertos y, posteriormente, como sistemas naturales cerrados. Se da valor a la estructural informal de las organizaciones, a la participación de los trabajadores, y a la mejora de su calidad de vida. Predomina la teoría Y de la dirección.
- Una **tercera etapa, de vertebración y consolidación** (comprendida entre la década de los 80 y el inicio del siglo XXI), en la que los cambios que se producen

en el entorno suponen un aumento en la flexibilidad y fluidez de las organizaciones, modificándose las características de las tareas, y de las relaciones laborales. Las organizaciones son vistas como sistemas naturales abiertos. Predomina la teoría Y de la dirección. Los nuevos frentes que se abren en la salud laboral se deben a esos cambios que se dan en el mundo organizacional y laboral. En el ámbito de la salud se asienta el modelo biopsicosocial (como marco de referencia), aumenta la interdisciplinariedad, y se concreta la Psicología de la Salud Ocupacional. En la prevención de riesgos el foco pasa a ser la organización; se contemplan muchos más factores de riesgo y se analizan más niveles; surge la Psicosociología y se extiende la Macroergonomía; se producen importantes desarrollos legislativos que buscan consolidar la prevención de riesgos en las organizaciones.

- Una **cuarta etapa, de cuestionamiento y retos** (que comprende desde principios del siglo XXI hasta la actualidad), marcada por el aumento de la complejidad, de la paradoja y de la precarización en el mundo del trabajo y de las organizaciones, lo que hace que se las vea como sistemas caóticos emergentes. El modelo biopsicosocial empieza a estar cuestionado al igual que el concepto de salud laboral. La búsqueda de integración, dentro de un mundo incierto, domina esta etapa. Se busca la integración de la salud y la seguridad, la integración de la función preventiva en la organización, la integración de las diferentes especialidades preventivas por la vía de la gestión. Aparecen nuevos riesgos fruto de esas transformaciones, destacando los psicosociales y los tecnológicos. Desde la Psicología de la Salud Ocupacional se plantean nuevos retos. Surge la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva fruto del interés no sólo por los aspectos que previenen la enfermedad, sino por los que promueven la salud.

Tabla 1.1. Etapas en la evolución de los modelos dominantes en el desarrollo de la salud y el bienestar laboral. Fuente: Elaboración propia.

	ETAPA			
Nivel de Análisis	Descubrimiento y exploración	Expansión	Vertebración y Consolidación	Cuestionamiento y Retos
Periodo	2ª mitad s. XIX – 1ª mitad s. XX	1940-1970	1970 – 1ª década s. XXI	1ª década s. XXI -
Modelo Salud	Modelo biomédico		Modelo biopsicosocial	
Foco salud	Salud física	Salud mental y bienestar	Calidad de vida	Emociones y Salud positiva
Salud y seguridad laboral	Seguridad e Higiene	Ergonomía: Microergonomía	Ergonomía: Macroergonomía / Psicología	Gestión integrada
Foco salud y seg. laboral	Accidentes y enfermedades. Prevención enfermedad	Adaptación persona-puesto. Prevención enfermedad	Adaptación persona-ambiente / Factores psicosociales. Prevención enfermedad	Salud en la organización. Promoción de la salud
Plano salud laboral	Fisiológico	Psico-fisiológico	Socio-emocional	Integral
Actuación preventiva	Reactiva, parcial y fraccionada. Por presión social	Reactiva, parcial y fraccionada. Por interés organizacional	Reactiva, parcial y fraccionada. Por legislación y entorno	Proactiva, sistémica. Por negociación y entorno
Trabajo	Medio de subsistencia y generador de derechos	Vertebrador de la pirámide social	Fuente de significado personal y de relaciones significativas	
Teoría dirección (McGregor)	Teoría X	Teoría X y Teoría Y	Teoría Y	Teoría pseudo Z
Modelo organizativo	Racional cerrado	Natural cerrado / Racional abierto	Natural abierto	Caótico emergente
Teoría organización	Organización científica (Taylor, 1911) Toma de decisiones (Simon, 1945) Teoría burocrática (Weber, 1947) Teoría administrativa (Fayol, 1916)	Relaciones humanas (Whyte, 1959)(Mayo, 1945; Dalton, 1959); Sistemas cooperativos (Barnard, 1938) Racionalidad limitada (March y Simon, 1958); Sistemas socio-técnicos (Miller y Rice, 1967); Teoría de la agencia (Alchian y Demsetz, 1972); Teoría contingente (Lawrence y Lorsch, 1967); Estructura comparativa (Woodward (1965); Pugh et al. , 1969, Blau, 1970); Costes de Transacción (Williamson,1975;Ouchi,1980) Creación de conocimiento (Nonaka y Takeuchi, 1995)	Creación de sentido en la Organización (Weick, 1969) Orden negociado (Strauss et al., 1963) Aprendizaje organizativo (March y Olsen, 1976) Contingencias estratégicas (Hickson, et al. , 1971; Child, 1972) Ecología de las poblaciones (Hannan y Freeman, 1977; Aldrich, 1979) Dependencia de recursos (Pfeffer y Salancik, 1978) Teoría institucional (Selznick, 1949; Meyer y Rowan, 1977; DiMaggio y Powell, 1983)	Sharismo (Mao) Conectivismo (Siemens) Intercreatividad (Berners-Lee) Inteligencia colectiva (Lévy) Sabiduría de las multitudes (Surowiecki) Arquitectura de la participación (O'Really) Decrecimiento (Latouche) Economía del Bien Común (Felber) Crowdfunding Organizaciones Eupsíquicas (Maslow) Organizaciones Autentizoicas (Kets de Vries)

Por lo que respecta a la **etapa inicial -de descubrimiento y exploración-**, dentro del ámbito académico, el interés por el mundo de la salud en el trabajo empieza a aparecer a finales del siglo XIX y principios del XX, con autores como Hugo Münsterberg, Arthur Kornhouser, Robert Kahn, o Henry Elkind. Se trata de aproximaciones aisladas, sin conexión entre sí; como la vigilancia de la salud de los trabajadores de las fábricas de munición británicas durante la I Guerra mundial, la publicación del Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores por parte de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), o las campañas por promover la higiene mental durante la República en España.

En este periodo, impera la visión de la organización como un sistema racional cerrado (Scott, 2003, 2005). La organización es interpretada desde un prisma mecánico; comprende un número de partes, cada una de las cuales puede ser modificada en aras de una mayor eficiencia. Sus fines son específicos y limitados, y son la base de la toma de decisiones: a quién contratar, qué operaciones realizar, cómo fraccionar y coordinar las actividades de los trabajadores. Además, está altamente formalizada, predominando la función de control, especialmente directo. Las condiciones lógicas de un sistema cerrado le otorgan la posibilidad de ser predecible, planificable y controlable. Son 'organizaciones sin gente'. No existe la participación de los trabajadores, los cuales son meros operarios que deben poner en práctica las órdenes que reciben desde la Administración. En este contexto predomina la teoría X de la dirección de McGregor. El trabajo se concibe como motor de un progreso guiado por la razón, de la cual emana un orden inmutable (mecanicista) que ha de ser administrado. Las aproximaciones teóricas más significativas en esta época son la Administración Científica de Taylor (1911), la Teoría de la Administración de Fayol (1916), la Teoría Burocrática de Weber (1947), y la Teoría del Comportamiento de la Administración de Simon (1945).

En este contexto, el trabajo se entiende como un medio de subsistencia, en el que los trabajadores venden su fuerza de trabajo a cambio de un salario. En un primer momento se percibe como una calamidad inevitable; pero, posteriormente, el trabajador toma conciencia de clase y pasa a interpretarlo como una injusticia. En este segundo

momento también pasa a convertirse en una fuente de derechos, fruto de las luchas de clase.

Por su parte, en el ámbito de la salud, la posición dominante -hasta mediados del siglo XX- es la higienista. Su quehacer se orienta hacia la prevención de enfermedades e infecciones. Las vías para lograrlo son la esterilización y la desinfección, especialmente a través de las 'balas mágicas terapéuticas' (como los antibióticos), junto con la limpieza, el aseo, y la promoción de hábitos saludables que permiten prevenir las enfermedades contagiosas. En el ámbito de la prevención de los riesgos laborales predominan la Seguridad y la Higiene; las disciplinas implicadas son, en primer lugar, la Higiene Industrial y, posteriormente, la Medicina del trabajo. En el caso de la higiene, se estudian los contaminantes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio de trabajo; y, en el caso de la medicina del trabajo, se trata de prevenir la pérdida de salud actuando en la curación de las enfermedades y los accidentes, y en la rehabilitación. Su objetivo primordial es poder disponer de trabajadores físicamente sanos (la higiene mental apareció más tarde), libres de daños que los incapaciten para el desempeño de sus tareas. Sus principales preocupaciones son los accidentes de trabajo (seguridad) y las enfermedades profesionales (higiene). Para ello, se buscan, evalúan y controlan los factores del lugar de trabajo que pueden provocarlos, intentando que las condiciones de trabajo sean seguras e higiénicas, en la medida de lo posible. Esta es una visión que guarda más relación con la salubridad que con la salud (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013).

En esta etapa, las organizaciones tenían escaso interés por la salud de sus trabajadores, y nulo por su bienestar, más allá de los mandatos morales propios de la época. Por dicho motivo, su aproximación a la salud laboral es reactiva, parcial y fraccionada; se ocupan sólo por los accidentes y las enfermedades laborales (diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado). Esta aproximación se produce como resultado de la presión social y política generada por las penosas condiciones de trabajo existentes en la época.

En la **segunda etapa, de expansión**, se producen dos desarrollos dentro de los modelos organizacionales. El primer desarrollo, la visión de la organización como sistema natural cerrado, surge como oposición a la visión imperante en la etapa anterior. El segundo desarrollo, la visión como un sistema racional abierto, surge como una ampliación al sistema natural cerrado.

La aproximación a la organización como un sistema natural cerrado se caracteriza por enfatizar la estructura informal antes que la normativa, y por empezar a prestar atención a las características de los trabajadores y a los comportamientos que permiten el logro de resultados. Se supera la concepción mecanicista y el modelo individualista del trabajador, predominante en la etapa anterior. Por ello, la conducta del trabajador ya no se concibe sólo como algo racional y mecánico, sino que se contempla también su parte afectiva y las necesidades interpersonales. De esta forma se inicia el paso de un modelo psico-fisiológico del trabajador a un modelo socio-emocional, donde las actitudes hacia el trabajo juegan un papel importante. Ahora bien, la parte afectiva o emocional del trabajador fue, posteriormente, olvidada. En esta aproximación se podría hablar de 'agrupaciones de gente sin organizaciones'. Destacan el enfoque de la Escuela de las Relaciones Humanas con Mayo (1933, 1945), Lewin (1948, 1951), o Lippit y White (1960), y el Modelo Cooperativo de Barnard (1938).

Por su parte, la concepción de las organizaciones como sistemas racionales abiertos pone en relieve la humanización y el bienestar en el trabajo (Scott, 2003); así como la idea de que las personas poseen cualidades positivas, cuya potenciación por parte de las organizaciones coadyuva en el aumento de la eficacia de las mismas. Desde esta aproximación la organización se entiende como un conjunto de subsistemas en interacción, por lo que puede ser definida de muchas formas, no existiendo un único y mejor modelo de organización, en oposición a la teoría clásica y burocrática. La administración tiene el cometido de lograr un buen ajuste con el entorno, teniendo en cuenta que existen tantos tipos de organizaciones como entornos. De ahí la importancia de contar con la participación de los trabajadores, pues son los que están en contacto directo con determinados niveles del 'entorno'. Y esta participación es vista, a su vez,

como una vía para conseguir la mejora del bienestar, a través de la satisfacción de las necesidades de los trabajadores. En este contexto empieza a predominar la teoría Y de la dirección de McGregor.

Diferentes disciplinas, entre ellas la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, reorientan sus enfoques hacia posturas más equilibradas entre la defensa de los intereses de las empresas y de los trabajadores, intentando compatibilizar el bienestar del trabajador con la eficacia organizacional. Se toma conciencia también de que el trabajador tiene una vida fuera del ámbito organizacional. Esta aproximación al mundo organizativo se concreta en diferentes movimientos de participación en el trabajo (Enfoque Sociotécnico, Costes de Transacción, Creación del Conocimiento, Desarrollo Organizacional, entre otros); los más significativos, dentro del campo que nos ocupa, son los de la Calidad de Vida Laboral y la Democracia Industrial.

La Democracia Industrial sueca es el punto de partida de los estudios sobre la humanización del mundo laboral (Quintanilla, 1987). El movimiento de la Calidad de Vida Laboral se sustenta en esa concepción humanista del trabajo; e incide en la necesidad de mejorar los entornos de trabajo y las experiencias laborales, de tal forma que se potencie el desarrollo pleno e integrado de los trabajadores. Esta corriente afronta un conflicto tradicional en la Psicología del Trabajo y las Organizaciones: el equilibrio entre productividad y calidad de vida laboral. Su objetivo es establecer mecanismos que permitan un equilibrio entre ambos objetivos. Su postura es que la mejora de los resultados empresariales pasa por la mejora de la calidad de vida de los trabajadores.

Desde este movimiento se apuesta por: implementar estructuras organizacionales y políticas de dirección que garanticen que los trabajadores desarrollen lo mejor de ellos mismos, crezcan, y puedan aportar sus mejores competencias y desarrollar su autoestima; por mejorar las condiciones físicas de trabajo; crear puestos de trabajo intrínsecamente motivadores; mejorar la comunicación y la transmisión de la información; formar a los trabajadores para su promoción futura; o dotarles de autonomía, entre otras. El trabajador es valorado de forma positiva, considerándose un

recurso que puede realizar importantes aportaciones si se le permite; y, en este sentido, su participación e implicación es un elemento fundamental. Dentro de esta corriente se encuentra el 'paradigma de la CVL/IE' (Mohrman, Ledford, Lawler y Mohrman, 1986), el cual afirma que la calidad de vida de los empleados estimula la implicación de los trabajadores y un desempeño de calidad.

El trabajo mantiene aquí su papel como medio de subsistencia y generador de derechos. Sin embargo, dado el aumento de las cualificaciones y el desarrollo de la sociedad de consumo, pasa a adoptar un nuevo rol: vertebrar la pirámide social. De esta forma, el trabajo que uno ocupa marca su nivel de capacidades individuales y de méritos, y se convierte en legitimador de la igualdad en la sociedad de las oportunidades.

En el ámbito de la salud, en las décadas de los 50 y 60, se empieza a trabajar con la idea de multicausalidad, que sobrepasa la tradicional aproximación higienista. Esta aproximación aún se desarrolla a través de una 'higiene de las enfermedades crónicas' -la educación sanitaria-; sin embargo, ve restringido su protagonismo pues su efectividad es limitada, ya que la transmisión de información, e incluso la educación, no son suficientes para cambiar conductas. Se empieza a incorporar la complejidad y la democracia - mediante la participación- a la práctica de la salud, y se elaboran herramientas más complejas y holísticas. Surge el afán por promocionar la salud y el bienestar para todos los trabajadores, articulándose, como hemos visto, el Movimiento de la Calidad de Vida Laboral. Los cambios que se van produciendo acaban por cuestionar el modelo biomédico vigente y, en 1977, surge la propuesta alternativa del modelo biopsicosocial (Engel), de la que ya hemos hablado en apartados anteriores.

En el ámbito de la prevención de los riesgos laborales, se generaliza la seguridad industrial como forma de preservar la salud del capital humano. Se empieza a generar una mínima cultura de prevención de accidentes, de la mano del movimiento de la calidad de vida laboral. El interés por la participación del trabajador, vinculado a la mejora de la calidad de los procesos y al concepto de excelencia (mejora continua),

demanda a éste nuevas responsabilidades y habilidades, lo que lleva a que se le forme en determinados aspectos, mejorando su vida laboral, así como la familiar y social.

Junto con la Higiene y la Medicina, entran en escena nuevas disciplinas, como la Toxicología, la Química o la Ergonomía. Ésta última (ya incipiente en el Taylorismo, en Mendeleev y en la I Guerra Mundial, pero consolidada en la IIGM) toma protagonismo en su vertiente microergonómica. La interacción entre el ambiente de trabajo y la persona - característico del enfoque socio-técnico- llevó a estudiar, allá por los años 50, la conducta y las actividades de las personas adecuando los sistemas y puestos de trabajo a las necesidades de los usuarios. En un principio la visión integradora se circunscribía más al puesto de trabajo pero, posteriormente, se amplió al ambiente en el cual se realizaba el trabajo.

En esta etapa, el interés de las organizaciones por la salud aumenta, contemplando ya no sólo la salud física sino también la salud mental; y el bienestar. Si bien la actuación en las organizaciones sigue siendo reactiva, parcial y fraccionada, se pasa a considerar, junto a los accidentes y las enfermedades, la adaptación del trabajador a su puesto de trabajo. Esto supone un avance en el foco sobre el que actuamos. Ya no se trabaja sobre lo evidente e inmediato, como puede ser una lesión derivada de un accidente o una enfermedad. Ahora se toman en consideración, también, las patologías crónicas derivadas del desempeño de un puesto de trabajo, como son las lesiones musculoesqueléticas. El principal motivo de este cambio deviene del interés, por parte de las organizaciones, de contar con la participación de los trabajadores, lo que acaba por conducir a una mejora en las condiciones de trabajo.

En la **tercera etapa, de vertebración y consolidación**, crece el interés por promocionar la salud en el trabajo, y se producen importantes desarrollos conceptuales y metodológicos (Wynne, 1995). Desde la década de los 70, profesionales y académicos de la salud ocupacional y trabajadores tratan de influir sobre directivos y políticos, para que se mejoren las condiciones laborales (Levenstein y Moret, 1985). Posteriormente, a finales de los 80, se empieza a hablar de la Psicología de la Salud Ocupacional (Barling y

Griffith, 2003; Raymond, Wood y Patrick, 1990). Sus fuentes se encuentran en la Psicología del Trabajo y las Organizaciones, en la Psicología de la Salud, y en la Psicología Social y Ambiental (Cox, Baldursson, y Rial-González, 2000).

Este subdominio de la Psicología se centra en la creación de lugares de trabajo saludables, la mejora de la calidad de vida en el trabajo, y la promoción de la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores y de sus familias, aplicando los principios y teorías psicológicas, de tal forma que las personas pueden usar sus habilidades y competencias para poder lograr un elevado desempeño, junto a una alta satisfacción y bienestar (Gil-Monte, 2011; Quick, 1999a, 1999b; Tetrick y Quick, 2003; Vîrgă, 2011). Los niveles de intervención que se plantean desde la Psicología de la Salud Ocupacional son tres (Quick, 1999a): a) la intervención sobre la organización y sobre el entorno laboral, prestando atención a las demandas organizacionales, a los riesgos laborales y a los costes que conllevan los problemas de salud; b) los problemas de salud de tipo fisiológico, psicológico y conductual; c) los problemas derivados de la conciliación entre la vida laboral y la personal. Posteriormente, la Psicología de la Salud Ocupacional tendrá su articulación en el campo aplicado de la prevención de riesgos laborales, con la creación de la especialidad preventiva de la Psicología por vía normativa (RD 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención).

La investigación que se genera es abundante y variada, coadyuvando en la aparición de una legislación en materia de prevención de riesgos laborales en la Unión Europea (Gil-Monte, 2011) que, a su vez, incentiva el estudio y el control de la salud y la seguridad en las organizaciones (Díaz-Cabrera et al., 2008). La transposición de la directiva europea en materia de prevención de riesgos laborales, que conlleva la aprobación de la Ley 31/1995 para la Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) en España, establece la obligatoriedad de promover la salud y la seguridad de los trabajadores en todas y cada una de las organizaciones laborales.

Los temas de interés se amplían notablemente, yendo desde la relación trabajo-familia hasta las consecuencias psicológicas y fisiológicas del trabajo, pasando por la

disponibilidad de recursos, los conflictos interpersonales, el acoso y la violencia laboral, la seguridad en el empleo, los problemas asociados al envejecimiento de la población trabajadora, el burnout, o el trabajo emocional, entre otros (Kang, Staniford, Dollard, y Kompier, 2008; Holman, Martínez-Iñigo, y Totterdell, 2008; Martínez-Iñigo, 2001). También se extienden los niveles de estudio, desde el individual y tecnológico al grupal y organizacional (Díaz-Cabrera, 2008).

El trabajo pasa a convertirse en una fuente de significado para los seres humanos. Además de permitirnos la supervivencia, de aportarnos derechos, y de ubicarnos en la escala social, en esta etapa el trabajo pasa a ser visto como un medio de realización para los trabajadores. Pero no sólo eso, también se le concibe como un medio que nos aporta relaciones interpersonales significativas. De esta forma el trabajo se ha ido complejizando y haciendo más polivalente.

En el ámbito de la salud toma protagonismo el modelo biopsicosocial, en detrimento del biomédico. La salud se interpreta como un concepto positivo que incluye tanto los recursos sociales y personales, como las habilidades físicas (Vîrgă, 2011); como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1978). Se introduce el plano socio-emocional entre los factores constituyentes de la salud. En esta etapa se otorga un papel activo al ser humano, como valedor de su propia salud, y, conjuntamente, se considera que el contexto es fundamental en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad (Contrada, 1995). Esto supone que, por un lado, las variables individuales y las estrategias personales de afrontamiento se consideran relevantes; a la vez que se plantea la necesidad de intervenir sobre la organización del trabajo y sobre su vertiente social. De esta forma, las condiciones de trabajo se convierten, también, en factor de salud.

En el mundo del trabajo y de las organizaciones se da relevancia a las dimensiones organizacional y ambiental (Munduate, 1997). El nivel de análisis pasa a ser el organizacional, más que en los comportamientos individuales, en una doble vertiente: los

efectos de los factores organizacionales sobre la conducta de los trabajadores, y en su interacción con el entorno. En los noventa se globaliza la necesidad de proteger al medio ambiente. La idea del desarrollo sostenible surge como una propuesta en la que no sólo se piensa en un crecimiento económico, sino también en el desarrollo social y en la utilización sostenible de recursos para satisfacer las necesidades del presente, sin comprometer las de las generaciones futuras.

Surge, de esta manera, la visión de la organización como sistema natural abierto, de la mano de aportaciones como el Modelo de creación de sentido en las organizaciones, el Modelo de la ecología de la población, la Dependencia de recursos, la Escuela institucional, o el Modelo de contingencia estratégica, entre otros (Rodríguez, 1998). Esta propuesta se articula sobre dos enfoques (García Izquierdo, 1999): el sociocognitivo, en el que la realidad organizacional se concibe como un conjunto de significados socialmente compartidos; el político, que engloba las teorías centradas en el poder, en el que se enfatiza la existencia de diversos intereses, objetivos y metas que se logran a través del uso del poder.

Los cambios producidos en el último tercio del siglo XX -en los ámbitos político, económico, social, cultural y demográfico- modifican sustancialmente el mundo del trabajo y de las organizaciones, produciéndose mayores cambios que los acaecidos en los 300 años precedentes (Kravetz, 1990). Ante la incertidumbre del entorno, las organizaciones se vuelven fluidas y flexibles, buscando adaptarse. El inicio y la consolidación de la globalización llevan a la necesidad de generar alianzas estratégicas y fusiones. Las diferentes recesiones potencian las dinámicas organizacionales de reducción de tamaño y de reorganización, para lograr sobrevivir a los entornos turbulentos (Jaramillo y Gómez, 2008). Esto hace que se vean alteradas las características tradicionales del trabajo y de los roles laborales.

El trabajo, con la generalización de las tecnologías de la información, pasa a ser más cognitivo que físico. También es más complejo, variado e incierto. Surgen nuevas formas de trabajo y nuevas formas de llevarlo a cabo, basadas en la información. Las

tareas bien definidas van desapareciendo. El trabajo se desplaza, con la aparición de fenómenos como el teletrabajo, las oficinas compartidas, la subcontratación, o los sistemas de negocio distribuido. Incluso cambia la ubicación física de la configuración organizacional. Se pasa a trabajar más en grupos de trabajo semiautónomos, donde la supervisión directa y el apoyo de los directivos es menor, por lo que se requiere un mayor apoyo intragrupal. Las organizaciones requieren de trabajadores con más competencias y más flexibilidad; de trabajadores con potencial de desarrollo, que sepan manejarse en entornos complejos y cambiantes, reconocer oportunidades, y afrontar retos. El factor clave es la inteligencia y la capacidad de 'aprender a aprender'.

Las condiciones laborales también se van alteradas sustancialmente, iniciándose su precarización. Los horarios laborales se flexibilizan, el empleo fijo se reduce progresivamente. Las relaciones laborales son cada vez más flexibles, inestables y breves. El ocio y el tiempo libre cobran cada vez más relevancia, a la vez que se da una invasión de la vida privada en la laboral, y viceversa.

Estos cambios que se producen en múltiples ámbitos dan lugar a nuevas formas de entender la salud y el bienestar en el trabajo (Sparks, Faragher, y Cooper, 2001). Las condiciones de trabajo, el conjunto de variables que definen la realización de una tarea en un entorno, se convierten en foco de la actividad preventiva. De esta forma, dicha actividad se abre a nuevos campos relacionados con la Psicología y la organización del trabajo. Se analizan aspectos como la carga de trabajo (física, mental y emocional), o la organización y ordenación del trabajo (monotonía, repetitividad, posibilidad de iniciativa, aislamiento, participación, turnicidad, descansos, entre otros) (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013).

En esta etapa, a la hora de trabajar la seguridad y la salud se consideran las variables individuales junto con las organizacionales (Murphy y Cooper, 2000). Los factores de riesgo ya no se restringen al trabajador, sino que se pasa a considerar a la organización y el ambiente social como fuentes de riesgo, rompiendo con la vieja tradición de centrarse en los comportamientos individuales. En esta línea, la Macro-

ergonomía y la Psicología adoptan el enfoque del ajuste persona-ambiente (del que surgen modelos como el de Demandas-Control-Apoyo, de Karasek y Theorell, 1990). Se abre el debate sobre la conveniencia de cambiar el ambiente o modificar las conductas de los trabajadores. Desde el punto de vista empresarial resulta más económico promover los Equipos de Protección Individual (EPIs). Esta perspectiva se basa en la idea de que los accidentes son producidos por trabajadores poco cuidadosos, y que las enfermedades laborales derivan de conductas de riesgo de los trabajadores. Frente a esta visión, la LPRL defiende el establecimiento de medidas de protección colectiva (art. 15), al señalar como principio preventivo que se ha de anteponer la protección colectiva a la individual.

El interés de las organizaciones por la salud laboral continúa creciendo y se estructura por vía normativa. En el marco de la Unión Europea, se desarrolla una amplia legislación común sobre la salud y la seguridad en el trabajo; que en España se concreta en la LPRL y sus diferentes desarrollos normativos. Tal vez por ello -se trata de una actuación externa impuesta a través de la norma- la actuación preventiva sigue siendo reactiva, parcial y fragmentada, como en las etapas anteriores. Aunque la legislación española establece la existencia de cuatro especialidades implicadas en la prevención de los riesgos laborales (Seguridad e Higiene, Medicina en el Trabajo, Ergonomía y Psicología) su actividad aún se realiza de forma inconexa o, en ocasiones, inexistente (Psicología). Ahora bien, se trabaja por intentar integrar las áreas de la salud y la seguridad.

Las patologías mentales -derivadas de la organización del trabajo y del clima social- son tenidas en consideración, cada vez más. El estrés se convierte en uno de los riesgos laborales más relevantes. Este creciente interés por los riesgos psicosociales, especialmente en el ámbito académico, deriva de los cambios que se producen en las características del trabajo y en las condiciones en las que se desempeña, ya comentados anteriormente. Ahora bien, desde el mundo empresarial existe una importante reticencia a considerar este tipo de riesgos pues supone abrir la puerta al análisis y

cuestionamiento de la forma de hacer empresa, de ejercer el mando, de planificar, organizar, y controlar las tareas.

Sin embargo, a pesar de todos los avances logrados desde gobiernos, empresas, sindicatos, científicos, profesionales, y entidades internacionales, el número de accidentes (mortales, graves y leves), de lesiones, de enfermedades, y de días de baja continúa siendo inaceptablemente elevado.

En la actualidad nos encontramos inmersos en una **cuarta etapa, de cuestionamiento y retos**. Aunque el estudio y la aplicación de la salud laboral tienen una historia corta, se le plantea ya un desafío considerable para su supervivencia. Hemos visto como, en esa corta historia, la salud laboral ha sido capaz de ir evolucionando, integrando y ampliando su ámbito de actuación en la medida en que evolucionaban y se ampliaban sus objetos de estudio e intervención, a saber: la salud y el bienestar, el trabajo y las organizaciones. Ahora bien, las transformaciones en el mundo del trabajo y de las organizaciones se han exacerbado, fruto de las profundas crisis que estamos viviendo en este inicio del siglo XXI y que cuestionan nuestro modelo económico, ideológico, y social.

En la sociedad del malestar en la que habitamos, en lugar de optar por un modelo que promueva el empleo y mejore las condiciones de trabajo (como proponía el art. 151 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea); o en lugar de seguir los consejos de la OIT, basados en el paradigma del trabajo decente (Ghai, 2003; Standing, 2002), la vía por la que se ha optado -en buena parte del tejido empresarial- ha sido la generalización de la llamada *low wage economy* ('economía de salarios bajos'). Se trata de una vía que busca maximizar los beneficios apostando, casi exclusivamente, por la reducción de los costos asociados a los salarios de los trabajadores y por el empeoramiento de las condiciones de trabajo.

Como resultado de este globalismo neoliberal aumenta la inseguridad y se pierde calidad de vida laboral. El empleo se flexibiliza y precariza, y el trabajo se intensifica;

aumentan los contratos de trabajo temporales, se reducen los salarios, se incrementan las dobles jornadas, se ofrecen contratos de trabajo de libre disposición horaria y geográfica, se incrementan los horarios de trabajo irregulares y las horas de trabajo impredecibles, la diferenciación vida laboral-privada se desvanece de la mano de los dispositivos móviles, entre otros. La parte más visible de esta tendencia es la pérdida de unas condiciones de trabajo dignas, las continuas rebajas salariales, la facilitación de los despidos, la búsqueda de resultados cortoplacistas, la preponderancia de la visión del accionista sobre la del directivo, entre otras. La parte más invisible es la articulación de formas de violencia socio-laboral, que suponen la institucionalización de los factores de riesgo psicosocial. Esto supone la fragilización de la vida laboral, un crecimiento de las desigualdades, la creación de bolsas de marginación laboral, el aumento de la pobreza, el crecimiento en los márgenes de beneficios de los inversores, la reducción de las coberturas de seguridad y salud, amén del cuestionamiento del Estado del Bienestar. Muchos trabajadores viven con miedo y estrés la posibilidad de perder su empleo (OIT, 2009). Y se ven forzados a aceptar peores condiciones de trabajo, perdiendo su poder reivindicativo y de negociación (Gómez, 2007). El sentimiento de indefensión es agudo y general (Standing, 2002), y ha acabado por dar lugar al yo precario (Standing, 2013). Frente a esta tendencia de degradación y de sobreexplotación del componente humano en manos del componente económico se ha intentado poner freno a través de diferentes iniciativas como: la democratización del trabajo, la calidad de vida laboral, la RSC, el trabajo digno, el bien común, o el sharismo.

El mercado de trabajo se complejiza por la proliferación de formas y prácticas de empleo y gestión diversas, transformando la forma de relacionarnos con él. Aumenta la subcontratación, dentro de un mercado cada vez más global y competitivo. Continúa creciendo la participación de la mujer en el mercado laboral; en Europa se está produciendo un envejecimiento en la población ocupada; se incrementa la fuerza laboral procedente de otros países. También prosigue el proceso de globalización e interdependencia entre las empresas, sin importar el lugar de ubicación de los centros de trabajo. La desaparición y las fusiones de las empresas se extienden cada vez más,

provocando inestabilidad, incertidumbre, pérdida de control, y la necesidad de replantear los proyectos de vida personales y familiares (Gómez, 2007).

Las dinámicas en la administración de las empresas generan importantes incrementos en la ansiedad de los empleados, la pérdida de la lealtad y la desconfianza de la gestión que se realiza (Gardner y Schermerhorn, 2004). En este sentido, el peso de los mercados financieros marca en exceso el funcionamiento de las empresas, la administración de las cuales está cada vez más marcada por los resultados trimestrales, lo que dificulta crear valor a largo plazo (Dobbs, Leslie, y Mendonca, 2006).

La organización y la actividad laboral se dirigen hacia configuraciones más ambiguas, menos definidas, más abstractas, y con límites borrosos; hacia organizaciones en permanente cambio, en las que emergen nuevas formas de coordinación y de interacción. Estas nuevas formas organizacionales empiezan a explicarse desde el Paradigma de la Complejidad. Desde esta perspectiva se destacan dos propiedades características de los sistemas adaptativos complejos: la inestabilidad limitada, y la auto-organización y el orden emergente. Se entienden las organizaciones como sistemas dinámicos no lineales, sujetas a fuerzas de estabilidad e inestabilidad que las empujan hacia el caos, en las que la Dirección se convierte en una tarea de creación (Thiéart, 1995). Esto implica confiar en la propia auto-organización como vía de capacitación de los miembros de la organización, a través del uso de la dialéctica, y en el desarrollo de nuevas formas basadas en la colaboración (Miles et al., 2010).

La definición de funciones, responsabilidades y tareas es cada vez más difusa, lo que requiere, a su vez, un mayor uso de competencias y una mayor capacidad de adaptación por parte de los trabajadores. Esto hace que continúe aumentando la carga mental en el trabajo. Pero además, aumentan las actividades que se hacen de cara al público, lo que supone el surgimiento de un nuevo factor de riesgo: la carga emocional (Holman, Martínez-Iñigo, y Totterdell, 2008; Martínez-Iñigo, 2001). Junto a estos cambios se encuentran los que se derivan del grado de autonomía y control sobre el trabajo; así, se dan empresas en las que el aumento en las exigencias no suele ir acompañado de un

aumento en el grado de autonomía y control sobre el trabajo; mientras que en otras la autonomía y el control es tan grande que se convierte en una autoresponsabilidad, un autocontrol y una automotivación.

Como resume Blanch (2014) estamos ante una metamorfosis del trabajo, caracterizada por un triple salto:

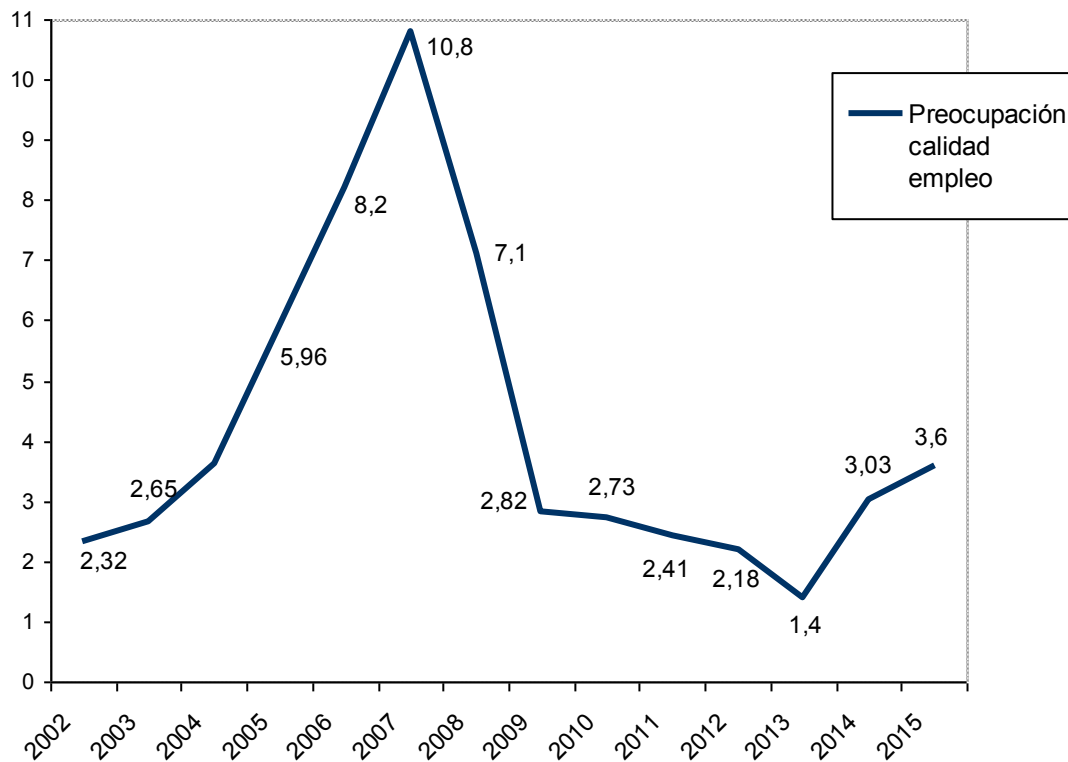
- a) El paso de la modernidad sólida y estable a la líquida, inconsistente e inconstante (Bauman, 2013), una sociedad de riesgo (Beck, 2002).
- b) El paso de un modelo de bienestar social keynesiano, con la promesa del pleno empleo permanente, a un modelo neoliberal donde el empleo es precario, subyacente a la nueva *working poverty* (Fraiser, Gutiérrez y Peña-Casas, 2011) y al *decent work deficit* (Boulin, Lallement,, Messenger, y Micho, 2006; ILO, 2012), en el que desaparece la carrera laboral lineal y planificada sustituida por los empleos temporales, discontinuos, fragmentados e inseguros.
- c) El paso desde una actividad laboral con cargas y ritmos relativamente naturales a la sobrecarga de tarea y la urgencia temporal; al tecnoestrés; a la saturación de tarea, rol y agenda; al exceso de ritmo, intensidad y falta de tiempo. Se genera una experiencia de exceso de trabajo o de escasez de tiempo para hacerlo todo y bien, de agenda saturada, urgencia permanente y cronificada, de desbordamiento y colapso, de conciencia de hacer las cosas mal.

En este sentido, resulta oportuno analizar la preocupación de la población española por la calidad del empleo (ver Figura 1.2). Los datos de los Barómetros del CIS muestran que durante la época de crecimiento económico la población tomó conciencia de la importancia de disfrutar de un trabajo de calidad, lo que llevó a que la preocupación por la calidad del trabajo aumentara de un 2,32% en 2002 a un 10,8% en 2007. Con la aparición de la crisis económica en el año 2008 dicha preocupación decae hasta suponer sólo un 1,4% en 2013.

Estos datos cobran especial relevancia cuando se observa que siguen una evolución inversa a la de la preocupación por el desempleo; así, cuanto mayor es la preocupación

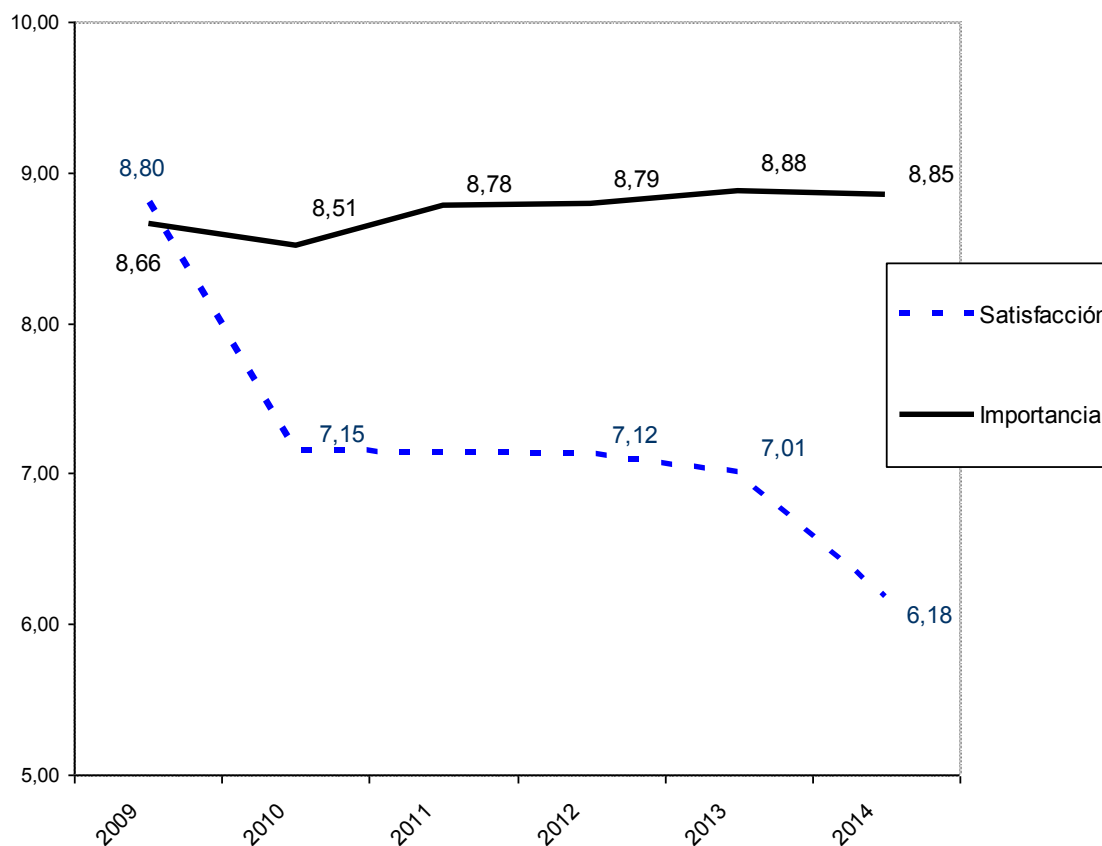
por el desempleo menor es la preocupación por la calidad del empleo. Los datos nos indican que, cuando las condiciones son favorables, la población valora y se preocupa por desempeñarse en un trabajo de calidad; pero cuando las circunstancias son adversas, esta preocupación cede ante otras más básicas como son el poder disponer de un puesto de trabajo.

Figura 1.2. Evolución de la preocupación por la calidad del empleo en la población española. Fuente: Elaboración propia.



Otro aspecto a analizar, en relación con el trabajo, es la evolución de la importancia y satisfacción que genera. Los Barómetros del CIS nos indican que su importancia ha ido en aumento mientras que la satisfacción que produce ha ido disminuyendo (ver Figura 1.3). Así, en 2002 la satisfacción que producía el trabajo era, en media, de 7,35. En 2009 alcanzó un 8,8, para ir descendiendo a lo largo de 2010 (7,15), 2012 (7,12), 2013(7,01) y 2014 (6,18). Sin embargo, la importancia de esta esfera de vida ha ido creciendo. En 2007, su importancia en la vida de los españoles era, en media, de 8,34; en 2008 se mantenía en 8,34; en 2009 de 8,66; en 2010 de 8,51; en 2011 de 8,78; en 2012 de 8,79; en 2013 de 8,88; y en 2014 de 8,85.

Figura 1.3. Evolución de la importancia y de la satisfacción del trabajo para la población española. Fuente: Elaboración propia.



Resulta evidente que la crisis ha generado un fuerte impacto en el mundo del trabajo. Por un lado, los problemas económicos que se están viviendo hacen que se le otorgue mayor importancia que hace unos años; pero, por otro lado, la oferta de trabajo actual resulta mucho más precaria y las condiciones en las que se ejecuta el trabajo se han degradado, lo que supone que su desempeño sea, cada vez, menos satisfactorio.

Combinando los resultados mostrados en ambas gráficas, las expectativas sobre la salud y el bienestar que tienen los trabajadores en España es inquietante, cuando menos. Por un lado, la gente toma conciencia de la importancia/necesidad de disponer de un empleo y de no perderlo; algo que puede resultar angustiante ante la tremenda preocupación que existe por encontrarse desempleado. Junto a esa angustia se vive una situación de ansiedad, pues el trabajador ya no puede disponer de una oferta de puestos de cierta calidad -cualquier empleo es mejor que el desempleo- y se acaban desempeñando trabajos que son cada vez menos satisfactorios. Si a esto le añadimos que

son cada vez más las empresas que 'venden' prácticas de recursos humanos y de salud laboral 'psi' positivas (véase, por ejemplo, Toledo y Salvador, 2014), el cóctel puede ser demoledor para la salud de muchos trabajadores.

Recuerdan estas evidencias a la estrategia de la degradación, que ha permitido establecer condiciones socio-laborales y económicas radicalmente nuevas sin que se genere una revolución. Crecimiento del paro, aumento de la precariedad laboral, pérdida de derechos laborales, reducción de salarios que ya no aseguran una vida digna, exclusión y marginación de ciertos grupos sociales (por su etnia o por su edad), o flexibilización son algunos de los factores que han ido surgiendo paulatinamente, casi como sin querer, pero que han acabado por configurar un mundo del trabajo sustancialmente diferente al de los años 90; pero que, sorprendentemente, ha sido aceptado por la masa sin excesivos obstáculos, como algo inevitable. Algo en lo que contribuye el proceso de individualización y la pérdida del concepto de ciudadanía -del que hablábamos en apartados anteriores- y que potencia la auto-culpabilización y la pasividad frente a la reivindicación y la demanda.

Junto a esto, posiblemente ayude el hecho de que, según diferentes estudios realizados en múltiples países (Ahn y Mochón, 2010), si contemplamos a las personas desempleadas éstas son mucho menos felices que aquellas otras que tienen empleo. La felicidad de los desempleados es sustancialmente menor que la de los empleados con características similares (Frey y Stutzer, 2002). Así, sólo alrededor de un 11% de los desempleados se han manifestado como muy felices, mientras que este porcentaje se sitúa en el 30% para el conjunto de la población (Argyle, 1999). Además, la falta de empleo influye de manera negativa en el bienestar, y lo hace más que cualquier otra característica individual (edad, sexo, educación, estado civil) (Argyle, 1999). También la salud mental del colectivo de desempleados es peor, presentando mayores niveles de depresión, suicidio y alcoholismo; igual sucede con su salud física, sufriendo una tasa de mortalidad mayor. Además, junto con las personas incapacitadas para trabajar (2,81), son el colectivo que puntúa más alto (2,76) en el índice de exclusión (percepción de la exclusión basado en el grado de rechazo o falta de reconocimiento que sienten las

personas) en la Unión Europea (la media es de 2,17) (Tadas, 2012); el 30% de los desempleados se sienten excluidos frente al 9% de los trabajadores en activo (Eurofound, 2013c). Ahora bien, habría que considerar si, en las circunstancias laborales actuales y a medio y largo plazo, es más feliz el empleado precario o que ha sufrido un proceso de reestructuración, o el desempleado (Jiménez y Sánchez, 2006).

Además, en este proceso de degradación y difuminación del mundo laboral que estamos viviendo, se añade un problema de identificación. Los antiguos patrones de identificación social tenían un fuerte sostén en la inserción laboral y el empleo; sin embargo, los escenarios futuros ofrecen a niños, adolescentes y excluidos laborales pocas posibilidades de generar su identidad social por esta vía, sin que haya cambiado la cultura, quedándose con un proyecto vital cercenado, y viéndose impelidos a definir su identidad a partir de otros patrones diferentes. Y fomentando el surgimiento de contraculturas con poder de transformación.

Estos cambios que acontecen en el mundo del trabajo y las organizaciones generan un buen cúmulo de paradojas cotidianas en la vida laboral (Jaramillo y Gómez, 2008), las cuales nos evidencian el cambio de época que estamos experimentando; entre otras cabe señalar las siguientes: seguir estrictamente las reglas y procedimientos pero ser creativos y tener iniciativa; evaluar el desempeño desde los resultados pero tener que poseer múltiples competencias para desempeñar el cargo; gestionar el tiempo y los recursos personales para ser flexible y adaptable al trabajo pero tener que cumplir los horarios de trabajo; trabajar en entornos vacíos de supervisión directa pero bajo un absoluto y difuso control tecnológico.

En la actualidad, la situación de crisis hace prioritaria una de las líneas clásicas en la Psicología del trabajo y las organizaciones: el análisis de la evolución de las condiciones laborales y cómo esos cambios afectan a los trabajadores (Ramos y Peiró, 2014). En este contexto resulta especialmente relevante y significativo el estudio de la salud laboral. Uno de los sentidos de nuestra disciplina es la consecución de organizaciones más

humanas, lo que conlleva promocionar la salud en el entorno laboral mejorando las potencialidades para el desarrollo personal, a la vez que se reduce el malestar.

Breihl (1999) nos sugiere una serie de tareas urgentes para esta nueva etapa, como son: defender la cultura solidaria en el trabajo; tomar distancia con el funcionalismo y lo que supone reducir las prácticas de salud colectiva a la realización de reformas menores, decididas unilateralmente, y siempre centradas en los clásicos espacios del trabajo formal; desbordar los límites de la medicina ocupacional y de los modelos de control del riesgo en el puesto; implementar experiencias abiertas a modelos participativos; impulsar una renovación conceptual y metodológica, basada en un pensamiento crítico.

Una de las apuestas principales es el cambio en la forma de integrar el malestar de la sociedad actual en la promoción de la felicidad. Como comentó el presidente del Parlamento Europeo, Martin Schulz, en el año 2014: *“Europa debe ser juzgada no sólo por su capacidad para crear nuevos puestos de trabajo, sino también por su capacidad para mejorar la calidad, la seguridad y la salud de los puestos de trabajo ya existentes”*. Esto implica un cambio en las políticas tradicionales de salud y bienestar en el trabajo, que pasa por poner en relieve el vínculo entre la salud y el bienestar y el desarrollo social y económico, y en un giro hacia políticas proactivas y holísticas de desarrollo de la salud y el bienestar en las organizaciones (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013). Aunque ya hemos comentado que ese giro no se ha dado en las políticas de empleo de las organizaciones y de los estados.

Por otra parte, también se empieza a cuestionar ya el modelo biopsicosocial, por entenderse que establece una relación entre bienestar y salud que no se corresponde con la realidad y por no aprehender la complejidad de los cambios actuales (De la Villa, 2008; Gómez, 1997; MacIntosh, MacLean, y Burns, 2007). Junto a ello, también se cuestiona la tradicional definición de salud -entendida como completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones- de la OMS, y se propone el avance hacia propuestas más integrales, en las que la salud sea parte

prioritaria del conjunto de recursos básicos que el ser humano precisa para desarrollar sus potencialidades en el ser y el hacer (Vélez, 2007).

Tabla 1.2. Diferencias entre la perspectiva de la Salud organizativa y perspectiva de la Salud en la organización. Fuente: Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013.

Perspectiva Salud organizativa	Perspectiva Salud en la organización
<ul style="list-style-type: none"> - Concepto: salud organizativa - Acción: reactiva (<i>protección ante</i>) - Actuaciones orientadas a prevención y protección frente a riesgos - Acciones esporádicas - Aproximación: fraccionada - Lógica: crecimiento - Visión simple del concepto de salud (coste o a lo sumo inversión) - Objetivos: diferencia entre final (efectividad organizativa -productividad y competitividad-) e instrumental (salud empleado) - Primero la organización, luego el empleado - Empleado: consideración instrumental - Foco: empleados con problemas 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto: salud en la organización - Acción: proactiva (<i>promoción de</i>) - Actuaciones orientadas a desarrollo potencialidad de sus miembros - Acciones integradas - Aproximación: sistémica - Lógica: desarrollo - Visión compleja del concepto de salud (fin teleológico) - Objetivos: coincidentes (autodesarrollo mutuo organización-persona) - Empleado y organización en sintonía - Empleado: consideración finalista - Foco: todos los empleados

En línea con estos planteamientos se observa como el concepto de salud laboral va modificándose. En la etapa anterior primó una visión más pragmática, en la que predominaba la prevención reactiva de los riesgos laborales. La visión que se tiene de la salud es reducida. Se centra en la protección frente al riesgo, más que en el desarrollo integral del trabajador. La salud es importante como herramienta de gestión de recursos humanos, no es un fin en sí misma; su finalidad continúa siendo la productividad y la eficacia organizacional, que se entiende puede lograrse mejor disponiendo de trabajadores sanos en entornos seguros. Es lo que se conoce como *Salud Organizacional*. En la etapa actual se adopta una visión más amplia, sistémica y compleja del concepto de salud; más adecuada al tipo de organizaciones que emergen. Su objetivo prioritario es la promoción de la salud interdependiente de la organización, los trabajadores, y la comunidad. El fin es el sintonización de los tres. Este tipo se denomina *Salud en la Organización* (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013). Este último concepto responde a la

forma amplia de entender la salud; con él se supera el foco exclusivo de prevenir los daños, y se amplía a la promoción de la salud (Tabla 1.2).

Una de los objetivos en esta etapa es la creación de organizaciones saludables, o al menos de entornos de trabajo saludables (OMS, 2010a, 2010b). Para alcanzarlos se ha de trabajar desde la perspectiva de la *salud en la organización* (MacIntosh, MacLean, y Burns, 2007). Lo que se pretende es que las organizaciones empoderen para la salud y el bienestar, de manera que tanto las personas como la propia organización pongan en común sus necesidades y objetivos, y colaboren en las acciones que posibilitan su consecución (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013; Stresa Declaration on Workers Health, 2006; OMS, 1997, 2010b). Es desde esta aproximación donde el patrón *salud en la organización* cobra pleno sentido. De esta forma, se da una corresponsabilidad tanto de la persona, como de las estructuras sociales y del medio que las rodea y en el que se desarrollan, lo que permite evitar los modos de control del Globalismo capitalista de hiperconsumo, de los que hemos hablado en apartados anteriores. Esta perspectiva de la salud en la organización se encuentra en la base del desarrollo de las organizaciones saludables, entendidas como

aquellas que manejan de forma activa la promoción continuada del bienestar físico, mental y social de los seres humanos que las conforman, y de la comunidad en la cual se encuentran inmersas, en armonía con su propio beneficio, integrando la sostenibilidad propia y la de su entorno (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013, p. 57).

Los cambios señalados en el ámbito del trabajo y las organizaciones se encuentran en la base de la emergencia de nuevos riesgos, entre los que destacan los psicosociales, los generados por las nuevas tecnologías y los que emergen por factores sociolaborales. Se están modificando las condiciones de exposición de los trabajadores a los 'contaminantes' laborales. Tradicionalmente, las amenazas a la salud en el trabajo han provenido de los factores físicos, químicos, biológicos, mecánicos y ergonómicos, los cuales producían unos daños más directos, inmediatos, y visibles. Sin embargo, los cambios acontecidos en las últimas décadas generan otro tipo de daños, los psicosociales, cuya visibilidad, especificidad e inmediatez no resulta tan nítida, pero

cuyos efectos dañinos pueden ser igual de graves. Ha hecho falta que las condiciones que los provocan se generalicen y que sus efectos alcancen a muchos trabajadores para que se les haya prestado atención. En la Estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo 2007-2012 (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007), se destaca la prioridad que tiene la investigación de este tipo de riesgos. También aparece reflejada la necesidad de prestar atención a la evolución de estos riesgos en la Estrategia española de seguridad y salud en el trabajo 2015-2020 (INSHT, 2015).

Nos encontramos con el hecho paradójico de que, actualmente, en los países occidentales, las condiciones laborales han mejorado considerablemente en todos los aspectos, especialmente en lo referente a las horas de trabajo, sobreesfuerzos físicos, condiciones de temperatura, de ruido, ambientales y de higiene (Eurofund, 2007). El número de enfermedades laborales y de accidentes se ha controlado parcialmente, y ha disminuido su incidencia. En el año 2006, la OIT estimaba que en el mundo morían unos 2,2 millones de seres humanos por causas asociadas al trabajo; que unos 270 millones sufrían lesiones graves; y unos 160 millones enfermaban por cuestiones laborales. En el año 2005 los costes económico por accidentes y enfermedades representaban alrededor del 4 % del PIB mundial (1.251.353 millones de dólares estadounidenses); y en el año 2000, en la Unión Europea, sólo por los accidentes laborales, se pagaron 55.000 millones de euros (OIT, 2005, 2006).

Sin embargo, los Barómetros del CIS nos muestran que la satisfacción con el trabajo ha descendido, y los daños psicosociales van aumentando (Eurostat, 2010; INSHT, 2007, 2011), hasta ser considerados como epidemias laborales. Los datos de Eurostat (2010) nos muestran que el estrés, la depresión y la ansiedad se han convertido en una de las tres principales causas de enfermedad en los centros de trabajo europeos. El estrés laboral es el segundo problema de salud relacionado con el trabajo más frecuente en Europa después de los trastornos musculoesqueléticos (UE-OSHA, 2014).

Por otra parte, en esta etapa, se sigue manteniendo la pugna entre el foco prioritario de actuación; el dilema modificar ambiente vs. cambiar hábitos del trabajador.

Así, en la Estrategia española de seguridad y salud en el trabajo 2015-2020 (INSHT, 2015) se habla de que ciertos hábitos de vida pueden poner en riesgo la seguridad y salud del propio trabajador y la de terceros, por lo que se han de fomentar hábitos de vida saludables y preventivos, tanto laborales como extralaborales. Se sigue promoviendo, de esta manera, una tendencia que se antoja inevitable: la borrosidad creciente entre las esferas personal y laboral.

La falta de integración de la actividad preventiva en las empresas es vista como un problema fundamental para el logro de una mejor salud y seguridad en el trabajo. Muchas intervenciones técnicas en materia de seguridad y salud laboral destacan por su especificidad y su ‘tecnicidad’, otras por ser un mero acto burocrático. Su principal déficit es la falta de un marco cultural y de gestión que las integre. En este sentido se pronuncia la reforma del marco normativo (Ley 54/2003) en la que se destaca la necesidad de lograr integrar la actividad preventiva de forma eficaz, efectiva y permanente en las empresas. Y el RD 604/2006, en su art. 1, exige que la integración preventiva sea la primera obligación que tienen las organizaciones en este campo. Esta integración también es necesaria entre la salud y la seguridad, que tradicionalmente se han visto como líneas de actuación separadas (Díaz-Cabrera et al., 2008). La falta de una cultura preventiva en las organizaciones impide que se pueda trabajar de forma conjunta la seguridad y la salud, pero también que se pueda ir más allá de una prevención técnica y puntual (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013). Para hacer prevención proactiva se ha de lograr una integración preventiva; para promocionar la salud se precisa cultura organizacional.

En este sentido, se introduce el concepto de sistema en el ámbito de la prevención de los riesgos laborales como premisa metodológica para alcanzar un paradigma dinámico y complejo. En la etapa anterior se veía como desde la Psicología de la Salud Ocupacional se proponía realizar un análisis multinivel, que contemplase el nivel individual, el del ambiente del puesto, el organizacional, y el externo (Vîrgă, 2011). Aunque el avance en este campo aún es muy pobre, y la realidad multinivel del mundo organizativo y de la salud laboral supone un reto importante, en esta etapa se incide en

la necesidad de alcanzar un enfoque holista e integrado de la salud. Ni las prácticas organizativas ni las del puesto, por separado, son suficientes para producir resultados óptimos para las organizaciones y sus empleados (Hodson y Roscigno, 2004; Newell, 1995), como por ejemplo se observa en las exigencias emocionales del trabajo (Martínez-Íñigo, 2001; Martínez-Íñigo, Totterdell, Alcover, y Holman, 2009). Como recalca la reforma de nuestro marco normativo, se ha de trabajar por la integración y por la cultura. En este sentido, desde diferentes ámbitos -políticos y científicos- se recomienda el desarrollo de estrategias preventivas orientadas al nivel estructural (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013; Härenstam et al., 2003). Esta estrategia no suele ser usual, pero puede ser desarrollada, por ejemplo a través del análisis cluster.

Además del análisis multinivel, se plantea la necesidad de pasar de la unicausalidad en la relación entre daño y trabajo a la multicausalidad (Hernando y Arévalo, 2013). En esta línea, Wilson et al. (2004) sugieren que en la promoción de la salud en el trabajo, los investigadores y profesionales deben tener en cuenta modelos socio-ecológicos, integradores y multiniveles.

Por otra parte, los desarrollos que se están produciendo en la Psicología de la Salud Ocupacional generan, también, importantes retos. En este sentido, se observa que esta rama de la Psicología puede jugar un papel importante en la dirección de las organizaciones, y especialmente en la Dirección de los Recursos Humanos (Vîrgă, 2011). Así, se puede contribuir a los cambios necesarios en las políticas de recursos humanos, combinando actuaciones que mejoren el desempeño y, a la vez, la salud y el bienestar. Además, los cambios señalados en el mundo del trabajo y las organizaciones entrañan un reto para el diagnóstico de los problemas a los que se enfrentan las organizaciones, y para el diseño, implementación y evaluación de soluciones que lleven a una mejora en la eficiencia organizacional y en su capacidad para adaptarse al cambio. Por ello, la colaboración entre estos dos ámbitos se antoja inevitable y necesaria.

Otro aspecto que destaca la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva radica en la necesidad de complementar las acciones centradas en la prevención de la enfermedad,

con aquellas otras dirigidas a potenciar los aspectos positivos del ser humano en el trabajo. Promover las características personales positivas y facilitar su máximo desarrollo, trabajando sobre una serie de valores básicos que reflejan la salud positiva, permitiría la mejora del bienestar de los seres humanos; no es suficiente eliminar los aspectos negativos para lograr la salud y el bienestar, sino que se han de promover, expresamente los factores positivos (Avia y Vázquez, 1998; Lluch, 1999; Seligman, 1998; Tetrick, 2002).

Avia y Vázquez (1998) consideran que podemos diferenciar entre razones de atracción y razones de empuje. Las segundas hacen referencia a lo que expulsa de una situación; las primeras a lo que atrae hacia una situación. El empuje no asegura ningún progreso, ni es en sí mismo garantía de salud. En este sentido apunta el desarrollo de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva, la cual se interesa en conocer las causas de la salud en el trabajo y las posibles consecuencias asociadas, colocando el énfasis en el lado positivo del trabajo. En lugar de centrarse en daños, enfermedades, trastornos y disfunciones (las 4 D's en inglés), su objetivo es investigar cómo los contextos de trabajo afectan y se ven afectados por las relaciones positivas, las emociones positivas y los significados positivos (Bakker y Rodríguez, 2012; Bakker, Rodríguez, y Derks, 2012; Cameron, Dutton, y Quinn, 2003; Salanova y Llorens, 2009).

Entre las propuestas más destacadas están aquellas que se centran en los factores de la propia actividad (por ejemplo, el compromiso laboral -Bakker, Schaufeli, Leiter, y Taris, 2008- o el flow), mientras que otras se centran en las actividades extralaborales (por ejemplo, el modelo de Recuperación -Sonnetag y Fritz, 2007-). En este sentido, por ejemplo, el distanciamiento favorece el bienestar a largo plazo, disminuye el estado de ánimo negativo, modera algunos riesgos psicosociales como el conflicto trabajo-ocio o el acoso laboral.

Hay autores, como Bakker y Schaufeli (2008), que consideran que la Psicología de la Salud Ocupacional debe alejarse de las 4 D's porque es improbable que los factores que generan los problemas de salud, sean los mismos que conducen a las situaciones de

salud y bienestar. Sin embargo, aquí consideramos necesario combinar ambos enfoques, si realmente se quiere alcanzar una salud más completa. Como se ha señalado al describir el constructo del bienestar, éste está compuesto por 3 factores: uno cognitivo y otros 2 afectivos. El cognitivo surge de evaluar todos los componentes relevantes, en este caso del contexto laboral; y en los afectivos encontramos aquellos que se generan a partir de estados positivos y aquellos que surgen a partir de estados negativos. Por lo que, entendemos que la Psicología de la Salud Ocupacional, lejos de convertirse en positiva y negativa lo que ha de plantearse es ser compleja y completa.

Más allá de la salud ocupacional se está planteando la Gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (Hernando y Arévalo, 2013), en el marco de la Responsabilidad Social de la Empresa. Incorpora los procesos de administración y gestión, con la finalidad de lograr la integración de la prevención en la gestión estratégica de la empresa. Los dos ejes sobre lo que se construye esta gestión son: la integración de la gestión en los procesos de la empresa, y la gestión de los riesgos en las situaciones de trabajo. Con el primer eje se intenta dar respuesta a la reforma del marco normativo, ya indicada. De esta forma se muestra el nivel de madurez que las organizaciones tienen sobre la salud laboral, evidenciada en el posicionamiento que ésta tiene en su estructura y cultura. El reto que plantea la Gestión de la seguridad y la salud en el trabajo afecta a tres planos (Hernando y Arévalo, 2013):

- Nivel estratégico: Inclusión en el direccionamiento estratégico de la compañía de la estructuración de sistemas de trabajo seguros y saludables, además de económicamente viables.
- Nivel táctico: Administración de la unidad de negocio, integrando en la rentabilidad del mismo el costo humano con el costo de producción, para determinar concretamente la efectividad del sistema de trabajo que tiene a su cargo. No sólo se preocupan por los resultados económicos, sino de la calidad de vida laboral de quienes tienen a su cargo.
- Nivel operativo: Los trabajadores son sujetos de intervención durante el análisis y la transformación de las situaciones de trabajo.

Ahora bien, lo que se viene observando es que la introducción de estos sistemas de gestión (al estilo del propuesto en la OSHA 18001) no conlleva la mejora de las condiciones de trabajo, pues son específicos. Esto es, en muchos de estos sistemas la salud ha pasado a ser concebida más como el cumplimiento de una serie de procedimientos que se han de auditar, que como el logro de mayores niveles de salud y seguridad. De esta forma el medio se convierte en fin, y el fin acaba por desaparecer. Para superar este obstáculo se han de plantear vías que conviertan la actividad preventiva en las organizaciones en una función organizativa más, y que logren que no sea percibida como una función extraña.

En etapas anteriores, el interés por la salud laboral se entendía desde y para la organización. Los cambios sociales, culturales, organizativos y económicos que estamos experimentando exigen un cambio en esta perspectiva. La salud y el bienestar dentro de una organización no pueden reducirse al estado individual de cada uno de sus miembros. Se han de tener presentes los factores ambientales, económicos y socioculturales para configurar una evaluación del bienestar colectivo (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013). En la etapa actual la actividad ya no es sólo preventiva, se busca promocionar también la salud. Se trabaja sobre múltiples niveles, integrando el papel relevante de los factores individuales, sociales y organizacionales (Díaz-Cabrera et al., 2008). La salud ha dejado de ser un problema individual, introducido dentro de las organizaciones por presión social o legislativa, para convertirse en un problema social y empresarial y, principalmente, en un derecho del trabajador (Directiva Europea 89/391/EEC, LRPL).

Como se observa, a lo largo de las diferentes etapas descritas tanto la salud laboral como su promoción dentro de las organizaciones han ido evolucionando, permitiendo captar mejor la complejidad del mundo laboral y organizacional en la que se mueve el ser humano. A través de esta evolución se va aprehendiendo mejor nuestra complejidad, abarcando la triple perspectiva biológica, psicológica y social, y añadiendo una cuarta: la ecológica. A su vez, la práctica preventiva se vuelve cada vez más holística y sistémica, respondiendo tanto a la evolución del constructo salud, como a la del constructo organización (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013).

A lo largo de este capítulo se han expuesto las características más relevantes de la felicidad, la salud, el bienestar y el malestar, entendidos como atractores esenciales del ser humano. Se ha intentado justificar su importancia en nuestra existencia, y la forma en que han sido entendidos y enfocados desde el ámbito científico. Se ha confrontado el supuesto Estado de Bienestar y nuestra Calidad de Vida con la Sociedad del malestar en la que nos encontramos. Esta confrontación nos permite evidenciar que estamos presos de múltiples paradojas, las cuales nos muestran la evidencia de que nos encontramos inmersos en un cambio de paradigma global.

En la segunda parte del capítulo nos hemos centrado en la vinculación que existe entre el mundo laboral y organizacional, y la salud y el bienestar. Se han expuesto y analizado las distintas etapas por las que ha ido evolucionando esa relación, hasta el momento actual. Se ha hecho hincapié en la sinergia que existe entre la evolución del mundo del trabajo y las organizaciones, el desarrollo de la salud laboral y la prevención de los riesgos, y la forma de enfocarlas en el mundo académico. En la parte final del capítulo hemos descrito la cuarta etapa, que perfila el estado actual de la cuestión y que nos abre a múltiples y variadas incógnitas sobre nuestro potencial de salud y bienestar en el mundo del trabajo y las organizaciones.

En el siguiente capítulo vamos a centrarnos en los factores psicosociales, como fuente de riesgo y de salud. En otro momento y lugar, tal vez hubiera sido procedente analizar otros tipos de riesgos, o analizar a los psicosociales de una forma diferente. Sin embargo, la naturaleza 'emergente' de estos factores los convierte en significativos para nuestra vida y sociedad. Entendemos que el protagonismo creciente de los mismos deviene de los cambios que están aconteciendo en el mundo del trabajo y de las organizaciones. En este sentido, se entiende que los factores psicosociales y los daños y bienestares asociados a ellos son los síntomas de ciertas configuraciones organizacionales; configuraciones que pueden ser patológicas o saludables.

En primer lugar, analizaremos las características que presentan los factores psicosociales. En segundo lugar, se describirá el impacto y las consecuencias que tienen

sobre la salud de trabajadores y organizaciones. Y, finalmente, se considerará la forma que tienen de integrarse dichos factores, las configuraciones psicosociales que emergen, y su papel, tanto en la generación del malestar y la enfermedad como en la promoción de la salud y el bienestar posmodernos.

CAPÍTULO 2

FACTORES PSICOSOCIALES: HACIA LA ACTUACIÓN HOLÍSTICA

"La tarea principal de un ser humano es darse luz a si mismo, es convertirse en lo que potencialmente se puede ser"

Erick Fromm

"Lo Uno no se disolverá en lo múltiple; y lo múltiple será, asimismo, parte de lo Uno"

2.1. DE SU 'EMERGENCIA' COMO FACTORES DE RIESGO Y DE SALUD

Las características del empleo, del entorno de trabajo y de la organización han emergido como factores fundamentales a considerar en el ámbito de la salud laboral, tanto como factores de riesgo como factores de salud, para trabajadores y para organizaciones. Los cambios que se han dado en el mundo del trabajo y de las organizaciones han convertido a dichos factores –recogidos, en el campo de la prevención laboral, bajo el epígrafe de psicosociales- en centrales, llevando el foco de atención técnica, académica, empresarial y política sobre ellos (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007, 2014; Cox, 1992; Gómez, 2007; INSHT, 2015; Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013; Occupational Safety and Health Administration –EU-OSHA-, 2007a, 2007b, 2010a; OIT, 2010; Quick, 1999a; Vandenberg et al., 2002; Wilson et al., 2004; entre otros). Su influencia en el mundo de la salud laboral ha aumentado sustancialmente en las últimas décadas, como hemos señalado en el capítulo anterior,

siendo considerados –en su vertiente dañina- como riesgos ‘emergentes’ en el nuevo milenio.

Los datos estadísticos refuerzan esta idea. Ya en 1999 se estimaba que las enfermedades causadas por el estrés, la violencia laboral y el acoso generaban el 18 % de los problemas de salud laboral (Comisión Europea, 1999). Y, como hemos visto anteriormente, actualmente el estrés, la depresión y la ansiedad se han convertido en una de las tres principales causas de enfermedad en los centros de trabajo europeos (Eurostat, 2010), y el estrés en el segundo problema de salud laboral en Europa (EU-OSHA, 2014). En el mismo sentido se expresa la OMS, según la cual los trastornos mentales y los problemas derivados de la ansiedad, la depresión y el estrés constituyen las principales causas de incapacidad laboral temporal y permanente en los países desarrollados (Valladares, Dilla, y Sacristán, 2008). Si atendemos a la percepción que los trabajadores europeos tienen de los factores de riesgo observamos que el estrés era el principal riesgo para el 53% en 2013 (EU-OSHA, 2013); y que el trato con clientes/pacientes/estudiantes difíciles se ha convertido en el principal factor de riesgo en 2015 -58% de los trabajadores- (EU-OSHA, 2015).

Aproximadamente la mitad de los trabajadores europeos consideran que estos riesgos son habituales en su lugar de trabajo. De hecho, entre el 50 y el 60% de todos los días de trabajo perdidos en Europa se pueden atribuir al estrés laboral (EU-OSHA, 2014). Un estudio realizado por Eurostat (2010), que abarcaba un período de nueve años, reportó que el 28% de los trabajadores europeos había estado expuesto a riesgos psicosociales que afectaban a su bienestar mental. La V Encuesta Europea sobre Condiciones de trabajo (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Eurofound, 2012) señala que el 16% de los trabajadores en Europa sufre ansiedad. Por su parte, la mayoría de las empresas señala a los riesgos psicosociales como uno de los principales motivos de preocupación, siendo el estrés laboral el más destacado (por el 80% de los directivos) (Eurofound y EU-OSHA, 2014).

En España, la VI Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo (INSHT, 2007) indicaba que el 14,3% de los hombres y un 20,4% de las mujeres padecían los problemas del estrés, la ansiedad o el nerviosismo. Por su parte, la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT, 2011) indica que el 23,9% de los trabajadores españoles se siente agobiado en su trabajo, que un 14,1% sufre estrés, ansiedad y nerviosismo, un 8,6% de dolor de cabeza, un 6,5% de problemas para conciliar el sueño, y un 2,9% depresión. Los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja laboral en España, tras las enfermedades osteomusculares, y el tercer grupo de enfermedades que genera más gasto al sistema sanitario público (Moreno et al., 2009).

Los análisis realizados por Gamero-Burón (2010) y Gamero-Burón y González (2008) destacan que en 2004 se contabilizaron 12,3 millones de jornadas laborales perdidas imputadas al estrés laboral. Los días de trabajo perdidos por estrés laboral suponen alrededor del 45% del número total de las ausencias. Esto implica que el coste por ausencias laborales asociado al estrés laboral alcanza un 0,11% del PIB anual y alrededor del 0,40% del ENE (Excedente Neto de Explotación). El coste del absentismo asociado al estrés por trabajador para una empresa en España supone más de mil euros anuales, a lo que habría que añadir los costes indirectos como la pérdida de satisfacción, el empeoramiento del clima, la reducción de la calidad, la pérdida de marca, etc.

La forma que hemos tenido de entender y aproximarnos a los factores psicosociales ha ido evolucionando a medida que lo ha hecho el mundo laboral y organizacional, que se ha ido construyendo un cuerpo teórico y legislativo suficiente, y que ha aumentado el interés en el ámbito académico, empresarial y profesional. Como hemos indicado en el capítulo anterior, la atención sobre estos factores creció a partir de los años 70, pero ha sido en la última época –‘Cuestionamiento y retos’– cuando se está reconociendo su relevancia e impacto para la salud en las organizaciones. Una breve exposición de algunas de las aproximaciones que se han dado al concepto nos permite ilustrar este progreso, y la complejización que se ha producido en el mismo.

El Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo (1984) y la OIT (1986) ya destacaban esa complejidad del fenómeno. Entendían que los factores psicosociales consistían en las interacciones que se producían entre, por un lado, el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción y las condiciones de su organización y, por el otro, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo. Y consideraban que esa interacción podía influir de forma nociva en la salud de los trabajadores, su rendimiento y su satisfacción en el trabajo. Esta es una definición que retoma, de nuevo, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en España (2006). Estos factores pasan, necesariamente, por la percepción y experiencias de los trabajadores. La interacción que se da entre los mismos puede ser tanto positiva como negativa, y afectar a la salud del trabajador en un sentido u otro (Gutiérrez, 2001; Kalimo, El-Batawi, y Cooper, 1988).

Más adelante, Mintzberg (1993) vincula los factores psicosociales con las condiciones organizacionales. Cox y Griffiths (1995), Cox, Griffiths, y Randall (2003), y Leka y Cox (2008) por su parte, los definen como aquellos aspectos de la concepción, el diseño, la organización y la gestión del trabajo, y de su contexto social y organizativo, que pueden causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores. De forma similar los entienden Martín y Pérez (1997), Lahera y Góngora (2002), y González (2003) los cuales coinciden al señalar a estos factores como aquellas condiciones que se relacionan directamente con la organización del trabajo, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que pueden afectar tanto al bienestar o a la salud -física, psíquica o social- del trabajador como al desarrollo del trabajo.

En sintonía con estas definiciones, desde el marco normativo, y sin hacer mención explícita los factores psicosociales, se empieza por definir lo que son las condiciones de trabajo. Éstas se entienden como cualquier característica del mismo que pueda influir de forma significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador; y, más concretamente, se señalan todas aquellas *“características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador”* (art. 4, LPRL, 1995). Y es, posteriormente, en el RD 39/1997

donde se hace mención a los aspectos sobre los que versa la psicología, a la cual se la vincula con la ergonomía y con los factores organizativos; en concreto se desatan el diseño del puesto, la carga física y mental del trabajo, los factores de naturaleza psicosocial, la estructura de la organización, las características de la empresa, del puesto e individuales.

Para González (2003) las condiciones psicosociales desfavorables pueden originar conductas y actitudes inadecuadas, y tener consecuencias perjudiciales para la salud y el bienestar del trabajador. Este autor diferencia entre dos elementos clave: las capacidades, expectativas, cultura y necesidades de los trabajadores; y los factores de la organización. Por su parte Carayon, Haims, y Yang (2001) resaltan el carácter subjetivo en la percepción del factor, así como su influencia emocional para trabajadores y gestores.

Más recientemente se ha pasado a considerar, dentro de los factores psicosociales, elementos como la política y la cultura de la organización, las relaciones sociolaborales, además de las tradicionales condiciones de empleo, características del puesto y calidad en el trabajo (Roozeboom, Houtman, y Van den Bossche, 2008). Gil-Monte (2012) y Gómez (2007), entre otros, incorporan también el entorno. De forma creciente se entiende que los factores organizativos –tanto los sociales como los organizacionales– influyen de forma peligrosa en la salud de los trabajadores (Leka et al., 2011).

Con el paso del tiempo los términos organización del trabajo y factores organizativos se convierten en expresiones intercambiables para hacer referencia a factores psicosociales y a sus consecuencias sobre la salud (Gil-Monte, 2012; OIT, 1998). Y la visión más reducida de las condiciones de trabajo se ve ampliada. De tal forma que Blanch, Sahagún, y Cervantes (2010) las definen como el conjunto de circunstancias y características ecológicas, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas, jurídicas y organizacionales en el marco de las cuales se desarrolla la actividad y las relaciones laborales.

Yendo un paso más adelante, la OMS (2010b) resalta que se ha pasado de un interés casi exclusivo por el ambiente físico de trabajo, a considerar factores como los hábitos de salud, los factores de administración de empresa, los nexos con la comunidad, y todo aquello que pueda incidir sobre la salud de los trabajadores. Esto ha conducido a la OMS (2010b) a formular el concepto de Entorno de Trabajo Saludable. Éste se entiende como

aquel en el que los empleados y el personal superior colaboran en la aplicación de un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los empleados y la sostenibilidad del lugar de trabajo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones establecidas sobre la base de las necesidades previamente determinadas: temas de salud y de seguridad en el entorno físico de trabajo; temas de salud, seguridad y bienestar en el entorno psicosocial de trabajo, con inclusión de la organización del trabajo y de la cultura laboral; recursos de salud personal en el lugar de trabajo, y maneras de participar en la comunidad para mejorar la salud de los empleados, sus familias y otros miembros de la comunidad (p. 16).

Por otro lado, desde el ámbito de la Psicología Positiva y, más concretamente, desde la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva se introduce un nuevo matiz relevante. Mientras el grueso de las investigaciones tradicionales se han centrado en la prevención frente a los riesgos, esta especialidad se centra en los factores y recursos que generan bienestar y salud (Vera, 2006). Esto supone la apertura a estados psicológicos positivos como pueden ser el optimismo, la confianza, la creatividad o la alegría (Vázquez et al., 2009). Ryff y Lee (1995) destacan seis dimensiones en el concepto de bienestar psicológico: autoaceptación, relaciones positivas con los otros, control ambiental, autonomía, propósito en la vida, y crecimiento personal.

De esta forma, aunque en algunos aspectos parezca no haberse dado ningún desarrollo y se sigan utilizando definiciones de hace más de dos décadas, podemos articular tres ejes a través de los cuales se observa la evolución que han experimentado los factores psicosociales:

- El contenido que los conforma. En este sentido, se han ido integrando factores. El interés inicial se focalizó en el puesto y el ambiente de trabajo; pero poco a poco se han ido sumando factores y ampliando el foco de actuación, para llegar hasta factores relacionados con las características de la organización y alcanzar el contexto extra-laboral (Heaney, 2003; Kang, Staniford, Dollard, y Kompier, 2008; Stresa Declaration on Workers Health, 2006).
- El destinatario de la actuación. En muchas de las conceptualizaciones el sujeto de la actuación era y sigue siendo el trabajador. Sin embargo, cada vez más, los avances recientes entienden que las mejoras preventivas y de promoción de la salud inciden también en la organización, así como en los grupos y en la comunidad (Díaz-Cabrera, 2008), por lo que las propuestas se han ampliado para considerarlos, también, sujetos de la acción.
- El marco desde el que se actúa. Como en el caso anterior, la imagen que predomina de los factores psicosociales es la de riesgo laboral. Ahora bien, los desarrollos en el campo de la salud y de la psicología, han amplificado y complejizado la forma de entender estos factores, integrando la prevención del riesgo dentro de un marco mucho más amplio como es la promoción de la salud (OMS, 1998).

Sobre el primero de los ejes, en sus primeras aproximaciones los factores psicosociales se entendieron, principalmente, como fuente de riesgo para el trabajador, y relacionados con el desempeño de su puesto de trabajo. Poco a poco se pasó a considerar otros factores más allá del puesto de trabajo, aunque vinculados con él; se introdujo el ambiente de trabajo y la organización del trabajo; y también el contexto social. Más recientemente se ha pasado a considerar las características de la propia organización (su cultura, estructura, funciones y procesos) y el entorno extra-laboral (donde se contempla tanto la conciliación vida laboral-familiar como las características del empleo y la ocupación, y la legislación relacionada con ellas). Esto ha supuesto que los factores considerados hayan aumentado ostensiblemente.

En relación con el segundo eje, durante buena parte de ese desarrollo el sujeto de la acción ha sido el trabajador. Y la lógica imperante ha sido vehiculizar la prevención de los factores psicosociales de riesgo para que incidieran lo menos posible sobre su seguridad y salud. De la mano de la teoría general de sistemas, del desarrollo de conceptos como las ciudades saludables (OMS, 1998), y del surgimiento de la aproximación multinivel a los fenómenos sociales, se toma conciencia de que hay otros sujetos de la acción en diferentes niveles, como serían: los grupos o los departamentos, la organización, y la comunidad. En este sentido, crece la idea de que la salud de cada uno de estos diferentes niveles es interdependiente y se influyen mutuamente.

Ahora bien, como apuntan MacIntosh, MacLean, y Burns (2007) la relación entre la salud individual y la organizacional ha sido interpretada en un sentido reducido. Así, la *salud organizacional* –de la que ya hemos hablado en el capítulo anterior- suele servir para justificar actividades que pueden dañar la salud de los trabajadores, desconsiderando la sostenibilidad del sistema. Por ello sugieren que debemos movernos hacia un modelo basado en la *salud en la organización* en el que se contemple la promoción de la salud interdependiente de la organización, los empleados y la comunidad, de forma que se entiendan como partes de un sistema integrador, en el que se han de autodesarrollar ambos tres. La tendencia en este eje nos ha conducido al planteamiento de las organizaciones saludables, las cuales -si tomamos como referencia la propuesta de la OMS sobre las ciudades saludables (1998)- serían aquellas que crean y mejoran continuamente sus entornos físicos y sociales; y que amplían los recursos de sus miembros y de la comunidad, de forma que se logren realizar todas sus funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de las potencialidades de los tres (personas, organizaciones y comunidad).

Finalmente, en relación con el tercer eje la perspectiva que ha imperado ha sido la de considerar los factores psicosociales desde su vertiente de riesgo. De hecho, la parte central de la salud laboral descansa sobre el concepto de riesgo laboral (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013). Sólo recientemente ha tomado fuerza la idea de que estos factores también conllevan salud y bienestar.

La OMS (1998, 2010b) diferencia entre proteger la salud y promover la salud. La prevención de la enfermedad hace referencia a las acciones que se realizan en el contexto laboral para proteger a los trabajadores de enfermedades o daños debidos a la exposición a determinados riesgos que existen en el espacio de trabajo. Destaca que dicha acción no sólo se reduce a prevenir la aparición de la enfermedad o daño reduciendo los factores de riesgo, sino que también se orienta a detener su avance y minimizar sus consecuencias. En este sentido, se establecen tres niveles preventivos: el primario, dirigido a evitar la aparición inicial del daño; el secundario, centrado en reducir las consecuencias negativas de las situaciones de riesgo; el terciario, orientado a la reinserción o rehabilitación de los trabajadores. Por su parte, la promoción de la salud se entiende como aquel proceso que posibilita que los seres humanos incrementemos el control sobre los determinantes de nuestra salud para mejorarla. Desde esta postura, la promoción de la salud no se reduce sólo a las acciones concretas que permiten fortalecer las competencias de los seres humanos, sino que constituye un proceso político y social global que implica la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas. En este sentido la participación se convierte en un factor esencial para la promoción.

Aunque entre ambos conceptos se dé, en ocasiones, una superposición de contenidos y estrategias, ambos son complementarios. Es interesante hacer notar que la perspectiva prevencionista suele emanar más del sector sanitario en el que predomina la visión de que los trabajadores se encuentran expuestos a factores de riesgo identificables. En este sentido, la perspectiva de promoción aportaría una visión incrementada, al ser una visión procedente de sectores variados y amplificada por los factores de bienestar.

Este desarrollo ya fue vislumbrado con bastante acierto por Greiner (1998; cit. en Fernández, 2014), el cual señalaba que existían diferentes formas de analizar la salud: salud en positivo versus salud en negativo, donde la tendencia era ir hacia la proactividad en la promoción de la salud; salud multidimensional y continua versus salud bidireccional y dicotómica, siendo la tendencia ir hacia el carácter dimensional en la salud de los seres humanos y la continuidad entre sus extremos –enfermo y sano-; proceso de salud versus

estado de salud, donde la tendencia es ir hacia el potencial para afrontar y regular los desequilibrios; generación de salud centrada en el individuo responsable de generar y estabilizar su salud versus generación centrada en las condiciones generadoras de salud centradas en los elementos del entorno, donde aún no se percibe una tendencia clara.

Según lo visto hasta aquí, podemos señalar que la transformación de los factores psicosociales apunta hacia una complejización, tanto desde lo que implican para la salud laboral, como desde las dimensiones que los conforman y de los sujetos sobre los que operan. Así, entendemos que los factores psicosociales pueden ser tanto promotores como riesgos para la salud. Que su efecto se deja sentir en los trabajadores, pero también en la propia organización y en la comunidad. Y que los niveles sobre los que actúan son múltiples (individual, interpersonal, grupal, organizacional y comunitario). Por todo ello, y en contra de lo expresado por Cox (1988) y de muchas de las prácticas preventivas que se llevan a cabo en las empresas, la forma de actuar sobre los mismos no puede ser similar a la que se sigue cuando se quieren prevenir los riesgos de seguridad, higiene e, incluso, ergonomía.

Una vez analizada la transformación que se ha ido produciendo en la forma de entender los factores psicosociales en el mundo del trabajo y de las organizaciones, pasamos a continuación a exponer cuáles son los principales factores psicosociales que se han tomado en consideración y cómo se agrupan.

2.2. DE SUS CARACTERÍSTICAS Y CLASIFICACIÓN

Los factores psicosociales poseen una serie de características que provienen de su propia naturaleza psicosocial (González, 2003; Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013): su efecto generalizado es la respuesta de distrés (cuando son de riesgo) y la de eutrés (cuando son de salud y bienestar); son de difícil objetivación; no están limitados en el espacio y el tiempo; la cobertura legal, aunque creciente, sigue siendo escasa; son

factores primarios y secundarios, por lo que afectan a otros factores, en sentido positivo o negativo; sus efectos pueden estar moderados por variables personales; la intervención técnica es compleja.

Siguiendo las definiciones y las reflexiones aportadas anteriormente, podemos diferenciar entre factores psicosociales de riesgo y factores psicosociales de salud y bienestar. El factor psicosocial de riesgo es todo aquel aspecto relacionado con la concepción, organización y gestión del trabajo, con su contexto social, con los factores organizacionales y extra-laborales que tenga la potencialidad de causar un efecto negativo sobre la salud de los trabajadores, de la organización y/o de la comunidad. Mientras que los factores psicosociales de salud y bienestar serían aquellos aspectos que tienen la potencialidad de causar un efecto positivo sobre la salud de trabajadores, organizaciones y/o comunidad.

La naturaleza del efecto sobre la salud –positivo o negativo- dependerá, en buena medida, del contenido del factor y de la interacción entre la experiencia y la percepción que del mismo tengan los trabajadores (Leka y Jain, 2010). Por otro lado, como señalan Moreno-Jiménez y Garrosa (2013) hay factores como la cultura organizacional, el clima laboral, y el estilo de liderazgo que pueden ser tanto positivos como negativos para la salud en la organización.

Evidentemente, la amplitud de tal definición hace que el listado de los factores psicosociales sea extenso, si bien puede estructurarse para hacerlo más operativo. Así, por ejemplo, Cox, Griffiths, y Rial-González (2005), investigando sobre el estrés laboral, establecieron diez categorías diferentes de características del trabajo, entornos de trabajo y organizaciones que pueden ser peligrosas (ver Tabla 2.1).

Tabla 2.1. Características del trabajo y su organización potencialmente peligrosas.
Fuente: Cox, Griffiths, y Rial-González, 2005.

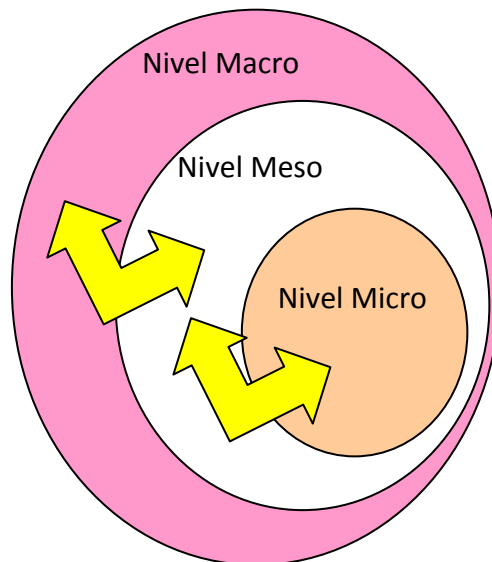
CATEGORÍA	CONDICIONES QUE DEFINEN EL PELIGRO
CONTEXTO DE TRABAJO	
Función y cultura organizativas	Comunicación pobre, bajos niveles de apoyo para la resolución de problemas y el desarrollo personal, falta de definición de objetivos organizativos.
Función en la organización	Ambigüedad y conflicto de funciones, responsabilidad por otras personas.
Desarrollo profesional	Estancamiento profesional e inseguridad, promoción excesiva o insuficiente, salario bajo, inseguridad laboral, escaso valor social del trabajo
Autonomía de toma de decisiones	Baja participación en la toma de decisiones, falta de control (latitud de decisión)/Control sobre el trabajo (el control, particularmente en forma de participación, es asimismo un contexto y una cuestión organizativa más amplia)
Relaciones interpersonales en el trabajo	Aislamiento social y físico, escasa relación con los superiores, conflicto interpersonal, falta de apoyo social
Interfaz casa-trabajo	Exigencias en conflicto entre trabajo y casa, escaso apoyo en casa, problemas profesionales duales
CONTENIDO DE TRABAJO	
Entorno laboral y equipo de trabajo	Problemas relacionados con la fiabilidad, disponibilidad, adecuación y mantenimiento o reparación del equipo y las instalaciones
Diseño de las tareas	Falta de variedad y ciclos de trabajo cortos, trabajo fragmentado o carente de significado, infrautilización de las capacidades, incertidumbre elevada
Carga de trabajo/Ritmo de trabajo	Exceso o defecto de carga de trabajo, falta de control sobre el ritmo, niveles elevados de presión en relación con el tiempo
Horario de trabajo	Trabajo en turnos, horarios inflexibles, horarios impredecibles, horarios largos o que no permiten tener vida social

De acuerdo con el *Modelo de trabajo jerárquico* formulado por el NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) (2002), si atendemos a los contenidos de los factores, las diferentes clasificaciones apuntan a la existencia de tres grandes niveles o contextos (ver Figura 2.1):

- a) Nivel micro, que incluye los factores psicosociales relacionados con el puesto de trabajo (características de las tareas, contenido del puesto, ambiente social del trabajo, roles laborales, entre otros).
- b) Nivel meso, que incorpora las características del ambiente y de la propia organización (estructuras, políticas de gestión, cultura, métodos de producción, entre otros).
- c) Nivel macro, que incluye aspectos del contexto extra-laboral (factores económicos, políticos, legales, tecnológicos, sociales y demográficos).

Figura 2.1. Niveles considerados en los factores psicosociales.

Fuente: Elaboración propia.



El análisis de diferentes clasificaciones de los factores psicosociales nos muestra que aquellos factores pertenecientes al nivel micro aparecen en todas ellas, básicamente porque fueron los primeros que se tomaron en consideración. No así los factores del nivel meso, que fueron contemplados más tarde –como hemos visto en el apartado anterior-; en la actualidad ya no son discutidos, y han pasado a constituir el foco central de las propuestas. Menos abundantes son los factores del nivel macro, cuya consideración como factores psicosociales ha tardado en ser introducida en las propuestas. Ahora bien, para poder proteger y promover la salud todos los niveles deben

ser considerados e integrados. De hecho, la separación entre ellos, en algunos casos, no resulta excesivamente clara y diáfana.

Las aproximaciones del **nivel micro** se estructuran a partir de la propuesta de Hackman y Oldham (1976, 1980) sobre las características del puesto. Según estos autores los puestos de trabajo se caracterizan por una serie de dimensiones: identidad de las tareas, importancia de las tareas, variedad de destrezas, autonomía, y retroalimentación del puesto. A éstas añaden unas variables moderadoras entre las que está el conocimiento y destreza de la persona, que expresa el grado en que el trabajador dispone del conocimiento y la habilidad adecuados para llevar a cabo con éxito el trabajo encomendado.

*Tabla 2.2. Factores y subfactores psicosociales del nivel micro.
Fuente: Elaboración propia.*

NIVEL MICRO	
FACTOR	SUBFACTORES CARACTERÍSTICOS
Ambiente físico	- Condiciones del espacio físico de trabajo
Contenido del trabajo	- Identidad/claridad de las tareas - Importancia de las tareas - Variedad de destrezas - Iniciativa y responsabilidad - Retroalimentación del puesto
Organización de las tareas	- Ritmo - Monotonía - Repetitividad - Autonomía y control - Cantidad de tareas a desempeñar - Nivel de recursos requeridos
Definición de rol	- Conflicto de rol - Ambigüedad de rol - Insuficiencia de funciones - Responsabilidad por otras personas
Relaciones interpersonales	- Tipo de relaciones - Calidad de las relaciones - Posibilidad de interacción
Supervisión-participación	- Estilo de supervisión - Medios de participación - Grado de participación
Ajuste persona puesto	- Adecuación cognitiva, social y motivacional entre el puesto y su ocupante

Los factores psicosociales relacionados con el nivel micro hacen referencia a las condiciones físicas, psicosociales y organizativas del puesto de trabajo; los más significativos son (ver Tabla 2.2)(Cuenca, 1996; Llana, 2003; De Geus y Brakel, 1996; Del Cubo, 2015; INSHT, 1998; Gómez, 2009; González, 2003; Hurtado, 2013; Leka, Griffiths y Cox, 2004; López, 2012; Moreno y Báez, 2010; Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales, 2006; OMS, 2010a, 2010b; Roozeboom, Houtman, y Van den Bossche, 2008; Silva, 2006; Wilson et al., 2004; entre otros):

- a) El ambiente físico, es decir, el espacio físico o material en cual se desarrollan las tareas. Se consideran aquí tanto condiciones físicas, como químicas, biológicas, y ergonómicas (temperatura, ruido, vibraciones, iluminación, entre otros).
- b) El contenido del trabajo. Este factor hace referencia al grado en que el conjunto de tareas que desempeña el trabajador activan una cierta variedad de capacidades humanas, responden a una serie de necesidades y expectativas del trabajador, y permiten su desarrollo psicológico. Los aspectos más significativos que configuran este factor son: identidad/claridad de las tareas, importancia de las tareas, variedad de destrezas (oportunidad para el uso de habilidades físicas, mentales, sociales o emocionales), iniciativa y responsabilidad, y retroalimentación del puesto.
- c) La organización de las tareas. Éste, junto al anterior, es uno de los factores tradicionales más significativos. Hace referencia a aspectos como: ritmo, presión temporal, monotonía, repetitividad, autonomía y control (tanto de la toma de decisiones –por ejemplo, orden de las tareas, abandonar el puesto- como de los tiempos – por ejemplo, sobre las pausas-), cantidad de tareas a desempeñar, nivel de recursos requeridos (sobrecarga/fracaso, cualitativa/cuantitativa).
- d) La definición de rol. Hace referencia a la función que desempeña el trabajador en la organización. Los dos subfactores más extendidos son el conflicto de rol (contradicciones entre las diversas funciones que se demandan) y la ambigüedad de rol (desconocimiento o indefinición del papel que se ha de desempeñar). Junto a éstos, están la insuficiencia de funciones (la organización no es capaz de utilizar plenamente las capacidades y formación de sus trabajadores) y la responsabilidad

por otras personas (que se dan en aquellos profesionales que están en contacto continuado con personas y tienen una alta responsabilidad sobre éstas).

- e) Relaciones interpersonales. Hace referencia al tipo y calidad de las relaciones (con superiores, compañeros y subordinados) que se dan en el puesto de trabajo. Se consideran también las posibilidades de interacción.
- f) Supervisión-participación. Hace referencia al estilo de dirección, los medios de participación, el grado de participación, y el apoyo social.
- g) Ajuste persona puesto. Este factor considera hasta qué punto las características del puesto se adecuan a las expectativas y competencias del trabajador.

La combinación de estos factores conduce a establecer una diferenciación entre prácticas transaccionales y prácticas relacionales en el puesto de trabajo. Las transaccionales son aquellas que se corresponden con la dimensión clásica recogida en la relación de empleo tradicional, y están orientadas a incrementar la eficiencia y el control de los trabajadores (Martín, 2011); aquí se encuentran el contenido del trabajo y la organización de las tareas. Por su parte las relacionales son prácticas orientadas a satisfacer la dimensión socio-relacional del trabajador, y a favorecer su participación, confianza y colaboración; aquí se encuentran las relaciones interpersonales y la supervisión-participación.

La evidencia de que los factores psicosociales del nivel micro inciden sobre la salud del trabajador es abundante. Entre los que han mostrado que tienen un mayor efecto sobre dicha salud se encuentran: autonomía y control; variedad de las destrezas; ajuste persona-puesto (oportunidad para el uso de habilidades); demandas realistas (ritmo, cantidad de tareas a desempeñar y nivel de recursos requeridos) identidad/claridad de tareas; adecuada definición del rol laboral; oportunidades para las relaciones interpersonales; y retroalimentación (Boada, De Diego, y Agulló, 2004; Bond, 2004; Bond y Hayes, 2002; Cartwright y Cooper, 1993; Clark, 1998; Danna y Griffin, 1999; De Lange et al., 2004; Freeborn, 2001; Gil-Monte y Peiró, 1997; Hodson y Roscigno, 2004; Martín et al., 2007; Mcneely, 1996; Sparks, Faragher, y Cooper, 2001; Wilson et al., 2004; entre

otros). El Modelo Demandas-Control-Apoyo (Johnson y Hall, 1988; Karasek y Theorell, 1990) se basa en esta aproximación.

El **nivel meso** tiene cada vez mayor peso a la hora de considerar los factores psicosociales (Vandenberg et al., 2002; Wilson et al., 2004). En él se considera la organización, tanto en su vertiente social como en su vertiente de administración y dirección. Se entiende que los factores organizacionales son el resultado del diseño organizativo, mediante el cual se conecta la estructura de la organización con otros sistemas dentro de la misma, para crear un sistema sinérgico único. A partir de ese diseño surge la forma organizativa, entendida como *“todas aquellas características de una organización que la identifican como una entidad diferente de otra y, al mismo tiempo, la clasifican como miembro de un grupo de organizaciones similares”* (Romanelli, 1991, p. 81-82).

En este nivel los factores organizacionales están determinados por (Fernández y Suárez, 1996; Grant, 1991; Martín, 2011; Mintzberg y Quinn, 1993):

- Los elementos de la estructura de la organización (autoridad, especialización, departamentalización, cadena de mando, tramo de control, centralización/descentralización y formalización) que reflejan el diseño organizativo de la empresa.
- Los patrones de coordinación, de rutinas organizativas, que surgen de la necesidad de combinar, integrar y movilizar los recursos y capacidades con los que cuenta la organización.
- La ideología o cultura de la organización.

Tabla 2.3. Factores y subfactores psicosociales del nivel meso.
Fuente: Elaboración propia.

NIVEL MESO	
FACTOR	SUBFACTORES CARACTERÍSTICOS
Enfoque en dirección y organización del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Administración del trabajo - Estructura organizativa - Mecanismos de coordinación - Sistema de control - Estrategia empresarial - Herramientas de gestión - Políticas generales de la empresa
Cultura institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Visión - Valores y normas - Justicia organizacional - Interés por el trabajador
Clima social y relaciones en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social - Gestión y calidad de la participación - Gestión y calidad de la comunicación - Características y tipo de gestión de los conflictos - Dinámicas colaborativas vs. competitivas
Estilo de gestión y liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad - Grado de proximidad - Forma de evaluar el desempeño - Tipo de liderazgo
Regulación del tiempo o del programa de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Horario de trabajo - Turnos de trabajo - Horas de trabajo - Flexibilidad, adaptabilidad y regulación de los tiempos
Formas de remuneración y reconocimiento laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas extrínsecas de la remuneración - Aspectos intrínsecos de la remuneración
Oportunidades de desarrollo y promoción	<ul style="list-style-type: none"> - Opciones de desarrollo de carrera (vertical y/o horizontal) - Formación continua
Dinámica de cambios	<ul style="list-style-type: none"> - Grado y velocidad de la innovación - Grado y velocidad de la adaptación de la organización - Procesos de reestructuración - Gestión de las modificaciones sustanciales en las condiciones de trabajo
Condiciones del empleo	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de contrato - Antigüedad en la organización - Retribución - Estabilidad laboral
Organización de la actividad preventiva	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones y recursos para la prevención general - Acciones y recursos para la prevención específica sobre los factores de riesgo psicosociales

Los factores psicosociales más significativos del nivel meso son (ver Tabla 2.3) (Cuenca, 1996; Llana, 2003; De Geus y Brakel, 1996; Del Cubo, 2015; INSHT, 1998; Gómez, 2009; Hurtado, 2013; Leka, Griffiths y Cox, 2004; López, 2012; Moreno y Báez, 2010; Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales, 2006; OMS, 2010a, 2010b; Roozeboom, Houtman, y Van den Bossche, 2008; Silva, 2006; Wilson et al., 2004; entre otros):

- a) El enfoque en la dirección y organización del trabajo: que incluye la administración del trabajo (diseño y métodos), la estructura organizativa (horizontal-vertical), los mecanismos de coordinación, el sistema de control, la estrategia empresarial, las herramientas de gestión y las políticas generales de la empresa (especialmente las de Recursos Humanos y de Responsabilidad Social Corporativa). Estos elementos se ven reflejados en aspectos más concretos del nivel micro.
- b) La cultura institucional, que viene determinada por la visión de la organización, y que se plasma en los valores, las normas de funcionamiento y los significados compartidos. Entre los aspectos más destacados están la justicia organizacional y el interés por el trabajador.
- c) El clima social y las relaciones en el trabajo, en este nivel, especialmente, se hace énfasis a las relaciones verticales y que van más allá del entorno del puesto, que se concretan en: el apoyo social que recibe el trabajador, la gestión y calidad de la participación y de la comunicación (formal e informal), la existencia y forma de gestión de los conflictos, y la existencia de dinámicas colaborativas vs. competitivas.
- d) El estilo de gestión y liderazgo, que considera aspectos como la accesibilidad, el grado de proximidad del superior, la forma de evaluar el desempeño, el tipo de liderazgo que predomina en la organización.
- e) Regulación del tiempo o del programa de trabajo. En este factor se consideran aspectos como las características del horario de trabajo, los turnos de trabajo, o las horas de trabajo, junto con su flexibilidad, adaptabilidad y formas de regulación.

- f) Formas de remuneración y reconocimiento del trabajo realizado, que hacen referencia tanto a aspectos extrínsecos (como pueden ser salarios, primas, o pluses) como a aspectos intrínsecos y sociales (como puede ser el salario emocional, el reconocimiento público de meritos, facilitar la mejora de competencias, o la propuesta para promociones –verticales y/u horizontales-)
- g) Oportunidades de desarrollo y promoción, es decir, el futuro profesional que puede esperar el trabajador y que le permite hacer planes y desarrollar objetivos y metas. En este factor son importantes las opciones de desarrollo de carrera (vertical y/u horizontal), y la formación continua.
- h) La dinámica de cambios en el lugar de trabajo, que se relaciona con el grado y la velocidad de innovación y adaptación a las situaciones cambiantes. Aquí se consideran también los procesos de reestructuración y modificaciones sustanciales en las condiciones de trabajo, derivadas tanto de condicionantes tecnológicos, como legales, ambientales, estratégicos y económicos.
- i) Condiciones del empleo. Como señala la OIT (Somavía, 1999) el primer objetivo, en el mundo del empleo, pasa por tener un trabajo decente o digno. Y en segundo lugar, por alcanzar un empleo justo (Benach, Muntaner y Santana, 2007). Deriva de la política de Relaciones Laborales que sigue la organización; y que incide en la estabilidad de las condiciones de empleo que conducen a la precarización de la vida laboral y extra-laboral. Se consideran aspectos como el tipo de contrato, la antigüedad en la organización, el salario comparado, y las perspectivas de estabilidad laboral.
- j) La organización de la actividad preventiva, especialmente la relacionada con los factores psicosociales. Acciones y recursos de que dispone la organización para prevenir los riesgos para la salud de sus trabajadores, y vigilar y apoyar constantemente su salud física y mental. En el ámbito en el que se circunscribe este trabajo interesan las acciones y recursos centrados, específicamente, sobre los factores psicosociales.

En este apartado, Blanch (2011) diferencia entre aspectos orientados a la regulación (regulación del tiempo, condiciones de empleo, organización del trabajo) y

aspectos orientados al desarrollo (oportunidades de desarrollo y promoción, justicia, participación, cultura y clima organizacional –especialmente el apoyo-).

Finalmente, tenemos los factores psicosociales propios del **nivel macro**. Este nivel hace referencia a la vinculación entre la organización y su entorno; en nuestro caso, principalmente, con su entorno social, es decir, con la comunidad. Hay que tener presente que la propia evolución de las organizaciones hace que éstas sean cada vez más permeables y que sus límites aumenten en borrosidad, lo que las hace también más inclusivas. Este plano comprende las actividades, conocimientos y otros recursos que una empresa proporciona a la comunidad o hacen que se conecte con la comunidad dentro de la cual opera; y aquellos que afectan a la salud física y mental, a la seguridad, y al bienestar de los empleados y sus familias. Esto incluye actividades, conocimientos y recursos proporcionados al entorno local inmediato, pero también al más extenso entorno global.

*Tabla 2.4. Factores y subfactores psicosociales del nivel macro.
Fuente: Elaboración propia.*

NIVEL MACRO	
FACTOR	SUBFACTORES CARACTERÍSTICOS
Conciliación de la vida laboral y familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibrio trabajo-tiempo libre - Conflicto trabajo-tiempo libre
Condiciones socio-laborales de empleo	<ul style="list-style-type: none"> - Características del convenio colectivo - Marco legislativo laboral
Estado de bienestar social (calidad de vida)	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de servicios y recursos sociales (logística de transporte, seguimiento de la alimentación, establecimiento de pautas de conducta saludables, apoyo en la educación y vivienda, sistema de cuidado y atención ocupacional, ...)

Aunque, a priori, una aproximación como esta pueda implicar una cantidad ingente de factores, de momento el número de factores psicosociales considerados desde el nivel macro es reducido. Esto puede deberse a que es un nivel al que se está empezando a abrir el mundo de la salud laboral. Entre los factores más reseñados caben destacar los siguientes (ver Tabla 2.4) (De Geus y Brakel, 1996; Greenhaus y Powell, 2006; Hurtado,

2013; Munduate et al., 2014; OMS, 2010a, 2010b; Romeo, Yepes-Baldó, y Berger, 2014; Roozeboom, Houtman, y Van den Bossche, 2008; Williams y Alliger, 1994; entre otros):

- a) La conciliación de la vida laboral y familiar. Este es uno de los problemas crecientes en el mundo laboral actual, y que genera importantes retos en la mejora de la salud y la seguridad en el trabajo. Se refiere a la familia y a la vida doméstica, pero también al ámbito más general de la vida fuera del trabajo. Es cierto que la conciliación es un derecho recogido por la Ley Orgánica 3/2007 de igualdad efectiva entre hombres y mujeres (art. 44); igualmente, se contempla en el Estatuto de los trabajadores la posibilidad de adaptar la duración y la distribución de la jornada de trabajo para hacer efectivo su derecho a la conciliación (art. 34.8). Sin embargo, en muchas ocasiones, el tiempo de trabajo viene marcado por factores de mercado o socio-culturales, y tal conciliación resulta compleja o casi imposible. La literatura tiende a diferenciar entre dos grandes aspectos: el equilibrio entre el trabajo y el tiempo libre, y el conflicto entre ambas esferas de vida (conflicto inter-rol).
- b) Condiciones socio-laborales de empleo, que regulan las relaciones laborales entre trabajadores y organizaciones, y que ofrecen la protección jurídica de las partes. Aquí destacan aspectos como el convenio colectivo que regula las relaciones laborales de la organización, y el marco legal existente en materia de empleo y contratación.
- c) Nivel de bienestar social de la comunidad (calidad de vida), en el que se considera la existencia, disponibilidad y acceso a determinado tipo de recursos como puede ser la logística de transporte entre el trabajo y el hogar, el control y seguimiento de la alimentación, el establecimiento de pautas de conducta saludables, la facilitación del acceso a opciones de educación y vivienda adecuadas y próximas, el sistema de cuidado y atención ocupacional, entre otros, y el papel que la organización juega en ellos.

Para terminar con esta recopilación de factores, hay que indicar que diferentes propuestas consideran también los factores personales (De Geus y Brakel, 1996; González, 2003; Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales, 2006; entre otras).

Entre estos factores se incluyen aspectos como: los criterios de selección, las historia personal del trabajador; su potencial (habilidades, conocimientos y actitudes); su formación; sus expectativas; sus valores; sus necesidades; su personalidad; su edad, estado civil y sexo; su estado de salud y fatiga; su vida familiar; y el entorno social en el que se desenvuelve.

La propuesta de evolución de los factores psicosociales, junto a este listado por niveles, nos lleva a formular nuestro ***primer objetivo de investigación***:

Comprobar cómo se está produciendo la amplificación de los factores psicosociales en el mundo del trabajo y de las organizaciones; en concreto, analizar el papel que juegan los diferentes factores psicosociales de los distintos niveles (micro-meso-macro), y sus efectos sobre la salud y el daño de diferentes colectivos (trabajadores-organización-comunidad).

Ahora bien, como ya hemos señalado con anterioridad, aunque en las diferentes clasificaciones abundan los factores psicosociales de riesgo, algo que parece lógico dado el peso que la perspectiva prevencionista ha tenido en este ámbito, las últimas décadas se han caracterizado por ir incorporando los factores que incrementan la salud y el bienestar. Así pues, entre todos estos factores psicosociales enunciados resultaría oportuno poder diferenciar entre aquellos que son factores de riesgo, aquellos que son factores de salud y bienestar, y aquellos otros que poseen un carácter ambivalente.

En este sentido, resulta interesante destacar las aportaciones que diferencian entre recursos y demandas laborales. Siguiendo los planteamientos del Modelo de Demandas-Recursos laborales (Bakker, Demerouti, de Boer, y Schaufeli, 2003; Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Schaufeli, 2001) y el Modelo del proceso dual (Schaufeli y Bakker, 2004) entre los factores psicosociales podemos encontrar algunos que actúan como demandas (factores de riesgo) y otros que lo hacen como recursos (factores de salud y bienestar). Las demandas hacen referencia a los aspectos físicos, psicológicos, sociales, y organizacionales que exigen al trabajador un cierto esfuerzo físico y/o psicológico

(Demerouti et al., 2001); su valor como daño llega cuando implican un gran esfuerzo y conllevan costes para el trabajador. Por su parte, los recursos resultan de utilidad para equilibrar esas demandas y son fuente de potencial motivacional. De esta forma los factores psicosociales que actúan como demandas serían factores a prevenir pues activan un proceso de deterioro de la salud; mientras que los factores que actúan como recursos serían factores a potenciar, pues activan un proceso motivacional. Entre ambos procesos se da una interacción, de tal forma que la disponibilidad de más recursos ayuda a afrontar la exigencia de las demandas (Bakker y Demerouti, 2013). Podemos encontrar demandas que suponen un reto y demandas que suponen un obstáculo; y recursos estructurales y recursos sociales (Tims, Bakker, y Derks, 2012).

Entre las principales demandas, en el nivel micro, destacan aquellas que se relacionan con la organización de las tareas y que acaban por generar altos niveles de carga (física, mental y/o emocional); las más significativas serían el ritmo, la presión temporal, la monotonía y la repetitividad. Otra demanda relevante es la deficiente definición del rol (tanto conflicto como ambigüedad de rol). Un tercer grupo de demandas guarda relación con las relaciones interpersonales y con la supervisión (Bakker y Demerouti, 2013; Bakker et al., 2003; Demerouti et al., 2001; Salanova, Cifre, Martínez y Llorens, 2007). En cuanto al nivel meso, la falta de seguridad y estabilidad en las condiciones de empleo es una de las demandas más significativas (Salanova et al., 2007).

Entre los recursos, en el nivel micro se señalan como los más esenciales los siguientes (Bakker et al., 2003; Del Cubo, 2015; Demerouti et al., 2001; Salanova et al., 2007; Warr, 1990): identidad/claridad de las tareas, autonomía y control en el trabajo, oportunidad para el contacto social, variedad de tareas, feedback sobre el trabajo, adecuada definición del rol laboral, seguridad física en el trabajo, y trabajo valorado socialmente.

Por su parte, en el nivel meso se destacan los siguientes recursos: compensaciones tras el esfuerzo (tanto en seguridad, como en estima y salario), seguridad en el puesto, oportunidad para el desarrollo de carrera, apoyo social, clima social, estilo de liderazgo,

participación, formación organizacional, prevención de los riesgos laborales, empoderamiento de los trabajadores, y promoción de la colaboración (Declaración de Yakarta, 1997; Del Cubo, 2015; Eurofound y EU-OSHA, 2014; OMS, 1998; Salanova et al., 2007). También se enfatiza el papel de ciertas prácticas organizativas como son (Declaración de Yakarta, 1997; Salanova et al., 2007): selección y socialización, cultura organizacional saludable, calidad organizacional, y comunicación organizacional.

En el nivel macro, se entiende que facilitar la conciliación entre la vida laboral y la personal constituye un recurso importante (Eurofound y EU-OSHA, 2014; Salanova et al., 2007). Igualmente, incrementar la capacidad de la comunidad y fortalecer la acción comunitaria para la salud (Declaración de Yakarta, 1997; OMS, 1998).

Cabe indicar que, aunque estos modelos tienen un importante valor explicativo, su poder operativo es menor. El principal problema radica en que hay factores que pueden ser considerados, a la vez, demandas y recursos, dependiendo del nivel en que estén presentes en el ambiente laboral. Así, por ejemplo, la autonomía es un recurso importante pero, cuando la autonomía es total y el trabajador no dispone de las capacidades necesarias o de la supervisión adecuada, se convierte en una demanda importante. Por otro lado, la filosofía que se esconde tras los conceptos demanda y recurso es, esencialmente, utilitarista y funcional. Desde la misma se transmite una visión reducida de lo que puede implicar el trabajo como fuente de realización, y se limita la capacidad del trabajo como promotor de salud.

Para complementar esta amplia exposición y clasificación de factores psicosociales consideramos oportuno incluir la percepción que tienen los trabajadores sobre a cuáles de esos factores de riesgo se hallan más expuestos en su trabajo. Para ello, tomamos en consideración diferentes encuestas europeas y españolas.

En la encuesta europea llevada a cabo por EU-OSHA (2014), entre los principales factores psicosociales de riesgo se destaca la reorganización del trabajo o la precariedad laboral (72% de los encuestados), las largas jornadas laborales o una excesiva carga de

trabajo (66%) y sentirse intimidado o acosado en el trabajo (59%). En el estudio ESENER-2 (EU-OSHA, 2015) el trato con clientes/pacientes/estudiantes difíciles encabeza la lista de todos los factores de riesgo. Otros de los factores de riesgo relevantes que aparecen en dicho estudio son: realizar tareas bajo presión temporal, tener horarios de trabajo extensos o por turnos, una mala comunicación o cooperación dentro de la organización, y las condiciones de inseguridad laboral. En ambas encuestas se destaca que la prevención de los factores psicosociales de riesgo apenas se ha desarrollado, si tenemos en cuenta el importante papel que ocupan estos riesgos en la salud de los trabajadores y de la organización, y su impacto sobre otros factores de riesgo. Así, por ejemplo, casi la mitad de los trabajadores (4 de cada 10) considera que el estrés no se gestiona adecuadamente en su lugar de trabajo (EU-OSHA, 2014).

El análisis comparativo entre las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo de 2007 y 2011 nos muestra que las condiciones laborales relacionadas con los factores psicosociales han empeorado. De todas ellas, la que más se ha agravado es la seguridad en el empleo; la preocupación por perder el empleo ha pasado de un 21,9% a un 51,4%. También ha aumentando la preocupación por padecer una enfermedad laboral (del 19,5% al 22,5%); mientras que el riesgo de tener un accidente se ha mantenido.

Esta comparativa nos permite comprobar como ha aumentado la percepción de que, cada vez, se está más expuesto a los factores psicosociales de riesgo. Así, han aumentado: el nivel de atención que se requiere en el desempeño de los puestos (pasamos de una incidencia sobre el 67% de la población al 77,6%); la exigencia en el trato con el público (pasamos del 58,6% al 64%); el ritmo de trabajo elevado (se pasa de una incidencia sobre el 44% al 46%); la cantidad de tareas que se atienden a la vez (pasamos del 41,2% al 45,3%); trabajar con plazos muy estrictos (se ha pasado del 33,5% al 35%); la sensación de agobio por el exceso de trabajo (se pasa del 20,3% al 24%). Se han deteriorado las relaciones con otras personas no empleadas (de 14,5% a 15,3%), con los jefes (de 10,4% a 12,4%), y con los compañeros (de 9,2% a 12,2%); y se ha perdido autonomía (de 11,2% a 13,9%). Por el contrario, ha mejorado la percepción de los esfuerzos físicos que se realizan, las posturas que se adoptan, la cantidad de trabajo, la

monotonía, la dificultad de las tareas, y el horario. En general, la incidencia de los factores ergonómicos, biológicos, químicos y de seguridad ha descendido.

En la encuesta de 2011 (INSHT, 2011) el 86,4% de los trabajadores indica que su salud se ve perjudicada por el trabajo, sobre todo en cuanto a cansancio, agotamiento, trastornos músculo-esqueléticos, estrés, ansiedad o nerviosismo. El 22,6% de los trabajadores tiene dificultad para compatibilizar su vida laboral y personal. El 13,6% de los trabajadores prolonga su jornada recibiendo compensación y el 16,7% sin compensación (en el caso de directivos 4 de cada 10). En cuanto al apoyo social y al reconocimiento, el 7,3% de los trabajadores señala que no recibe ayuda de compañeros, y el 16,9% no la recibe de sus superiores.

Por su parte, la VIII Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (INSHT, 2010) informa sobre el grado de satisfacción de los trabajadores con algunos de los aspectos relacionados con la organización y la realización de su trabajo. Las puntuaciones obtenidas (sobre 10) son: actividad desarrollada (7,8), desarrollo personal (7,6), autonomía (7,5), salud y seguridad del puesto (7,4), motivación (7,2), valoración superiores (7,2), organización del trabajo (7,1), participación tareas (6,9), formación (6), y posibilidades de promoción (5,2).

Mientras, el estudio de Towers Watson (2010) indica que el 46% de los trabajadores españoles se define como desmotivado, y sólo un 16% se siente comprometido con su organización. Este estudio destaca que el factor que más influye en el compromiso es el tipo de liderazgo que se dé en la organización. Ahora bien, a pesar de esa falta de compromiso, un 53% de los trabajadores españoles no tiene ninguna intención de abandonar su organización.

Hemos señalado que al malestar y al bienestar se llega por dos caminos ortogonales; así como que ambos son dos atractores humanos esenciales. Y que para alcanzar el ‘desarrollo pleno’ se ha de trabajar tanto en la prevención de los riesgos como en la promoción de la salud. También hemos visto que hay factores que actúan como demandas y otros como recursos. Al hilo de estas reflexiones se articula nuestro **segundo objetivo de investigación**:

Comprobar si la promoción de la salud y la prevención de los riesgos se alcanzan a través de los mismos factores o si existen diferencias significativas entre los factores implicados en cada dinámica (de daño y de salud).

Hasta aquí hemos listado cuáles son los principales factores psicosociales considerados por la literatura, y de qué forma pueden ser clasificados –según su contexto de actuación y su funcionalidad-. También hemos señalado a cuáles se perciben más expuestos los trabajadores. En el siguiente apartado pasamos a analizar el impacto que estos factores –de riesgo y de salud- tienen sobre la vida de los trabajadores y de las propias organizaciones.

2.3. DE SUS CONSECUENCIAS

Todos estos factores psicosociales, en tanto que condiciones de trabajo, pueden alterar la salud y el bienestar de trabajadores y organizaciones, generando daño o salud. Ahora bien, su impacto por separado resulta escaso. Para que se produzcan consecuencias notables se debe dar una combinación de factores. Cuando esa combinación es dañina aparecen los *riesgos laborales*, y cuando es benigna las *dinámicas de salud en la organización*.

Los riesgos son la cristalización de una serie de condiciones de trabajo deficientes. Se definen, en la LPRL (art. 4), como “*la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista*

de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo”.

Entre los principales riesgos psicosociales se encuentran (Blanch, 2011; Carbonell, Gimeno y Mejías, 2008; EU-OSHA, 2007a, 2007b, 2009a, 2009b, 2010b; González, 2003; Holman, Martínez-Iñigo, y Totterdell, 2008; Melero et al., 2011; Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013; Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales, 2006; Salanova et al., 2007): la intensificación de la carga de trabajo (física, mental y/o emocional), el estrés, el burnout, el boreaut, la adicción al trabajo, la violencia y el acoso, la precarización contractual, la vulnerabilidad a la exclusión, el conflicto trabajo-familia, el absentismo, el presentismo, entre otros.

Estos riesgos acaban causando una serie de daños. Se entiende por daño cualquier alteración negativa de la salud que esté relacionada, causada o agravada por las condiciones en las que se desempeña el trabajo.

Haciendo referencia a los trabajadores, la LPRL (art. 4) define los daños como *“las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”*. Los diferentes tipos de daños que se producen derivan de la presencia y gravedad de esos riesgos y, a su vez, de los factores psicosociales de riesgo que los causan. Los daños se evidencian a través de: síntomas fisiológicos como las reacciones endocrinas; mecanismos emocionales como la ansiedad, la depresión o la apatía; aspectos cognitivos como los problemas de memoria, de concentración, de creatividad, de toma de decisiones, de atención; comportamientos como el abuso en el consumo de sustancias, la violencia, los problemas alimenticios, los problemas de sueño, o la asunción de riesgos innecesarios; y aspectos sociales como la pérdida de ganas por estar con otras personas, entre otros.

Los daños provocados por los factores psicosociales de riesgo en los trabajadores van apareciendo de forma lenta y acumulativa (Leka, Griffiths, y Cox, 2003; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007), y se reflejan en

múltiples y variados trastornos. Esos daños se observan en trastornos cardiovasculares (hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, arteriosclerosis, infartos de miocardio, ...), respiratorios, gastrointestinales, musculares, dermatológicos, sexuales, endocrinos, inmunológicos, síndrome metabólico y con ansiedad y depresión, quejas psicosomáticas, irritabilidad, consumo de sustancias (tabaco, alcohol, tranquilizantes, etc.), inactividad física, lumbalgias, gripes, cefaleas, insomnio y cansancio, agotamiento emocional, pobre evaluación de la salud, entre otros (Aranda et al., 2006; Belkic et al., 2004; Bonde, 2008; Bosma et al., 1997; Carbonell, Gimeno y Mejías, 2008; Gómez, 2009; González, 2003; Head, Stansfeld, y Siegrist, 2004; Heraclides et al., 2009; Holman, Martínez-Iñigo, y Totterdell, 2008; Hurtado, 2013; Karasek y Teorell, 1990; Lallukka et al., 2008; Martínez, 2009; Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcover, y Holman, 2009; Mejías, Carbonell, Gimeno y Fidalgo, 2011a; Muchinsky 2001; Murphy, 1996; Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales, 2006; Quick y Tetrick, 2003; Serrano, 2006; Soriano, Guillén y Carbonell, 2014; Siegrist y Rödel, 2006; Stansfeld y Candy, 2006; Tsutsumi et al., 2001; entre otros).

Pero los factores psicosociales de riesgo no afectan sólo a la salud y seguridad de los trabajadores. También las organizaciones y la comunidad sufren daños derivados de la presencia de esos factores. Estos daños pueden clasificarse en los siguientes tipos:

- Económicos, como puede ser la pérdida de productividad y la reducción de beneficios, o los costes derivados de la recuperación de la salud.
- De recursos, con la pérdida de talento y de ciudadanía saludable.
- Estructurales, como puede ser el surgimiento de entornos de trabajo y comunidades tóxicas.
- Sociales, entre los que estaría la degradación del clima de trabajo o el surgimiento de conflictos y situaciones de violencia, entre otros.
- De valores, que entrañan una pérdida de credibilidad por parte de la ciudadanía y de los trabajadores.

En el nivel de relación más comúnmente interpretado, resulta evidente el efecto abajo-arriba sobre la organización, que se produce por la pérdida de salud en el trabajador (Gandy et al., 2014; González, 2003; González y de la Gándara, 2004;

Martínez, 2009; Muchinsky, 2001; Niituma, 2014). Este efecto descansa sobre la visión del trabajador como recurso, y sobre el interés de la organización por disponer de trabajadores sanos. Las evidencias más palpables, por observables, son las alteraciones conductuales, directas o indirectas. Entre las directas estaría, por ejemplo, el absentismo, el incumplimiento de horarios, la escasa participación, el aumento de la conflictividad, la elevada rotación del personal, etc. Entre las indirectas estarían los errores, el descenso en la cantidad y calidad de la productividad, la toma de decisiones deficientes, etc.

Menos observables, pero no menos dañinas, resultan la insatisfacción, la pérdida de confianza, el abandono profesional, o el surgimiento de fenómenos sociales de discriminación y exclusión (como la violencia o el acoso). Según el Barómetro 'Bienestar y motivación de los empleados en Europa 2015' (Edenred e Ipsos, 2015) en España un 40% de los trabajadores no piensa continuar en su organización; un 41 % no está satisfecho con el equilibrio entre su vida personal y laboral; de hecho para un 25% su principal preocupación es el tiempo que le dedican al trabajo. Por otro lado, aumenta el número de trabajadores desmotivados con su trabajo (30%); y un 37% está muy estresado por su trabajo. El 24,2 % de los trabajadores consideran que su salud y su seguridad están en riesgo a causa de su trabajo y el 25 % han declarado que el trabajo tiene un efecto más bien negativo en su salud (Comisión Europea, 2014).

En un nivel de relación más complejo, menos considerado, de efecto arriba-abajo, la forma y cultura organizacionales pueden favorecer la presencia y concatenación de factores psicosociales que promuevan climas y prácticas organizacionales dañinos. Y que sea desde estas configuraciones organizacionales desde las que se genere el daño, tanto para los trabajadores, como para la comunidad y la propia organización. En este sentido se expresan autores como Fordyce y Weil (1976), Argyris (1979), Kets de Vries y Miller (1993) Fernández (2007) y Gimeno (2011) entre otros. También se observa el efecto arriba-abajo cuando son ciertas características del tejido empresarial, y del marco legislativo y social las que favorecen la proliferación de factores psicosociales de riesgo, que acaban por 'infectar' a todo el sistema. Dado el carácter de esta aproximación, sobre ella volveremos en el siguiente apartado.

Por su parte, las dinámicas de salud en la organización comprenden aquellos procesos que empoderan a trabajadores, organización y comunidad, dotándoles de recursos para su salud y bienestar, de forma que se potencie su máximo desarrollo mutuo sostenible. Es importante hacer notar que esas dinámicas pueden generar reactancia, tensiones y malestar en sus primeras fases, tanto en los trabajadores como en la propia organización, pues implican salir de la zona de confort; pero ya desde el corto plazo las dinámicas que surgen son virtuosas.

Entre las principales dinámicas de salud en la organización cabría destacar (Extremera, Duran y Rey, 2010; Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013; Osca, Palací, Topa, Moriano y Lisbona, 2012; Salanova et al., 2007): el engagement, el *fluir*, el empoderamiento, la inteligencia emocional, la resiliencia, la implicación y compromiso, los equipos reflexivos, la justicia organizacional, la responsabilidad social corporativa, la gestión del conocimiento, entre otras.

Las dinámicas de salud en la organización generan una serie de estados afectivos, cognitivos y motivacionales de salud y de bienestar, que favorecen una relación óptima entre puesto y ocupante, trabajador y organización, organización y entorno, y entorno y trabajador. Considerando la forma tradicional de entender el bienestar psicológico, estas dinámicas elicitan, en su nivel más básico, emociones positivas; y, de forma más estable y general, satisfacción, motivación y afectos favorables. Posteriormente, acaban conduciendo al orgullo, la significación y la inspiración por el trabajo, el trabajador, la organización y la comunidad; y, en sus niveles más elevados, a la autorrealización, la realización mutua y la fusión de la identidad. También posibilitan empatizar con las necesidades de cada uno de los subsistemas (trabajador-organización-comunidad); y, finalmente, a la toma de conciencia de su interdependencia como sistema único.

En el nivel de relación más comúnmente interpretado, la idea que subyace desde la postura abajo-arriba, es el reverso a la que se tiene en los riesgos; a saber, que los trabajadores saludables resultan más productivos (Gandy et al., 2014; Kirsten, 2014; Murphy y Lim, 1997; Salanova, 2009; entre otros). De ahí que, desde esta aproximación,

predomine una visión de la salud como valor estratégico de la organización. Por ello, se busca la optimización de los diferentes recursos relacionados con las tareas y el puesto, con el ambiente social de la organización, y con la forma organizacional, de manera que se asegure un ambiente sano, seguro e inspirador, en el que los trabajadores se sientan a gusto a la vez que vitales y enérgicos, y puedan desempeñarse con vigor y, con un poco de suerte, también con dedicación y absorción.

Desde este nivel de relación interesa, sobretodo, la satisfacción del trabajador, más que su realización o la calidad de vida laboral. Es por ello que las propuestas se centran más en la tarea en sí y en las percepciones que se tienen de ella que en las circunstancias y el entorno laboral (Tisler, 2004). Esto hace que predominen planteamientos como el de Herzberg (1968) o el de Spector (1997); y se apueste por motivar a los trabajadores a través del reto, la autonomía, la responsabilidad, un trabajo interesante y valorado por la sociedad, o la flexibilidad, enriqueciendo los puestos de trabajo a través de los factores psicosociales.

Desde el efecto arriba-abajo, se sigue la máxima de Cox (1988) de trabajar sobre el entorno para mejorar el bienestar del trabajador y la salud productiva de la organización. Por un lado, el clima organizacional se convierte en un elemento básico para potenciar las dinámicas de salud, tanto del trabajador (Michaela, Lukaszawski, y Allegrante, 1995), como de la organización (Brown y Leigh, 1996; Griffin y Mathieu, 1997; Neal y Griffin, 1997). Por otro, se trabaja en el desarrollo de políticas preventivas activas, las cuales han demostrado el retorno sobre la inversión (RSI) que generan (Kirsten, 2014): reducen los costes debidos al absentismo, disminuyen la rotación del personal, aumentan la satisfacción de los clientes, mejoran la innovación y la productividad, incrementan la motivación, mejoran la calidad y la imagen de la empresa, mejoran la eficacia productiva, aumentan la eficacia preventiva, mejoran en la gestión de los recursos humanos, se alinean con la responsabilidad social corporativa (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005, 2007; Cooper y Cartwright, 1994; De Greef y Van den Broek, 2004; Gimeno, 2011).

Este tipo de acciones de anticipación y gestión preventiva dirigidas a promover un entorno y una cultura de trabajo saludables pueden implicar beneficios económicos, con reducción de las pérdidas de productividad de hasta un 30% (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). De hecho, aquellas organizaciones y empresas en las que los trabajadores perciben que la salud y el bienestar se gestionan bien tienen un nivel de productividad más de dos veces y media más alto que aquellas otras en las que no se percibía esta sensación, y sus probabilidades de retener a trabajadores con talento era cuatro veces superior (Wang y Samson, 2009).

Así pues, cuando amplificamos nuestra concepción de los factores psicosociales se observa cómo su incidencia sobre los trabajadores y las organizaciones se produce de muy diversas maneras (De la Rosa, Hernández y Pérez, 2001; Mejías, Carbonell, Gimeno y Fidalgo, 2011b; Soriano, Guillén y Carbonell, 2014). Interesa destacar aquí que ese impacto ocurre por la integración de diferentes factores, más que por la presencia de factores aislados. A ese proceso de integración vamos a prestar atención en el siguiente apartado.

2.4. DE SU INTEGRACIÓN Y CONFIGURACIÓN

En el Capítulo 1, cuando describíamos la etapa actual por la que está transitando la salud laboral, comentábamos que uno de sus rasgos definitorios era la aproximación sistémica e integradora a dicha salud. Los factores psicosociales son un claro ejemplo del aumento de complejidad que está viviendo la salud laboral, y de la necesidad de trabajar por la consolidación de un paradigma dinámico y complejo.

Además, las condiciones de trabajo están mutando y se ven influenciadas por un número y una diversidad creciente de factores. Esto hace que su incidencia sobre la salud de trabajadores y organizaciones sea, cada vez más, caótica y multicausal. Por ello, para poder alcanzar una visión más comprehensiva del fenómeno, la investigación y la intervención sobre la salud laboral deben complejizarse.

Son cada vez más los autores que proponen la necesidad de adoptar una perspectiva holística e integradora de la salud laboral, que contemple la multicausalidad y el carácter multinivel de los factores presentes en las organizaciones (Gimeno, Grandío, y Marqués, 2013; Härenstam et al., 2003; Hernando y Arévalo, 2013; Hodson y Roscigno, 2004; Lindström, Schrey, Ahonen, y Kaleva, 2000; Newell, 1995; Wilson et al., 2004; entre otros). Esta integración también supone un acercamiento entre el mundo preventivo y el de la gestión de las personas en las organizaciones (Vîrgă, 2011), además de un alineamiento de los procesos y las estructuras organizacionales. Ésta es una necesidad que ya se había destacado en la modificación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en España (2003).

Todo ello implica que la línea de trabajo orientada a la identificación de los factores psicosociales –sobre la que ha versado la primera parte de este capítulo–, debe verse complementada con una aproximación multivariada centrada en la formulación de modelos de relaciones. De esta forma, además de introducir los componentes, se consideran las relaciones que se establecen entre ellos; y pasa a ser el sistema de factores el objeto de atención, lo que permite identificar grupos de condiciones de trabajo similares y trabajar desde las configuraciones que emergen.

Por otro lado, las dinámicas de daño y de salud surgen de la combinación de diferentes factores. Una parte de esas dinámicas son abajo-arriba, es decir, se construyen desde el factor individual hacia el factor organizacional y social. En su versión más reducida se sostienen sobre una premisa doble: que un trabajador con mala salud no resulta productivo y, en su reverso, que un trabajador saludable rinde más. Como se puede leer en el marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020 (Comisión Europea, 2014)

La buena salud de los trabajadores tiene un efecto positivo directo y medible en la productividad y contribuye a mejorar la sostenibilidad de los sistemas de seguridad social. Evitar que los trabajadores sufran accidentes graves o padezcan enfermedades profesionales y procurar que disfruten de buena salud a lo largo de

toda su vida laboral, desde el primer empleo, es clave para que puedan trabajar más tiempo (p. 2).

Es por ello que, desde esta perspectiva, se propone el desarrollo y la aplicación de medidas destinadas a promover estilos de vida saludables de los trabajadores. En el mismo sentido se expresa la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 (INSHT, 2015) la cual propone, como una línea de actuación, el fomento de la cultura de la salud potenciando hábitos saludables en el entorno laboral, y el análisis de la influencia que los hábitos de vida de los trabajadores pueden tener en los accidentes de trabajo y en las enfermedades profesionales

Pero, a parte de estas dinámicas orientadas a disponer de un 'activo humano' saludable que rentabilice/optimize las inversiones, cabe plantear dinámicas arriba-abajo que también garanticen que disponemos de un 'activo organizacional' y de un 'activo societal' saludables, en la línea marcada por la OMS (1998) con las Ciudades Saludables. En este sentido se expresan MacIntosh, MacLean, y Burns (2007) para los que prevenir los riesgos y promocionar la salud conlleva que las aplicaciones no se reducen únicamente a las acciones puntuales que permiten fortalecer las competencias de los trabajadores y a evitar su daño, sino que se trata de un proceso político y social global que conlleva un cambio sustancial en las condiciones sociales, ambientales y económicas.

Somos conscientes que, desde una visión holística, ambas dinámicas deben complementarse. Sin embargo, el actual periodo de cambio que está viviendo el mundo del trabajo y de las organizaciones, junto con la escasa atención prestada a estas segundas dinámicas, nos lleva a centrar nuestro foco en ellas.

Para poder aprehender las dinámicas arriba-abajo resulta preciso adoptar una postura configuracional. Centrándonos en el sistema organización, esta aproximación considera que los procesos y estructuras que definen a una organización presentan una consistencia interna que es la que la caracteriza. Y que es el sistema total de esos procesos y estructuras organizacionales el que permite entender y captar las ganancias y

pérdidas de salud de trabajadores y organizaciones. De acuerdo con Mintzberg (1991, p. 110) *“las configuraciones son, en esencia, sistemas en los cuales tiene más sentido hablar de redes de interrelaciones que de cualquier variable que domine sobre otra”*. En el caso de los factores psicosociales, esto supone convertir a los conjuntos sociales, los entornos de trabajo y las formas organizacionales en el objeto de análisis.

Las configuraciones son modos de poner orden, de establecer sistemas de referencia en el contexto organizativo, que recogen la esencia de la ‘forma de hacer empresa’. Surgen de la combinación de factores tangibles e intangibles. En su mayoría, se manifiestan en las prácticas cotidianas. A partir de diferentes propuestas teóricas (Covey, 1989; Fernández, 2007; Grandío, 1996; Kets de Vries y Miller, 1993; Maslow, 1971; y Mintzberg, 1991), planteamos la existencia de 5 *Configuraciones psicosociales en las organizaciones: Tóxica, Represiva, Mediocre, Estratégica y Eupsíquica*.

A continuación vamos a exponer los rasgos principales de estas propuestas teóricas y, posteriormente, describiremos las características de dichas Configuraciones psicosociales.

Mintzberg, uno de los más claros defensores del enfoque configuracional, identifica siete configuraciones organizativas a partir del análisis de los mecanismos de coordinación y de los parámetros de diseño (1991). Las 7 configuraciones que propone son:

- La *Organización empresarial*, cuyo mecanismo fundamental de coordinación es la supervisión directa, y la parte clave de la organización es el ápice estratégico.
- La *Organización* maquinal, en la que el mecanismo básico de coordinación es la normalización de los procesos de trabajo, y la parte clave de la organización se encuentra en la tecnoestructura.
- La *Organización profesional*. En este tipo el mecanismo de coordinación fundamental es la normalización de habilidades, y la parte clave de la organización se ubica en el núcleo de operaciones.

- La *Organización diversificada*, cuya coordinación se establece a través de la normalización de resultados, siendo la parte clave la línea media de la organización.
- La *Organización innovadora*, donde el mecanismo fundamental de coordinación es la adaptación mutua, y el elemento clave de la organización se encuentra en el staff de apoyo.
- La *Organización misionera*, caracterizada por la normalización de las reglas como mecanismo de coordinación, y por ser la ideología la parte clave de la organización.
- La *Organización política*, caracterizada por aquello de lo que carece: de mecanismo fundamental de coordinación y de parte clave. Vive presa de un continuo impulso a la desunión y al conflicto interno.

Por su parte Grandío (1996) realiza una propuesta evolutiva de la racionalidad, a través de la que dibuja niveles integrados de sintonización. Los 6 niveles de razón que propone son:

- *Hipnótica*, propia de las necesidades fisiológicas. Carece tanto de identidad como de independencia propia, su funcionamiento es puramente mecánico e impulsivo. El nivel de aprendizaje característico es el condicionado; y el estadio familiar.
- *Hipócrita*, propia de las necesidades de seguridad, tiene su correlato organizacional en la burocracia. En ella predomina la estructura formal y los 'puestos' a ella asociados; y las personas desempeñan un 'rol'. El proceso básico de evaluación gira en torno a la Pertenencia-Marginación. El nivel de aprendizaje es operativo; y el estadio normativo.
- *Hegemónica*, propia de las necesidades sociales y de logro. La razón se ve guiada por la necesidad de lograr, de destacar, de dirigir y estar al frente de las situaciones. Se observan ansias de independencia y de ser evaluados por los resultados. El método de investigación característico es el análisis medios-fines. La evaluación se estructura sobre el Éxito-Fracaso. El nivel de aprendizaje que la caracteriza es el imitativo; y el estadio social.

- *Hermenéutica*, propia de las necesidades de status y de la organización profesional. Junto a una normalización de las habilidades busca una interpretación, modelización y formalización de la realidad, vía pensamiento. Se tiende a generar árboles teórico-conceptuales que interpreten la realidad conforme a ciertos paradigmas generalmente aceptados. El eje evaluativo es el Prestigio-Desprestigio. Los niveles de aprendizaje en esta razón son el estratégico y el representativo; y el estadio el informativo-económico.
- *Heurística*, propia de las organizaciones innovadoras y del nivel de autorrealización, intenta comprender e investigar más que modelizar. Supone más bien la subordinación de la modelización a la investigación de la realidad fruto de una observación sistemática. La evaluación se articula sobre la Comprensión-Ignorancia. El nivel de aprendizaje es el consciente; y el estadio sistémico.
- *Hermenética*. En esta razón se busca traducir a la lógica deductiva, propia del pensamiento, aquello que lo trasciende. Esta 'metalógica' se caracteriza por la 'sintonía total' y las 'experiencias cumbre' de Maslow. La evaluación aquí gira en torno a Verdad (todo)-Realidad (yo). El nivel de aprendizaje es el revelador; y el estadio complejo.

Maslow (1971) elabora una jerarquía de necesidades que explican qué es lo que nos mueve, a lo largo de diferentes niveles. La satisfacción de las necesidades de un determinado nivel nos lleva hacia el siguiente, aunque el progreso no es tan lineal. Diferencia entre los cuatro primeros niveles –en los que se encuentran las Necesidades de Déficit- de los dos últimos –en los que ubica las Necesidades del ser-. Las necesidades que propone son:

- *Fisiológicas* (hambre, sed, sueño, sexo, supresión del dolor, vestido, etc.). Tienen que ver con la parte más instintiva de nuestro comportamiento. Cuando se priva de alguna de ellas no hay posibilidad de que surjan las otras, porque toda la energía va a estar focalizada hacia éstas.
- *Seguridad*. Tienen que ver con la posibilidad de liberarnos del miedo y del caos. Se relacionan con la estabilidad, la protección física y de las enfermedades, la

- precaución. También se incluyen la necesidad de conservar el status quo, el orden y el equilibrio, la estabilidad, la predictibilidad, y las leyes.
- *Amor y pertenencia/sociales*. Tienen que ver con la necesidad de pertenecer y sentirse parte de grupos, organizaciones, familia, etc. Pero también se da la tendencia contraria de estar o sentirse solo; necesidad de aceptación y aprobación por los demás; devoción y afecto con el cónyuge, los hijos, padres, amigos, y compañeros. Este nivel de necesidades se relaciona con los contactos sociales y la vida económica. En el ámbito organizativo, se vinculan con la capacidad de generar relaciones interpersonales armónicas en el trabajo.
 - *Estima/estatus y prestigio*. Hay dos versiones de necesidades de estima: una baja y otra alta. La baja es la del respeto de los demás hacia uno mismo, la necesidad de logros, fama, gloria, reconocimiento, atención, prestigio, reputación, apreciación, dignidad, e incluso dominio; tiene que ver con el éxito social. La versión alta comprende las necesidades de respeto por uno mismo, amor propio, autoevaluación positiva incluyendo sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, independencia, y libertad.
 - *Autoactualización*. Es una de las dos necesidades del ser (junto con la trascendencia). Implica satisfacer nuestra naturaleza individual en todos sus aspectos, únicos y variados para cada ser humano. Esto nos permite convertirnos en seres libres. Aquí están los humanos 'meramente sanos'.
 - *Trascendencia*. Ocupa el vértice superior de la pirámide. Aquí se encuentran los seres humanos que han trascendido su Ego. Se trata de un ser humano metamotivado, cuyas tendencias hacia el desarrollo tienen que ver con la búsqueda de verdad, belleza, bondad; que ha descubierto el sentido de comunidad, y experimenta la necesidad de contribuir a la humanidad.

Fernández (2007) apuesta por una visión antropológica de las organizaciones, en las que el hombre es el centro. Señala tres claves para el desarrollo de patologías organizacionales: exceso de seguridad, mala selección de directivos, y diseño organizativo deficiente. Desde una visión antropomórfica del mundo organizacional

Fernández (2004) establece la existencia de cinco climas emocionales básicos en las organizaciones:

- *Miedo*, el cual se caracteriza por una combinación de limitación para poder actuar junto con la falta de certezas, lo que lleva a un exceso de precaución y desconfianza. Hay una carencia de libertad y de movimiento. Sus dimensiones características son: indefensión, inseguridad y frustración.
- *Enfado*, en el que predominan la irritación, la conflictividad, y la oposición. Tras estas actitudes se ocultan las críticas soterradas y las conductas de indisciplina, guiadas por la ira. Sus dimensiones características son: rechazo, ansiedad y estrés.
- *Tristeza*, en el que se observa motivación, negatividad, y pesimismo, lo que lleva a eludir retos y desafíos, y a una falta de iniciativa. Sus dimensiones características son: resignación, desánimo y abatimiento.
- *Alegría*. En este clima priman la proactividad, el esfuerzo, el compromiso, y la motivación de logro. Se observa iniciativa, flexibilidad y motivación frente a los retos. Sus dimensiones características son: optimismo, satisfacción y euforia.
- *Estabilidad*. Existe una orientación al aprendizaje, una actitud positiva, y abundancia de experiencia, conocimiento y consolidación. Aunque en ocasiones parece que haya falta de proactividad e iniciativa. Sus dimensiones características son: confianza, bienestar y calma.

El análisis de los procesos psicológicos ocultos en las organizaciones conduce a Kets de Vries y Miller (1993) a detectar una serie de estilos disfuncionales de dirección, los cuales concretan en los 5 siguientes:

- *Dramático*. Se caracteriza por una excesiva expresión de emociones; en una necesidad desmesurada de acaparar atención y de impresionar a las personas de mayor peso; provoca una preocupación narcisista, una excesiva demostración de emotividad, ansias de actividad y emociones, la explotación de los demás, decisiones superficiales y a menudo temerarias, la asunción de altos riesgos. Se vive en la dualidad entre la idealización y la devaluación de los demás que puede llevar a que se les utilice y maltrate. Se da una tendencia a la

- explotación. Las estructuras empresariales son poco transparentes, el clima es de ambigüedad y en los métodos hay constantes cambios de programas.
- *Esquizoide*. Se basa en la sensación de que el mundo no ofrece demasiadas satisfacciones, y que prácticamente nada de lo que haga puede surtir algún efecto; esto provoca una marginación pasiva y, en esencia, un vacío de liderazgo. El líder ni lidera ni delega, sino que se margina, se siente apartado de la empresa y deja que las luchas políticas que hayan surgido prosigan su curso. No puede implantarse ninguna estrategia, de modo que la organización sigue adelante como mejor puede. El temor al fracaso o al daño acaba por generar desafección y falta de pasión o entusiasmo, lo que lleva al distanciamiento.
 - *Compulsivo*. Se basa en el miedo de verse a merced de sucesos imprevistos y a no controlar las cosas que puedan afectar a la organización. En él predomina el perfeccionismo, el dogmatismo, la meticulosidad, y la obstinación. También la preocupación desmesurada por los detalles; la insistencia de que los demás se sometan a su manera de hacer las cosas. Esto hace que se aumenten sobre manera los controles y procedimientos consagrados y formalistas, las políticas formales, que se estrechen las jerarquías, que se conciben con detenimiento e implanten con rigidez las estrategias, que se atiendan las actividades establecidas (en detrimento de la innovación). Bajo este estilo las relaciones se ven en términos de dominio y sumisión, donde existe una falta total de espontaneidad.
 - *Depresivo*. Se caracteriza por un sentimiento de desesperanza y de la falta de seguridad, que provoca una pasividad fatalista, un extremado conservadurismo, y una tendencia a adaptarse burocráticamente a aquellas partes del entorno que sean más estables y menos amenazantes. También se caracteriza por sentimientos de culpa, de falta de valor, autorreproches, insuficiencia, y sensación de desamparo, de estar a merced de los acontecimientos. Crece la idea de que no tiene sentido cambiar el curso de los acontecimientos, porque no se es lo suficientemente bueno. Existe en general un vacío de liderazgo y un sentimiento de culpabilidad y responsabilidad por las desgracias que pueda experimentar la organización.

- *Paranoico*. Se caracteriza por el constante recelo, sospecha y desconfianza en los demás; por la hipersensibilidad y la hipervigilancia; hay una preocupación extrema por los motivos escondidos y los significados especiales. Todo ello provoca preocupación por las actividades de control e información, y da lugar a la centralización del poder, el desarrollo de estrategias de respuesta, a una vigilancia estrecha tanto interna como externa, a que se resalte la diversificación, y a un ambiente interno en el que priman el cinismo, el conservadurismo, y la prudencia; en el que uno no puede fiarse de nadie de verdad; en el que siempre se ha de estar en guardia.

Mintzberg (1991, 313) escribe al respecto que

Las organizaciones empresariales tienden a dramatizarse cuando sus líderes, sin la contención de, digamos, las fuerzas eficientes de los analistas o las fuerzas de capacitación de los trabajadores, se llevan de paseo a los sistemas por donde quieren. Las organizaciones maquinales, por su parte, parecen predispuestas a la compulsión una vez que esos analistas, con su obsesión por los controles de la eficiencia por medio de procedimientos intrincados, lo acaparan todo completamente. En cuanto a la organización profesional, cualquier persona que trabaje en una universidad o un sitio similar conoce bien sus tendencias paranoide. Los profesionales se sienten atacados la mayor parte de las veces; no se podría evitar que una organización en la que estos fueran libres de perseguir su obsesión por la capacitación, independientes de las fuerzas administrativas o innovadoras, se convierta en una colectividad paranoide. No necesito insistir en los efectos deprimentes de la obsesión por esos resultados mercenarios de la organización diversificada; ahora se aprecia mucho el efecto que tiene sobre la moral, la innovación y el compromiso y la cultura, el apretar los tornillos financieros. Finalmente, el problema de las organizaciones innovadoras es que al mismo tiempo que tienen que estar innovando continuamente, lo que exige divergencia, también tienen que explotar los beneficios de sus innovaciones, lo que requiere una orientación más convergente. La presencia de otras fuerzas distintas de las del aprendizaje puede equilibrar esta presión; sin ellas la organización se puede

convertir fácilmente en esquizoide, ya que fracasa en decidir lo que tiene que hacer su mente colectiva.

Por su parte, Covey (1989), desde una visión de autoayuda, propone que el desarrollo personal transcurre por tres etapas:

- *Dependencia*, en la que predomina el Tú. En esta etapa el sujeto está supeditado a los demás, y depende de ellos. Es una etapa de minusvaloración.
- *Independencia*, en la que predomina el Yo. En esta etapa el sujeto alcanza su independencia y se responsabiliza de sus acciones. Surge la victoria privada, pero el ser humano es aquí una isla.
- *Interdependencia*, en la que se alcanza el Nosotros. Se alcanza la comprensión de que es la vinculación con los otros lo que nos abre la puerta a la plenitud ('afilando el serrucho'). Surge la victoria pública, la isla se fractura y se une a otras islas.

Junto a todo ello está la preocupación actual por lograr organizaciones saludables. Más allá de las múltiples propuestas pragmáticas -funcionales pero reducidas- que están surgiendo al respecto, nos interesa destacar aquí dos aportaciones fundamentales. La primera viene de Kets de Vries (2001) quien propone el concepto de *organizaciones autenticizóticas*. Autenticizótico es un neologismo que surge de dos términos griegos: *authenteekos* y *zoteekos*. El primero significa que la organización es auténtica, que merece nuestra confianza; el segundo que es vital para la vida de los trabajadores, a los que da significado para su vida, les dota de un sentido de equilibrio y de realización personal. Estas organizaciones son un espacio donde los seres humanos pueden alcanzar un sentido para sus vidas, pudiendo conciliar la salud individual con la salud organizativa.

Por su parte, Maslow nos habla de *organizaciones eupsíquicas*. La palabra proviene de la raíz griega *eu*, que significa buena, y *psique* que significa alma o mente. Por eupsiquia entiende "*la cultura que generarían mil personas autorrealizadas en una isla donde nada ni nadie fuera de la isla pudiera interferir en ellas*" (2005, p. 26). En ella se dan las condiciones sociales y las relaciones que maximizan las energías creativas de los

seres humanos. La eupsiquia implica el acercamiento hacia un buen estado, hacia una buena salud psicológica. El resultado es la sociedad de la buena gente o sociedad de las buenas mentes/almas. Este término sirve para definir a todas las personas, ideas, organizaciones, instituciones, movimientos, comunidades que se esfuerzan por promover un sentido de salud personal y social; desde los que se fomenten los valores comunes y espirituales que potencian que los seres humanos nos realicemos de forma completa y plena.

Tabla 2.5. Propuesta de Configuraciones psicosociales emergentes en las organizaciones, considerando las aportaciones de Maslow (1971), Grandío (1996), Mintzberg (1991), Fernández (2004), Kets de Vries y Miller (1993), y Covey (1989). Fuente: Elaboración propia

Configuración psicosocial	Cualidad	Necesidad	Grado de razón	Mecanismo de coordinación	Clima emocional	Neurosis organizacional	Desarrollo personal
Tóxica	Indefensión	Supervivencia	Hipnótica	Ninguno (política) o Supervisión directa (empresarial)	Miedo	Dramática/ Esquizoide	Dependencia
Represiva	Análisis y control	Seguridad	Hipócrita	Normalización de los procesos (maquinal)	Enfado	Compulsiva	
Mediocre	Efecto del espectador	Estima	Hegemónica	Normalización normas (misionera X)	Tristeza	Depresiva	Independencia
Estratégica	Poder	Estatus/ Logro	Hermenéutica	Normalización de resultados (diversificada) Normalización de habilidades (profesional)	Alegría	Paranoide	
Eupsíquica	Significado y servicio	Realización	Heurística/ Hermética	Adaptación Mutua (innovadora, adhocracia)	Estabilidad		Interdependencia

Llegados a este punto planteamos la existencia de 5 Configuraciones psicosociales en las organizaciones (Tabla 2.5). Dos de ellas (*Tóxica* y *Represiva*) tienen un perfil de riesgo para la salud de trabajadores y organizaciones; otras dos (*Estratégica* y *Eupsíquica*) tienen un perfil de promoción de la salud; mientras que la quinta (*Mediocre*) presenta un perfil indefinido.

Las *Configuraciones psicosociales Tóxicas* se caracterizan por generar indefensión en sus miembros, los cuales solo pueden aspirar a sobrevivir en un ambiente que combina la indefinición con el temor. Se trata de una configuración en la que la conducta adaptativa que predomina es la indefensión aprendida. La falta de una política y una cultura organizacional claras y manifiestas caracteriza a los factores psicosociales meso (como en la configuración política, caracteriza a la organización el hecho de carecer de carácter); además se vive atrapado en la falta de transparencia, la ambigüedad y el cambio incoherente. Y, junto a ello, está el personalismo que conlleva la supervisión directa, y que deja bajo la discrecionalidad de cada mando las características de los factores psicosociales del nivel micro, lo que convierte a la organización en un 'reino de taifas'. El dramatismo imperante genera una dualidad inicial, pues en ocasiones se premia y en otras se castiga, sin saber bien cómo, cuándo, a quién o por qué. La falta de criterios coherentes y claros junto a la tendencia a la explotación conduce a un distanciamiento y una marginación pasiva, esquizoide. La razón es aquí hipnótica, generando una relación de dependencia, en la que los trabajadores son tratados como niños.

Las *Configuraciones psicosociales Represivas* se caracterizan el análisis y el control. Un control que se institucionaliza a través de la normalización de procesos. La compulsión que las domina las lleva a una exigencia de perfeccionismo, que se pretende lograr a través de los controles y procedimientos más formales, de políticas de control, que acaban por generar un ambiente claustrofóbico. Predominan las relaciones de dominio y sumisión, en las que el trabajador es visto como un niño, favoreciendo el estilo de dirección X, y una relación de dependencia que impide el crecimiento. En este contexto crece el enfado y el rechazo, lo que conlleva un aumento en la conflictividad; sin embargo, la necesidad de seguridad prima. Se trata de contextos normativos en los que la razón dominante es la hipócrita. En los factores psicosociales meso se potencia el control y la jerarquía sobre el resto de aspecto, se limita la comunicación y la participación; en el micro se potencia el control a través del mando, del diseño de las tareas y de los roles.

Las *Configuraciones psicosociales Mediocres* se definen desde el efecto del espectador; la gente, antes de actuar, se fija en las normas (misionera X) y en el comportamiento de sus iguales (necesidad social). La frase que mejor caracteriza esta definición sería: *'Si hay que ir, se va. Pero ir para nada, es tontería'*. El clima que predomina es el de tristeza; hay una resignación manifiesta, impregnada de desánimo y de 'mesinfotisme'. La gente busca, preferentemente, escaquearse. Esto conduce a la adaptación burocrática a las normas, buscando la estabilidad y evitando los retos. Es posible que surjan autorreproches, sentimientos de culpa e intentos de cambio, pero se desechan por la presión del grupo. Los mandos viven una situación de incapacidad para movilizar a los trabajadores. Los factores macro están mal diseñados o son inoperativos en su mayoría, y los micro no resultan creíbles o no 'enganchan' por percibirse como parches temporales e inconsistentes. Los individuos empiezan a percibirse como independientes pero prefieren no hacer uso de esa independencia y mantenerse en la seguridad del colectivo, atrapados en un pensamiento hegemónico.

Las *Configuraciones psicosociales Estratégicas* se caracterizan por el poder, su búsqueda y logro. No en vano, se mueven dentro de las necesidades de estatus y logro. Dos son los mecanismos de coordinación que las definen: la normalización de resultados y la de habilidades. Evidentemente aquí los trabajadores se sienten independientes, lo que hace que sea difícil construir redes de relaciones más allá de las que conlleven el logro de los objetivos establecidos. La forma de pensar es la hermenéutica, propia de una visión estratégica, en la que se buscan modelos que ayuden a modelizar la realidad y que nos permitan encontrar las vías para alcanzar los objetivos. Aquí hay un claro alineamiento entre los factores psicosociales meso y los micro, orientados a fomentar la proactividad, el esfuerzo y el compromiso propios de un clima de alegría en el que viven inmersos estos ambientes. En este contexto existe una predisposición favorable a consumir las 'píldoras de felicidad' de los gurús 'psi'. Ahora bien, son configuraciones paranoides. La cumbre de la independencia lleva a sus miembros a desconfiar los unos de los otros; y cuando se pide cooperación, trabajo en equipo o desarrollo grupal los miembros sólo ven cálculos de costes y oportunidades individuales.

Finalmente, las *Configuraciones psicosociales Eupsíquicas* se construyen desde la idea de interdependencia que ya han conseguido alcanzar sus miembros. Esta maduración personal está en sintonía con el mecanismo de coordinación: la adaptación mutua. Aquí, los factores psicosociales meso, en apariencia, no existen. Pero a diferencia de los climas tóxicos donde realmente no existen, aquí son significados interiorizados y contruidos entre los miembros. Es por ello que la razón que las configura es la heurística, que busca la comprensión consciente desde una perspectiva sistémica (la razón hermética es poco menos que una entelequia aún). El clima que las caracteriza es el de estabilidad, definido desde la confianza, el bienestar y la calma.

En relación con la necesidad evidenciada de integrar los factores psicosociales desde una propuesta configuracional articulamos nuestro **tercer objetivo de investigación**:

Comprobar la viabilidad de la propuesta analizando los efectos que se producen cuando contemplamos a los diferentes factores psicosociales integrados.

En la primera parte del capítulo hemos efectuado un análisis de la evolución que están experimentando los factores psicosociales, lo que nos ha llevado a establecer una clasificación de los mismos en tres niveles (micro, meso y macro). Se ha indicado que las consecuencias de estos factores se observan en la generación de dinámicas de daño y dinámicas de ganancia de salud que deben ser comprendidas integrando las aproximaciones abajo-arriba y las arriba-abajo. Esta línea de identificación se ha complementado, en la segunda parte, con la propuesta teórica de 5 Configuraciones psicosociales en las organizaciones. En el siguiente capítulo pasamos a concretar los objetivos e hipótesis de nuestra investigación, así como la metodología empírica seguida para su contraste.

CAPÍTULO 3

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO Y METODOLOGÍA

“No iríamos a la hoguera por nuestras opiniones: no estamos tan seguros de ellas. Pero, tal vez, sí para que se nos permitiese tenerlas y modificarlas”

Nietzsche

“Hay cosas que tienen que ser creídas para ser vistas”

Ralph Waldo

Toda investigación científica, como es el caso, se caracteriza por seguir una serie de fases de trabajo básicas, entre las que destacan: la revisión y análisis del marco teórico existente sobre la temática que se desea investigar; el establecimiento de una serie de objetivos de investigación; el diseño y la implementación de la misma (elección de la metodología, del tipo de información de contraste, de su sistema de recogida, de las fuentes de información, de los análisis a realizar, etc.); el análisis de los datos y la obtención de unos resultados; y la exposición de las conclusiones que se derivan del trabajo efectuado, y que permiten enriquecer ese marco teórico.

Este capítulo se ocupa de las fases centrales de ese trabajo. Tras haber expuesto, en los capítulos precedentes, los elementos más significativos que, a nuestro entender, delimitan el marco teórico de los factores psicosociales y la salud en el mundo del trabajo y las organizaciones, pasamos a exponer los principales objetivos que han guiado nuestro proyecto, y el diseño de investigación seguido para contrastarlos.

El capítulo se divide en cinco apartados. En el primero se exponen dichos objetivos y las hipótesis de investigación que los concretan. A continuación, se describe el diseño de investigación escogido. Posteriormente, se presentan las principales características de la muestra que ha participado en el estudio. En el siguiente apartado se listan las variables a través de las que se operativizan las hipótesis, y los instrumentos de medida utilizados. Para finalizar, en el último apartado del capítulo se concreta el tipo de análisis estadístico con el que se han tratado los datos recogidos.

3.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es el resultado de una extensa línea de trabajo desarrollada desde el equipo de investigación 'GlobCons/IIDL' de la Universitat Jaume I de Castelló, en colaboración con el Observatorio de Riesgos Psicosociales de la UGT. A lo largo de diferentes proyectos conjuntos se ha ido estudiando la incidencia de los factores psicosociales de riesgo en diferentes sectores de actividad. El trabajo desarrollado en los mismos, además de sus resultados aplicados, nos ha permitido ir tomando conciencia de la complejidad de los factores psicosociales y nos ha llevado a cuestionarnos su papel en el mundo laboral y organizacional actual.

Como se ha expuesto en los capítulos anteriores, el mundo de la salud laboral está experimentando importantes modificaciones derivadas, en parte, del propio devenir del mundo del trabajo y de las organizaciones, y del conjunto de la sociedad. Consideramos, en este sentido, que el 'emerger' de los factores psicosociales es un potente indicador de los cambios que se están produciendo en el ámbito laboral y organizacional, de las tendencias futuras en el mismo y, por ende, del modelo de sociedad que está surgiendo. De ahí la relevancia que tiene este campo de estudio.

Ahora bien, esta forma de *leer* los factores psicosociales requiere estudiarlos desde una perspectiva amplia. Hasta ahora su interpretación esencial ha sido enfocarlos como condiciones laborales de riesgo para la salud de los trabajadores. Sin embargo, desde el

prisma que guía esta investigación, entendemos que son más que eso: son uno de los efectos visibles de cómo se entienden y estructuran el trabajo y las relaciones laborales, de la forma de 'hacer empresa', y del tipo de sociedad que estamos construyendo. Algunos dirían que son el elemento que está coadyuvando en la construcción de nuevas formas de dominación, otros que el de nuevas vías de desarrollo humano en el trabajo. En cualquier caso son, junto con la tecnología, los que van a determinar las características borrosas del trabajo y la empresa futuros.

Considerando lo anterior, en el presente trabajo nos planteamos tres objetivos básicos.

Nuestro primer objetivo es corroborar la amplificación que los factores psicosociales están experimentando en el mundo del trabajo y de las organizaciones. En el Capítulo 2 hemos argumentando la existencia de una serie de ejes a través de los cuales se observa su evolución. Entre ellos se encuentran el aumento de los factores y de los niveles considerados (micro-meso-macro), y de los destinatarios de sus efectos (trabajadores-organización-comunidad),

En este sentido nuestra intención es comprobar:

- Que los factores psicosociales a tener en cuenta no se reducen a los tradicionales micro, sino que –de acuerdo con la literatura- también los factores meso y macro juegan un papel relevante en la salud laboral. De hecho, consideramos que serán los factores meso los que tendrán un peso mayor sobre la salud laboral, destacando la mayor relevancia de la organización.
- Que los efectos en la salud de esos factores no se circunscriben sólo a los trabajadores, sino que también las organizaciones se ven afectadas por su presencia.

Nuestro segundo objetivo es poner de relieve esa paradoja que nos muestran los factores psicosociales, y que caracteriza al mundo actual: la posibilidad de que lo dañino y lo saludable se generen a través del mismo foco y de forma complementaria. En el

Capítulo 1 hemos expuesto que felicidad, bienestar y salud son atractores humanos esenciales; pero también el malestar. Entendemos que todos ellos, conjuntamente, generan una sinergia de movimiento fruto del contraste de opuestos en el que nos movemos. También se ha señalado que el logro del bienestar y el del malestar se alcanzan por caminos ortogonales. En el Capítulo 2, hemos argumentado que otro de los ejes que indican la amplificación de los factores psicosociales es el marco de actuación (prevención-promoción). Se sostiene al respecto que, aunque a veces se superponen, por un lado están los factores que promocionan la salud (recursos a potenciar) y por otro los que previenen los riesgos (demandas a prevenir), siendo complementarios.

Como se observa, este es un aspecto sobre el que no existe consenso. Nuestra intención es comprobar si la promoción de la salud –de trabajadores y organizaciones– está predicha por factores específicos, diferentes a los que predicen el daño; si se da un solapamiento entre alguno de ellos; o si no existen diferencias significativas entre los factores que predicen los daños y los que predicen el desarrollo de la salud.

Nuestro tercer objetivo es evidenciar la necesidad de realizar una aproximación configuracional a los factores psicosociales. Como hemos destacado en el Capítulo 2, consideramos que para poder trascender la paradoja que nos muestran los factores psicosociales, y ser capaces de sintonizar el contexto laboral y organizacional con el devenir social (tanto en el referido a la gestión de personas, como a la prevención y promoción de la salud, y al desarrollo de las relaciones laborales) hemos de adoptar una postura sistémica; esto es, considerar a todos los elementos implicados en su conjunto. Utilizando un referente clínico: no se pueden tratar sólo unos síntomas de la enfermedad, sino que se ha de tratar toda ella; como tampoco se puede tratar al paciente de unos síntomas, sino que hemos de considerarlo en su completitud; sabiendo, además, que no sólo nos interesa el paciente enfermo, sino el actor sano y su bienestar.

Así pues, nuestra intención en este caso es comprobar los efectos que se producen cuando se considera la interacción de los diferentes factores psicosociales. En este sentido cabría hipotetizar, de acuerdo con lo señalado en la literatura, que cuando se

realice una aproximación configuracional a los factores psicosociales la predicción de la salud laboral mejorará.

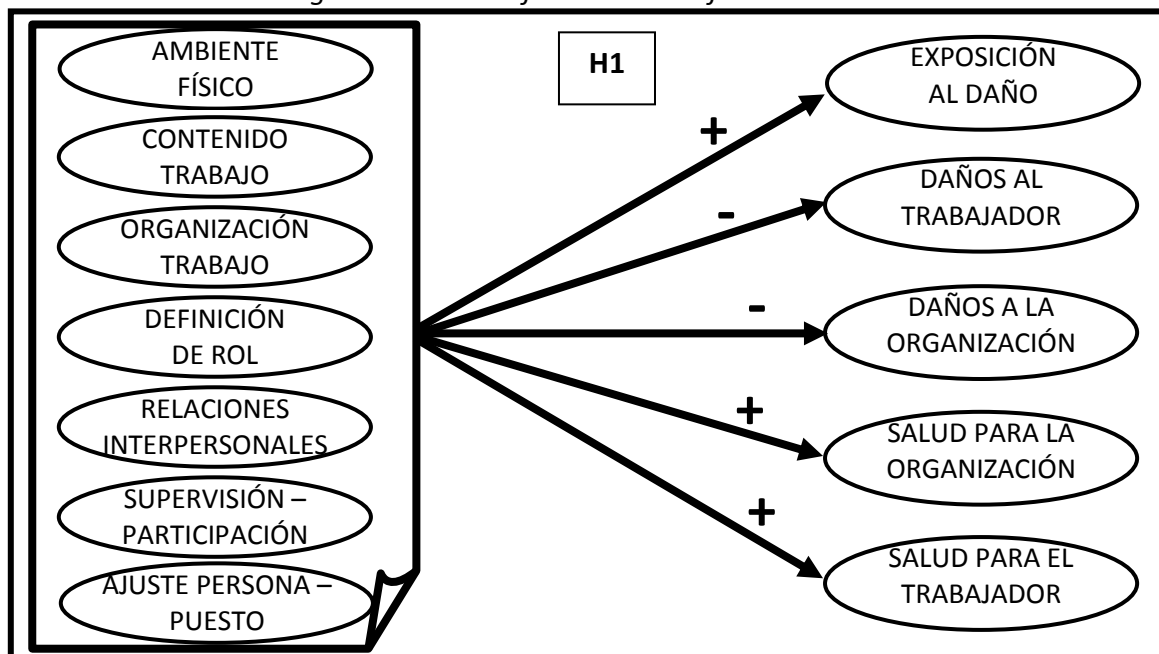
Pasamos, a continuación, a exponer las hipótesis de investigación que concretan cada uno de estos objetivos.

En relación con el Objetivo 1, se formulan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1:

Los factores psicosociales del nivel micro predicen significativamente los daños y la salud de los trabajadores y de las organizaciones.

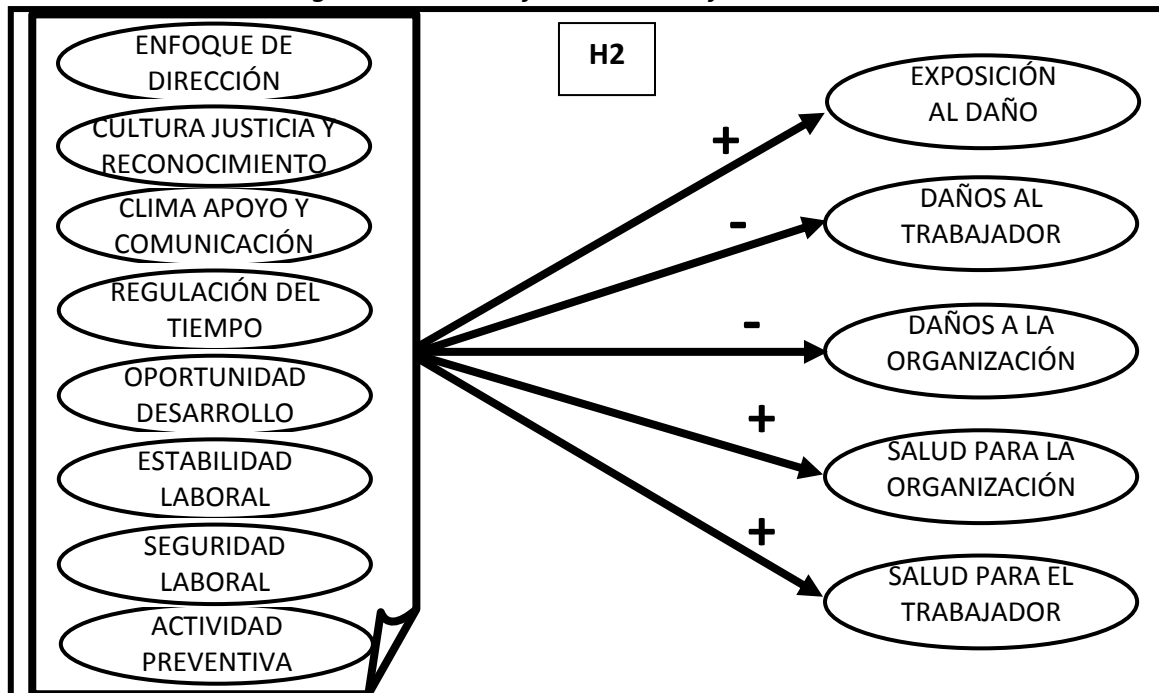
Figura 3.1. Hipótesis 1: Predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de los factores micro



Hipótesis 2:

Los factores psicosociales del nivel meso predicen significativamente los daños y la salud de los trabajadores y de las organizaciones.

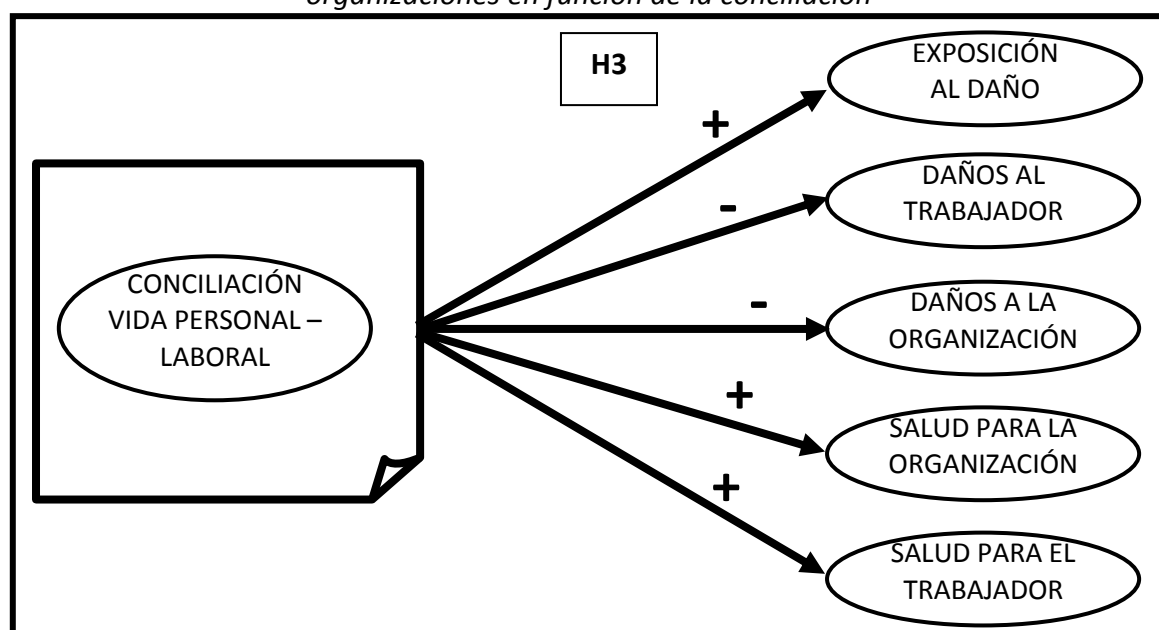
Figura 3.2. Hipótesis 2: Predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de los factores meso



Hipótesis 3:

La conciliación de la vida personal-laboral (factor macro) predice significativamente los daños y la salud de los trabajadores y de las organizaciones.

Figura 3.3. Hipótesis 3: Predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de la conciliación



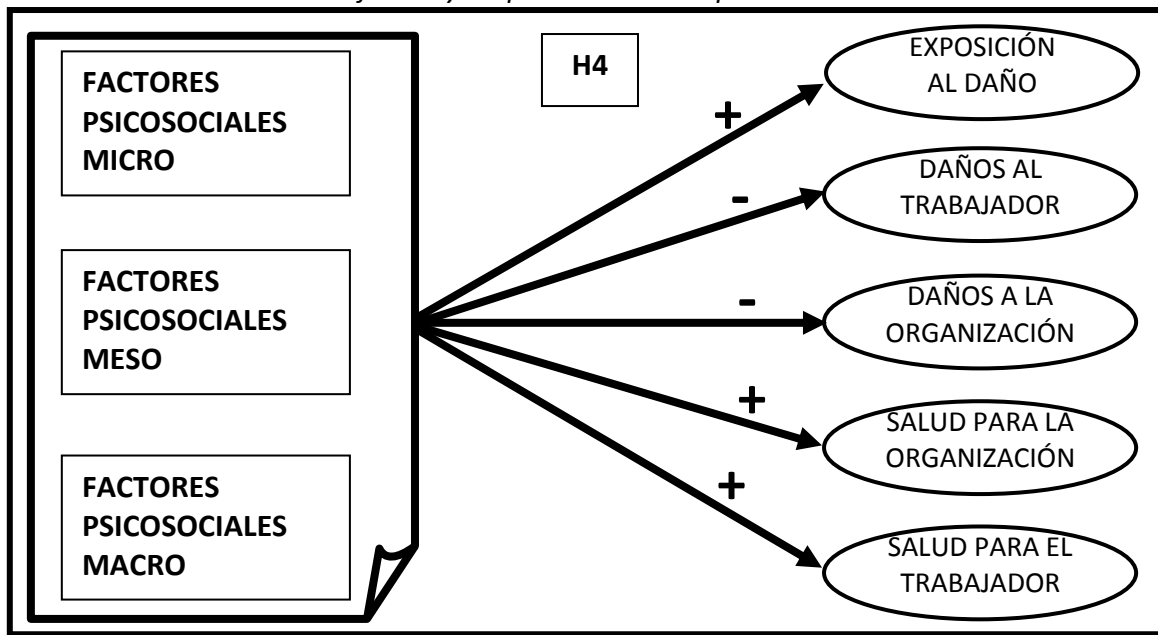
Indicar que en las tres hipótesis se prevé que la relación de los factores psicosociales será positiva con las dinámicas de ganancia de salud, y negativa con las dinámicas de pérdida de salud.

En relación con el Objetivo 2, se formula la siguiente hipótesis:

Hipótesis 4:

La pérdida o ganancia de salud en trabajadores y organizaciones es el resultado de una combinación de factores psicosociales de los diferentes niveles, existiendo diferencias entre los factores que generan pérdida de salud y los que promueven su ganancia.

Figura 3.4. Hipótesis 4: Predicción del desarrollo de la salud y del daño según factores conjuntos y de promoción o de prevención



En relación con la hipótesis H4, por un lado se espera que los tres niveles de factores psicosociales actúen conjuntamente en la protección frente a los daños y en la promoción de la salud de organizaciones y trabajadores.

Por otro lado, siguiendo una parte de las aportaciones establecidas por la literatura (en concreto, la que plantea la diferencia entre demandas y recursos en los factores psicosociales, y que el malestar y el bienestar se alcanzan por caminos ortogonales), se espera encontrar factores que se solapen tanto en la promoción de la salud como en la

generación del daño (ambivalentes), pero existirán factores psicosociales específicos de daño (demandas) y otros específicos de desarrollo de salud (recursos). Además, el peso de los factores en cada caso diferirá.

En relación con el Objetivo 3, se formulan tres hipótesis.

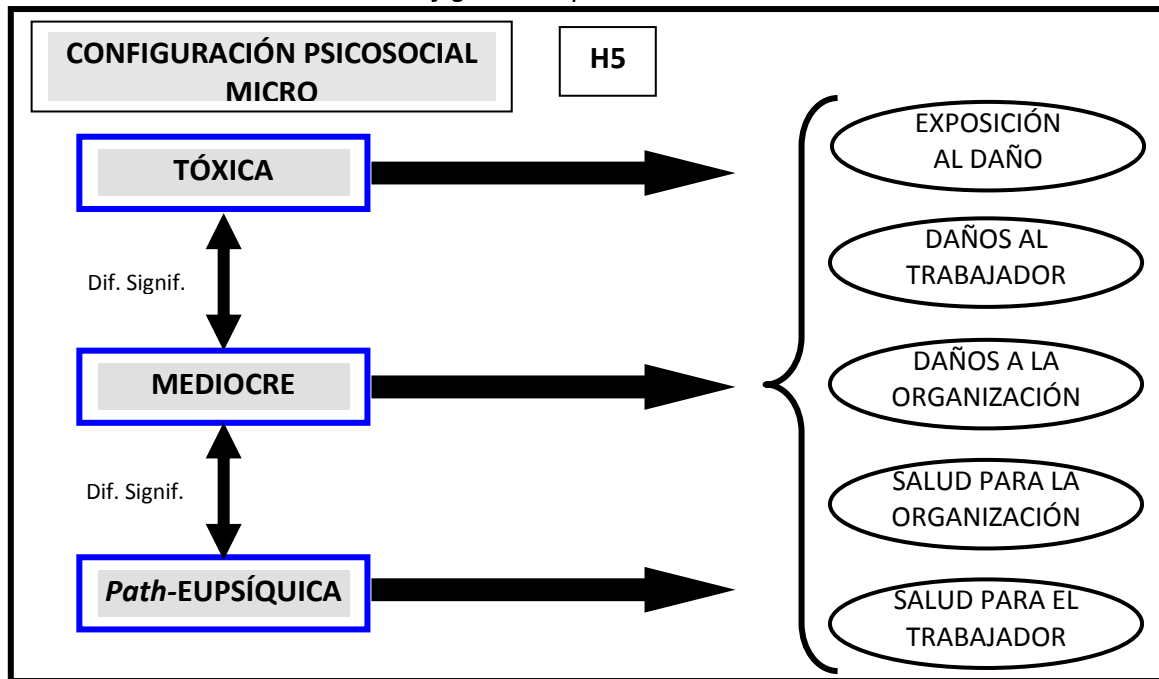
En el Capítulo 2 hemos reflexionado sobre la necesidad y la oportunidad de considerar los factores psicosociales en su conjunto, como una configuración que determina las características psicosociales generales tanto del entorno del trabajo como de la propia organización. La práctica preventiva y de Recursos Humanos adolece de esta visión integrada de los factores psicosociales. Entendemos que determinadas organizaciones presentan configuraciones psicosociales patológicas que producirán daños en la salud de trabajadores y organizaciones, sin potenciar su salud; otras organizaciones presentarán configuraciones saludables que protegerán frente a los daños y promocionarán la salud; mientras que en otras esas configuraciones no resultarán tan claras y evidentes, generando tanto daños como salud, aunque en niveles moderados. La 'emergencia' de estas configuraciones se da tanto en el nivel micro, como en el meso, y en el conjunto de la organización.

Hipótesis 5:

Existen diferencias significativas en la salud y los daños de la organización y de los trabajadores, en función de la Configuración psicosocial de los factores micro.

Se entiende que los factores psicosociales del nivel micro se combinan creando tres tipos de configuraciones psicosociales básicas. En las Configuraciones Tóxicas todos los factores de este nivel son deficientes, y cabe esperar que los daños sean elevados y las dinámicas de salud mínimas. En las Configuraciones Mediocres, se combina la existencia de factores dañinos, saludables y ambivalentes; su efecto preventivo frente a los daños será aceptable y sobre las dinámicas de salud escaso. En las Configuraciones *Path-Eupsíquicas* los niveles en los factores serán saludables, y el impacto sobre la salud y sobre los daños será favorable.

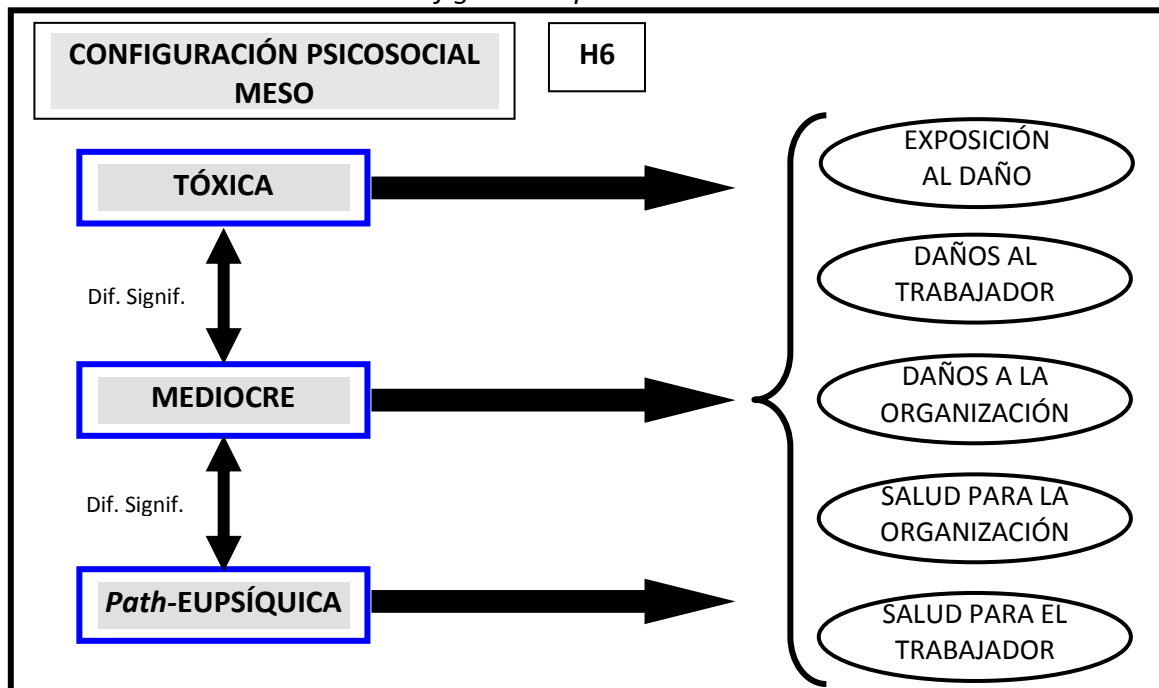
Figura 3.5. Hipótesis 5: Diferencias significativas en la salud y el daño, según el tipo de Configuración psicosocial micro



Hipótesis 6:

Existen diferencias significativas en la salud y los daños de la organización y de los trabajadores, en función del tipo de Configuración psicosocial de los factores meso.

Figura 3.6. Hipótesis 6: Diferencias significativas en la salud y el daño, según el tipo de Configuración psicosocial meso

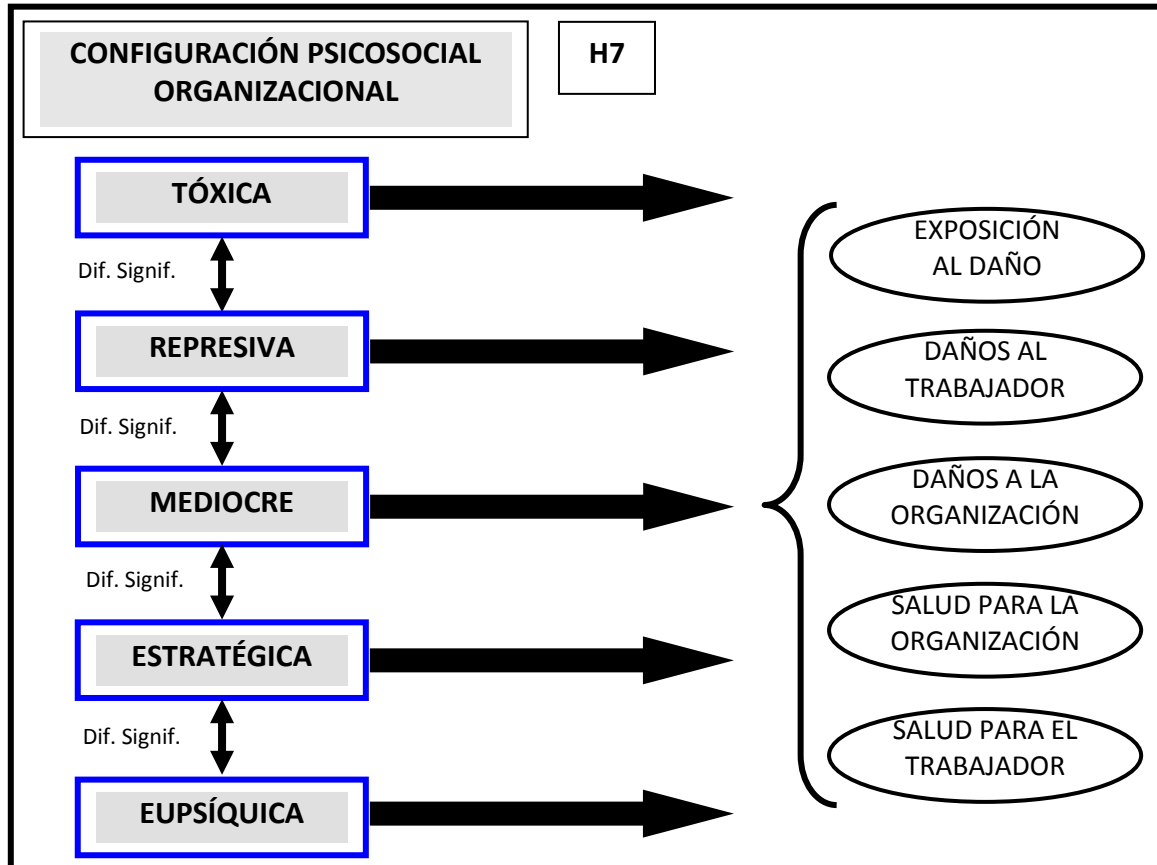


Como en la hipótesis anterior, se establecen tres tipos de configuraciones psicosociales meso básicas, a partir de la combinación de sus factores. Las Configuraciones Tóxicas se caracterizan por ser deficientes en todos los factores de este nivel, por ello se espera que los daños sean elevados y las dinámicas de salud mínimas. Las Configuraciones Mediocres se caracterizan por combinar factores dañinos, saludables y ambivalentes; se espera que su efecto preventivo frente a los daños sea aceptable y sobre las dinámicas de salud escaso. Las Configuraciones *Path*-Eupsíquicas se caracterizan por presentar niveles saludables en los factores, por lo que su impacto sobre la salud y sobre los daños será favorable.

Hipótesis 7:

Existen diferencias significativas en la salud de la organización y de sus miembros, en función de la Configuración psicosocial general de la organización.

Figura 3.7. Hipótesis 7: Diferencias significativas en la salud y el daño, según el tipo de Configuración psicosocial organizacional



La hipótesis H7 pretende contrastar la existencia empírica de las configuraciones psicosociales teóricas expuestas en el Capítulo 2, y su impacto sobre las dinámicas de pérdida y ganancia de salud.

Tras la exposición de los objetivos que han guiado nuestra investigación y de las hipótesis para contrastarlos, pasamos a detallar las características esenciales del diseño de investigación que hemos planteado.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se centra en la corroboración empírica de una serie de supuestos teóricos, y lo pretende hacer a través de la obtención de información de una muestra representativa de trabajadores. Desde este punto de vista, la investigación realizada se define como un trabajo de campo empírico de carácter cuantitativo. Se trata de un estudio de campo cuasi-experimental, de diseño transversal, extensivo de múltiples casos.

La unidad de análisis es la organización. El estudio es representativo de la población de empresas con asalariados de España. Se ha seleccionado una muestra del sector terciario, por entender que se trata de aquel en el que los factores psicosociales tienen una mayor relevancia para la seguridad y la salud de los trabajadores, frente a los factores de seguridad e higiene; en concreto las cuatro ramas de actividad estudiadas son: agencias de viajes, cuidado de menores, banca, y mutuas. La muestra se encuentra distribuida por todo el territorio español. La asignación de las empresas a determinadas condiciones del estudio se ha efectuado *a posteriori*, seleccionando a las empresas que presentan las características propias de cada una de esas condiciones.

La fuente de información es el trabajador en activo. La información recogida hace referencia a múltiples variables, dependientes e independientes. Para la recogida de la información se ha utilizado una encuesta elaborada al efecto. La administración de la

prueba se ha realizado de forma individual. Se han seguido diferentes estrategias para facilitar su cumplimentación y recogida. Así, se ha utilizado tanto la encuesta telemática, como el correo electrónico, y la encuesta en papel, dependiendo de la rama de actividad. En todos los casos se ha incluido una explicación del objetivo de la investigación, se han dado las instrucciones para su adecuada cumplimentación y se ha indicado la confidencialidad de la recogida y la manipulación de la información. La recogida de datos se extendió desde el año 2012 hasta mediados del 2015.

3.3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El tamaño total de la muestra con la que se ha trabajado en esta investigación es de 2.864 trabajadores.

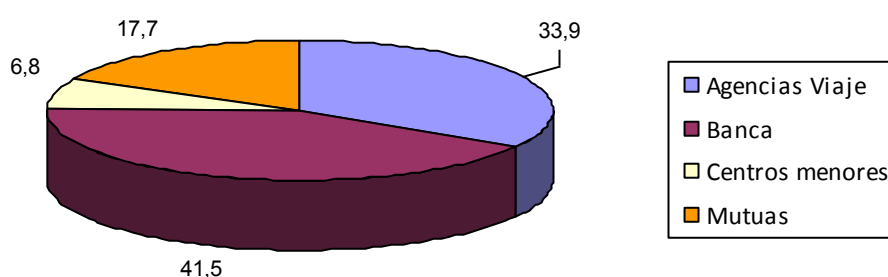
Para conocer la representatividad de esta muestra se ha tomado como referencia el número de trabajadores ocupados en España en el último trimestre del año 2014. Según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) el número total de ocupados en ese trimestre era de 17.569.100. Para un intervalo de confianza del 96%, dada la muestra de 2.864 trabajadores, el error muestral es del 1,83%, por lo que resulta aceptable (ver Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Ficha técnica del estudio

Universo	Trabajadores ocupados en España en último trimestre de 2014 (Fuente INE)
Tamaño de la muestra	2.864 trabajadores
Procedimiento de muestreo	Aleatorio estratificado por ramas de actividad
Error muestral	1,83% para un nivel de confianza del 96%, $p=q=0,5$
Método de recogida de información	Combinación de encuesta telemática, correo electrónico y encuesta en papel
Fecha de trabajo de campo	2012-2015
Localización de la muestra	España

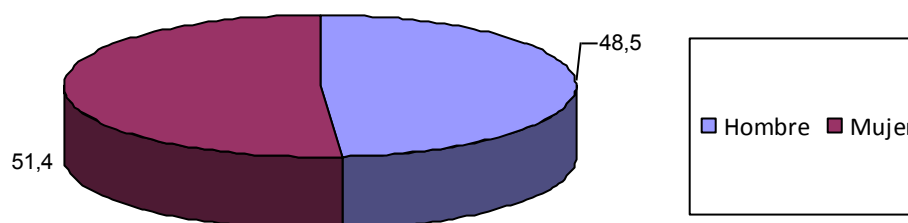
Como se ha indicado, la muestra pertenece a cuatro ramas de actividad que son: Agencias de Viaje, Banca, Centros de Menores y Mutuas. La rama más representada es la de Banca (41,5% de la muestra), seguida de la de Agencias de Viaje (33,9%), de las Mutuas (17,7%); siendo la menos representada la de Centros de Menores (6,8%) (ver Figura 3.8). Considerando los porcentajes de población ocupada por cada rama de actividad económica, en la muestra se encuentra sobre representada la rama de Agencias de Viaje.

Figura 3.8. Distribución de la muestra por Rama de actividad



Por sexo (ver Figura 3.9), las mujeres suponen el 51,4% de la muestra, mientras que los hombres son el 48,5% restante.

Figura 3.9. Distribución de la muestra por Sexo

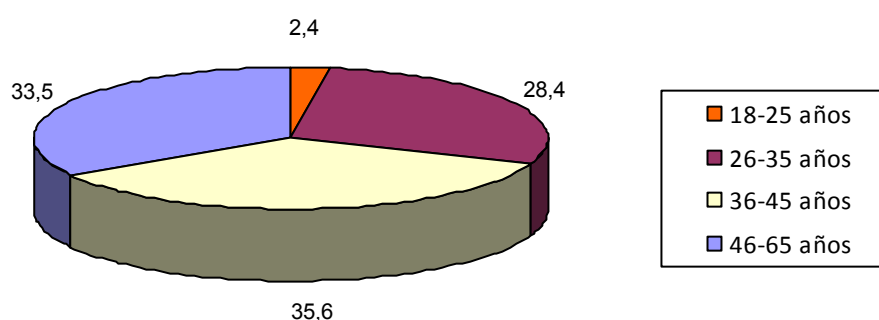


En la población el porcentaje de hombres ocupados es ligeramente superior al de las mujeres (54,40% frente a 45,60%), sin embargo en alguna de las ramas de actividad escogidas el porcentaje de mujeres es superior al de hombres (agencias de viajes,

centros de menores) por lo que no entendemos que existan diferencias significativas en esta variable, entre la muestra y la población.

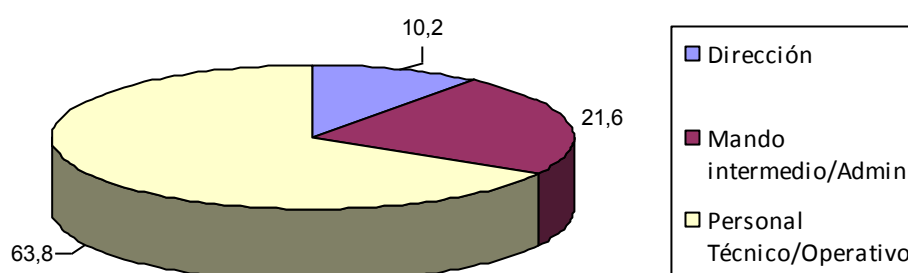
Si consideramos la edad (ver Figura 3.10), en la muestra abundan los trabajadores con edades comprendidas entre los 36 y los 45 años (35,6%), seguidos por el colectivo de entre 46 y 65 años (33,5%), del colectivo de entre 26-35 años (28,4%), y finalmente del colectivo de entre 18 y 25 años (2,4%). En este caso la muestra representa de una forma bastante ajustada a las distintas cohortes poblacionales, estando ligeramente subrepresentado el colectivo con edades comprendidas entre los 46 y los 65 años.

Figura 3.10. Distribución de la muestra por Edad



Para finalizar este apartado, indicar que el 10,2% de los encuestados ocupa puestos de Dirección; mientras que un 21,6% se desempeña en niveles intermedios y de Administración; y un 63,8% ocupa puestos de Personal técnico/operario (ver Figura 3.11).

Figura 3.11. Distribución de la muestra por Puesto



3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Las variables con las hemos realizado el estudio de campo pueden agruparse en tres grandes apartados (ver Tabla 3.2):

- Variables moduladoras. Son aquellas que pueden influir en la interacción entre dos variables. En este caso se consideran el sexo, el puesto y la rama de actividad.
- Factores psicosociales. Constituyen las variables independientes del estudio. Siguiendo los planteamientos expuestos en el Capítulo 2, hemos procedido a agruparlos en tres niveles: micro, meso y macro.
- Factores de salud. Con respecto a las variables dependientes del estudio, consideramos cinco grandes factores de salud: exposición al daño del trabajador (impacto), daño al trabajador (cualidad), daño a la organización, salud para la organización, y salud para el trabajador.

Los instrumentos utilizados en esta investigación han sido elaborados *ad hoc*, tras un proceso previo de revisión, análisis y contraste de otros instrumentos ya existentes (esta ha sido una tarea conjunta desarrollada en colaboración con el Observatorio de Riesgos Psicosociales). La referencia principal para su elaboración ha sido el ‘Cuestionario sobre las actuaciones preventivas frente a los riesgos de violencia laboral’ y el ‘Cuestionario de clima de violencia laboral de baja intensidad’ de Gimeno, Mejías y Carbonell (2009). Por dicho motivo se ha efectuado un análisis estadístico previo de los mismos para comprobar su fiabilidad y validez. En el Anexo I se detallan las características de los instrumentos de recogida de información utilizados.

Tabla 3.2. Listado de las variables utilizadas

Tipo	Variable	Nº ítems
Moduladoras	Sexo	1
	Puesto	1
	Rama de actividad	1
Factor psicosocial micro	Ambiente físico	1
	Contenido del trabajo	6
	Organización del trabajo	5
	Definición de rol (ambigüedad y conflicto)	6
	Relaciones interpersonales	4
	Adecuación supervisión-participación	3
	Ajuste persona-puesto	1
Factor psicosocial meso	Enfoque de Dirección	4
	Cultura de Justicia y Reconocimiento	6
	Clima organizacional de Apoyo y Comunicación	5
	Regulación del tiempo de trabajo	2
	Oportunidad de desarrollo profesional	3
	Estabilidad laboral	2
	Seguridad laboral	4
	Actividad preventiva	6
Factor psicosocial macro	Conciliación vida laboral-familiar	3
Exposición al daño	Exposición al daño del trabajador (incidencia)	2
Daños al trabajador	Daños físicos	7
	Daños conductuales	4
	Daños psicológicos	8
	Daños sociales	3
	Acoso laboral	7
	Estado de ánimo negativo	6
Daños a la organización	Pérdida de talento	5
	Conflictividad	1
Salud para la organización	Mejora continua y dinamización	6
Salud para el trabajador	Estado de ánimo positivo	6

3.4.1. VARIABLES MODULADORAS

En el presente estudio hemos decidido incluir unas variables moduladoras que nos permitan analizar la influencia de tres aspectos en la interacción entre los factores psicosociales y la salud:

- *Sexo*: se trata de una de las variables de la persona con larga tradición en el estudio de la salud.
- *Puesto*: otra de las variables tradicionales en los estudios sobre salud laboral. En este caso se incluye el matiz del nivel de control y poder que diferencia los tres tipos de puesto que contemplamos aquí, y que son: Dirección, Mando intermedio/Administración, y Personal Técnico/Operativo.
- *Rama de actividad*: esta variable nos permite introducir otro nivel de modulación, que va más allá del individual y del laboral, y que hace referencia al contexto extra-organizacional.

3.4.2. FACTORES PSICOSOCIALES

Los factores psicosociales constituyen las variables independientes en nuestra investigación empírica. Como se observa en la Tabla 3.2, hemos procedido a agrupar estos factores en tres niveles (micro, meso y macro), siguiendo lo expuesto en el Capítulo 2. Además, para la interpretación de la hipótesis 4, también consideraremos si son demandas, recursos, o factores ambivalentes. Y para contrastar las hipótesis 5, 6 y 7 procederemos a elaborar las Configuraciones psicosociales de salud laboral, que surgen a partir de la combinación de dichos factores, y que nos permiten realizar una aproximación sistémica al mundo de la salud psicosocial en las organizaciones.

A continuación vamos a señalar los factores psicosociales considerados en cada uno de los niveles (ver también Anexo I).

FACTORES PSICOSOCIALES DEL NIVEL MICRO

Los factores psicosociales que hemos incluido en este nivel son los 7 siguientes:

- Ambiente físico. Este factor hace referencia a los aspectos físicos del entorno de trabajo (ruido, iluminación, temperatura, etc.) en el que la persona desempeña sus tareas. Unas condiciones físicas deficientes pueden afectar tanto a la salud psicológica como a la física de los trabajadores.

En nuestro estudio este factor se evalúa a través de un único ítem (*'Las condiciones físicas de mi puesto de trabajo (ruido, iluminación, ventilación...) son adecuadas'*). La escala de respuesta es de tipo Likert con 4 anclajes, que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Contenido del trabajo. Este es uno de los factores que tradicionalmente se ha considerado desde la vertiente de la prevención del riesgo. Contempla las características de las tareas desempeñadas en relación con su capacidad para responder a una serie de necesidades y expectativas del trabajador y de permitir su desarrollo laboral.

En concreto, las características que contemplamos aquí son: la variedad, la identidad con las tareas, la importancia de las tareas, la variedad de destrezas, la iniciativa y responsabilidad y la retroalimentación del puesto.

Este factor ha sido evaluado a través de 6 ítems (*'El trabajo que se realiza es lo suficientemente variado'*; *'Para realizar mi trabajo la cantidad de información (órdenes de trabajo, datos de trabajo...) que manejo es la adecuada'*; *'El trabajo que realizo es complejo y/o difícil'*; *'Me informan de los resultados de las tareas que realizo'*; *'Mi trabajo es poco importante'*; *'Mi trabajo me permite seguir aprendiendo'*). La escala de respuesta es de tipo Likert con 4 anclajes, que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Organización del trabajo. Este es otro de los factores clásicos en el estudio de la prevención de los riesgos psicosociales. La forma de organizar el trabajo que desempeñamos afecta a nuestra salud y a la de nuestra organización.

Los aspectos que incluimos en el presente trabajo, dentro de este factor, son: ritmo, nivel de atención, nivel de recursos requeridos, control de pausas, autonomía y control sobre la organización del trabajo.

Los ítems que componen este factor son 5 (*'Tengo la posibilidad de marcar mi propio ritmo de trabajo'*; *'Puedo hacer pausas para descansar cuando lo necesito'*; *'Puedo influir en la organización de mi trabajo'*; *'Tengo que mantener una alta atención para realizar mi trabajo'*; *'Mi trabajo me exige controlar continuamente mis emociones'*). La escala de respuesta es de tipo Likert; consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Definición de rol. Este es otro de los factores tradiciones que se introducen en la prevención de los riesgos psicosociales. Los dos subfactores más extendidos son: el conflicto de rol y la ambigüedad de rol. Aquí también son estos dos los que conforman el factor.

Los ítems con los que se ha recogido información sobre el factor son 6: *'Las tareas, funciones y procedimientos que debo realizar están claramente definidas'*; *'Puedo llevar a cabo las tareas que me competen'*; *'Con frecuencia se producen cambios laborales sin mi conocimiento'*; *'Esperan que haga aquello que no puedo o no quiero hacer'*; *'Tengo que realizar tareas que creo que podrían hacerse de otra manera'*; *'Acostumbro a recibir órdenes o instrucciones contradictorias'*. La escala de respuesta es de tipo Likert; consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Relaciones interpersonales. Este factor se fija en el ambiente social que rodea al puesto de trabajo. Hace referencia tanto a la cantidad como a la calidad de las relaciones, entre iguales, grupales, y verticales.

En concreto, hemos incluido 4 ítems para evaluar este factor psicosociales: *'Tengo la posibilidad de hablar con mis compañeros/as durante la realización de mis tareas'*; *'Las relaciones entre compañeras/os son de apoyo y respeto mutuo'*; *'Las relaciones con los jefes son de apoyo y respeto mutuo'*; *'Las relaciones dentro del grupo son de apoyo y respeto mutuo'*. La escala de

respuesta, de tipo Likert, consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Adecuación supervisión-participación. Uno de los factores psicosociales relevantes en el entorno cercano de trabajo guarda relación con el poder, su adecuación, control y distribución.

En este sentido, aquí planteamos 3 ítems para evaluar esta cuestión: *‘Hay una supervisión inadecuada o insuficiente’*; *‘El control que realizan las y los superiores del trabajo (ritmo, horarios, resultados, ...) es adecuado’*; *‘Desde la dirección se permite y fomenta que las y los trabajadores participemos y/o hagamos sugerencias sobre el trabajo’*. La escala de respuesta, de tipo Likert, consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Ajuste persona-puesto. Uno de los aspectos que introducen Hackman y Oldham (1980), en su reformulación sobre las características del puesto, es la adecuación que existe entre el conocimiento y las habilidades del trabajador y las exigencias del puesto de trabajo.

Para evaluar este factor hemos introducido un ítem (*‘Mi nivel de formación se corresponde con las tareas que tengo encomendadas’*). La escala de respuesta es de tipo Likert; y consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

FACTORES PSICOSOCIALES DEL NIVEL MESO

En el nivel meso, se han incluido los siguientes 8 factores psicosociales:

- Enfoque de la dirección. La forma en cómo se dirige y administra la organización es uno de los factores que incide en la forma de la organización.

Los ítems que conforma este factor son 4 (*‘Se trabaja en base a una planificación coherente’*; *‘El personal es insuficiente para cumplir con las tareas’*;

'Se produce papeleo excesivo'; 'Tengo compañeros de trabajo que no cumplen con sus funciones'). La escala de respuesta utilizada para medirlos es de tipo Likert; y consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Cultura de Justicia y Reconocimiento. La visión de la organización, al igual que sus valores, normas de funcionamiento y significados compartidos confieren a cada organización una cultura organizacional propia. La misma ejerce un influjo importante sobre la salud de los trabajadores, a la vez que limita el potencial de salud de la propia organización.

Dentro de los diferentes aspectos que conforman la cultura organizacional, en el presente trabajo nos centramos en dos de los más destacados: la justicia organizacional y el reconocimiento.

Los ítems utilizados para evaluar este factor son los 6 siguientes: *'Existe igualdad de oportunidades entre las y los trabajadores'; 'El trato que reciben las y los trabajadores es correcto'; 'Se vulneran los derechos laborales'; Las recompensas (salarios, promociones, ...) son justas y equitativas, atendiendo a los méritos de cada uno'; 'Se reconoce y valora el trabajo que realiza cada uno a partir de criterios objetivos y transparentes'; 'Las personas a las que tengo que atender reconocen los esfuerzos que se hacen por ellas'*. La escala de respuesta utilizada es de tipo Likert; y consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Clima organizacional de apoyo y comunicación. Otro de los factores psicosociales propios del nivel organizacional es el clima que se percibe en la organización. En el mismo se consideran aspectos como el apoyo que recibe el trabajador, la gestión y la calidad de la comunicación que existe en la organización, y la existencia de dinámicas de colaboración.

En concreto, aquí hemos evaluado este factor a través de 5 ítems (*'La comunicación con el equipo directivo es idónea'; 'La Dirección del Centro es receptiva a las necesidades de las y los trabajadores'; 'Se nos sabe motivar en nuestro trabajo'; 'Mis superiores inmediatos están dispuestos a escuchar y a*

ayudar cuando se precisa'; 'Si tienes problemas familiares, urgencias médicas,..., tienes la posibilidad de ausentarte del trabajo'). La escala de respuesta es de tipo Likert; y consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Regulación del tiempo de trabajo. Este factor psicosocial guarda relación con la forma en cómo, desde la organización, se ha decidido administrar el tiempo de trabajo.

En concreto se considera el horario y la dedicación semanal. 2 son los ítems que componen este factor: *'Horario de trabajo'* y *'Horas semanales de trabajo'*. La primera es una variable nominal, y la segunda ordinal. En la primera se han considerado cuatro opciones de respuesta: Jornada continua, Jornada partida, Jornada a turnos, y Jornada Nocturna. En la segunda 3 opciones: Menos de 35 horas semanales, Entre 35 y 40 horas semanales, y Más de 40 horas semanales.

Como se detalla en el siguiente Capítulo, ambos ítems han sido transformados y recodificados para obtener el factor Regulación del tiempo de trabajo, el cual es una variable ordinal que consta de 3 niveles: 1. Regulación deficiente (horarios extensos en cualquier tipo de jornada); 2. Regulación mejorable (horarios medios en jornadas a turnos y nocturna); y 3. Regulación adecuada (horarios medios y reducidos en jornadas continua y partida; horarios reducidos en jornadas a turnos y nocturnas).

- Oportunidades de Desarrollo profesional. La posibilidad de formular, desarrollar planes de futuro y alcanzar metas es un factor psicosocial relevante para la salud del trabajador. Define también a la propia organización, y a su potencial como entorno de salud.

En este factor, los ítems considerados han sido 3 (*'Aquí me ofrecen oportunidades para desarrollarme profesionalmente'*; *'Se oferta formación que me permite mejorar en mi trabajo'*; *'La promoción se realiza de forma justa y*

objetiva'). La escala de respuesta es de tipo Likert; y consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Estabilidad laboral. Este factor, como el anterior, favorece que el trabajador pueda desarrollar e implementar planes y lograr metas laborales y personales.

Para evaluarlo, hemos contemplado 2 ítems: '*Antigüedad en la empresa*' y '*Tipo de contrato*'. Se pueden considerar ambas variables como ordinales, desde el punto de vista de este factor. La Antigüedad está categorizada en 5 niveles (Menos de 1 año, Entre 1 año y 3, Entre 3 y 5 años, Entre 5 y 10 años, Más de 10 años). Por su parte, el Tipo de contrato se agrupa en 6 categorías, reagrupadas en 3 (fijo/indefinido; discontinuo/duración determinada; ETT, en formación, otros).

Como se detalla en el siguiente Capítulo, ambos ítems se han transformado y recodificado para obtener la Estabilidad laboral. Ésta es una variable ordinal con 3 niveles: 1. Alta estabilidad (trabajadores con contrato fijo/indefinido y más de 1 año de antigüedad; trabajadores discontinuos/duración determinada y más de 3 años de antigüedad); 2. Estabilidad media (trabajadores con contrato fijo/indefinido y menos de 1 año de antigüedad; trabajadores discontinuos/duración determinada y menos de 3 años de antigüedad); 3. Baja Estabilidad (trabajadores con contrato ETT/en formación independientemente de su antigüedad). Estos índices racionales serán los que utilizaremos en los cálculos.

- Seguridad laboral. Este factor hace referencia a la percepción que tiene el trabajador sobre su estabilidad y continuidad en su empleo actual.

Se ha evaluado a través de 4 ítems: '*Siento inseguridad (económica, ...) respecto a mi puesto de trabajo*'; '*Siento inseguridad por las condiciones laborales de mi sector*'; '*Me preocupa que me cambien las condiciones de contratación*'; '*En los próximos meses continuaré en mi empleo actual*'. La escala de respuesta es de tipo Likert; y consta de 4 anclajes que van desde Nada de acuerdo (1) hasta Totalmente de acuerdo (4).

- Actividad preventiva. Un factor de obligado cumplimiento, pero que no acaba de integrarse en el funcionamiento de las organizaciones, es la prevención de los riesgos laborales.

En este factor consideramos algunas de las principales actividades preventivas que recoge la legislación española en esta materia (evaluar y prevenir los riesgos, formar e informar a los trabajadores, realizar la vigilancia de la salud). Los ítems que lo componen son 6: *'La empresa ha realizado la Evaluación de Riesgos Laborales'*; *'Se ha efectuado una Evaluación de Riesgos Psicosociales'*; *'Se han puesto en marcha medidas para prevenir los riesgos psicosociales'*; *'He recibido información en materia de prevención de riesgos laborales'*; *'He recibido formación en materia de prevención de riesgos laborales'*; *'Se realiza periódicamente la vigilancia de la salud de las y los trabajadores'*.

Se trata de ítems cuya escala de medida es nominal (Si; No; No sé). Para trabajar con el factor, se ha procedido a transformar las puntuaciones directas y a recategorizarlas en una variable ordinal con tres anclajes: 1. Actividad preventiva deficiente (cuando se ha respondido que no se realizan o no se sabe si se realizan 5 ó 6 de las actividades); 2. Actividad preventiva mejorable (cuando se ha respondido que no se realizan o no se sabe si se realizan entre 2 y 4 de las actividades); 3. Actividad preventiva adecuada (cuando se ha respondido que se realizan 5 ó 6 de las actividades). Estos índices racionales serán los que utilizaremos en los cálculos. Se explica con más detalle en el siguiente capítulo.

FACTOR PSICOSOCIAL DEL NIVEL MACRO

En el nivel macro sólo se ha considerado 1 factor, al que la literatura y la aplicación práctica le han dedicado más atención hasta el momento:

- Conciliación de la vida laboral y familiar. Este factor analiza hasta qué punto ambas esferas de vida de las personas se entorpecen la una a la otra, o si se pueden conciliar sin que suponga demasiadas demandas para el trabajador.

Para su evaluación hemos planteado 3 ítems: *‘Tengo dificultades para conciliar la vida familiar y laboral’*; *‘Mis responsabilidades laborales perjudican mi vida familiar’*; *‘Tener personas que dependen de mí limita mi mejora profesional’*. La escala de respuesta es de tipo Likert; y consta de 4 anclajes que van desde Nada de acuerdo (1) hasta Totalmente de acuerdo (4).

Los factores expuestos, en sus diferentes niveles, se combinan en Configuraciones psicosociales (micro, meso u organizacionales). Estas configuraciones caracterizan a las empresas en su vertiente psicosocial –yendo más allá del tradicional clima-, e inciden sobre la salud de los trabajadores y de las propias organizaciones. Para los niveles meso y micro se plantea la existencia de 3 tipos de configuraciones psicosociales: Tóxica, Mediocre y *Path*-Eupsíquica. Para la organización en su conjunto, en el Capítulo 2 hemos expuesto propuesto cinco tipos de Configuraciones psicosociales teóricas: Tóxica, Represiva, Mediocre, Estratégica, y Eupsíquica.

3.4.3. FACTORES DE PÉRDIDA Y GANANCIA DE SALUD

Desempeñarse o caracterizarse por unos determinados factores psicosociales afecta a la salud laboral. Esos efectos son múltiples y diversos. En capítulos anteriores hemos indicado que dicha salud se ha amplificado, y que –si queremos tener una visión integral– hemos de considerar tanto sus efectos sobre los trabajadores como sobre las organizaciones, y hemos de contemplar tanto la producción de daños como la promoción de salud.

Para operativizar los Factores de salud hemos procedido a agruparlos considerando los dos ejes indicados. De esta forma, en el presente trabajo, los factores de pérdida y ganancia de salud son 5 (ver Tabla 3.2): Exposición al daño del trabajador

(incidencia); Daños al trabajador (cualidad); Daños a la organización; Salud para la organización; y Salud para el trabajador.

EXPOSICIÓN AL DAÑO

- Exposición al daño del trabajador (incidencia). Este factor recoge el impacto directo que los factores psicosociales producen en la percepción y sobre las capacidades del trabajador. El efecto más claro de un entorno laboral dañino es que el trabajador sufra daños que le lleven a una situación de baja laboral. Otro, a nivel cognitivo, radica en la percepción que tiene el trabajador del impacto que su trabajo genera en su salud.

Es por ello que, en este caso, se pregunta al trabajador por 2 aspectos: su percepción del daño que causa su trabajo sobre su salud (*¿Consideras que tu trabajo perjudica tu salud?*), si ha sufrido alguna baja laboral (*¿Has estado de baja en los últimos 12 meses?*). La escala del primer ítem es de tipo Likert, mientras que la del segundo es nominal. Para generar el factor, se transforman las puntuaciones del primero en nominales, y ambos se recategorizan en una variable única, con 4 niveles: 1. Objeto de daño; 2. Expuesto al daño; 3. Ciego a los daños; 4. Libre de daños. Es importante indicar, de cara al contraste de hipótesis, que el orden de este factor es inverso, por eso en la hipótesis se prevé una relación positiva con los factores.

DAÑOS AL TRABAJADOR

Este factor se construye a partir de la combinación de diferentes daños en la salud que puede sufrir el trabajador en su desempeño laboral. Los daños considerados son 6: físicos, conductuales, psicológicos, sociales, acoso laboral, y estado anímico negativo. Los 6 se ordenan en un único índice racional (*Índice general de afectación del trabajador*) que recoge los daños generales que percibe el trabajador fruto de su trabajo

(se explica con detalle en el siguiente Capítulo). Este indicador se convierte en el marcador de su nivel de daño individual. Pasamos a describir las características de cada uno de los daños.

- Daños físicos. Los daños físicos implican problemas relacionados con molestias cardiovasculares, digestivas, respiratorias, musculares, dermatológicas, entre otras.

Estos daños se evalúan a través de 7 ítems que recogen los siguientes daños: *'Problemas musculares (dolores en cuello, hombros, espalda, piernas; temblores; tartamudeo; hinchazón; sensación hormigueo, ...)'*; *'Molestias cardiovasculares (palpitaciones, dolor u opresión en el pecho, hipertensión...)'*; *'Molestias digestivas o estomacales'*; *'Dolores de cabeza (cefalea), vértigos o mareos'*; *'Problemas respiratorios (siente que se ahoga, que le falta el aire, ...)'*; *'Cansancio, sensación de fatiga (física, visual, ...)'*; *'Trastornos dermatológicos (dermatitis atópica, sudoración excesiva, alopecia...)'*. La escala de respuesta es de tipo Likert; y consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Daños conductuales. Estos tipos de daños hacen referencia a aspectos como alteraciones en los patrones de sueño, cambios de humos, conductas adictivas, o trastornos alimentarios, entre otros.

Para evaluar estos daños hemos considerado 4 ítems: *'Trastornos alimentarios (falta de apetito, alimentación compulsiva, vómitos,...)'*; *'Cambios de humor bruscos, impaciencia e irritabilidad'*; *'Alteraciones del sueño (insomnio, despertar nocturno, dificultad para levantarse, dificultad para permanecer dormido, ...)'*; *'Abuso de drogas'*. La escala de respuesta es de tipo Likert; y consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Daños psicológicos. Este tipo de daños incluyen muchos aspectos diferentes que van desde la incapacidad para concentrarse, hasta la ansiedad o la

depresión, pasando por la baja autoestima, los celos, la desorientación, el distanciamiento afectivo, o el estrés, entre otros.

Hemos introducido 8 ítems para evaluar este tipo de años. Estos ítems son: *'Estrés'*; *'Problemas de pareja y/o sexuales'*; *'Dificultades de concentración y/o de memoria'*; *'Ansiedad Crónica'*; *'Sensación de aislamiento o soledad'*; *'Crisis de pánico'*; *'Depresión'*; *'Sentimiento de fracaso, pérdida de autoestima, o apatía'*. La escala de respuesta es de tipo Likert, con 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Daños sociales. La esfera social es otra de las que se ve afectada por los factores psicosociales que se hallen en el entorno laboral.

En este caso se han introducido 3 ítems que son: *'Mi trabajo está afectando mis relaciones familiares y personales'*; *'Las personas más cercanas dicen que me sacrifico demasiado por mi trabajo'*; *'El desajuste entre trabajo y compromisos personales me generan problemas que afectan a mi salud'*. La escala de respuesta es de tipo Likert, con 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Acoso laboral. Una de las situaciones laborales más dañinas, derivadas de los factores psicosociales, a las que puede verse expuesto un trabajador es el acoso.

Es por ello que, en nuestro trabajo incluimos 7 ítems para evaluar la exposición que se da a las principales maniobras y situaciones de acoso. Estos ítems son: *'Se aísla, social y físicamente, a ciertas personas'*; *'Se critica la vida privada de algunos trabajadores'*; *'Se ha amenazado verbalmente (ej. Insultos, ofensas, gritos) a algunas personas'*; *'Se producen o han producido agresiones físicas por parte de mandos, compañeros, clientes,....'*; *'Se desprestigia y desacredita la capacidad profesional y laboral de ciertos trabajadores'*; *'Se producen situaciones de conflicto y/o tensión entre los trabajadores por motivos laborales'*; *'Se han producido agresiones sexuales'*. La escala de respuesta es de tipo Likert, con 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Estado de ánimo negativo. El último tipo de daño que consideramos es el que se puede producir sobre el estado de ánimo del trabajador que, aparte de ser un daño en sí mismo, le puede predisponer y exponer a padecer otro tipo de daños.

Los 6 ítems con los que lo hemos evaluado son: *‘Me supone un gran esfuerzo incorporarme al trabajo cada día’*; *‘Me cuesta olvidar los problemas del trabajo’*; *‘Me siento emocionalmente ‘desgastado’, agotado por mi trabajo’*; *‘Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa’*; *‘Siento que me he hecho más duro con la gente’*; *‘Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión’*. La escala de respuesta es de tipo Likert, con 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

DAÑOS PARA LA ORGANIZACIÓN

Este factor se obtiene a partir de la combinación de 2 daños: la pérdida de potencial humano en la organización y la degradación del clima laboral. Con ellos se obtiene un índice racional (*Índice del daño organizacional*) que nos indica el nivel de daño para la organización (se explica con detalle en el siguiente Capítulo).

- Pérdida de talento. Uno de los principales problemas que puede tener una organización en los tiempos actuales, donde el factor humano se ha convertido en el valor diferencial de muchas empresas y la gestión del conocimiento es fundamental, es la pérdida de sus activos más valiosos: los trabajadores. Es interesante indicar que dicha pérdida se puede perder tanto por abandono como por desinterés.

La evaluación de este daño organizacional se ha realizado a partir de 5 ítems (*‘Existe una elevada rotación en mi centro de trabajo’*; *‘He sentido impulsos de abandonar esta empresa’*; *‘Tengo compañeros poco motivados’*; *‘Experimento actitudes negativas hacia la institución’*; *‘Menor capacidad de*

trabajo’). La escala de respuesta es de tipo Likert; y consta de 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

- Conflictividad. Este es un indicador claro de que existen deficiencias en una buena parte de los factores psicosociales (clima, relaciones, supervisión, organización del trabajo, comunicación, definición de rol, etc.).

Para evaluarlo se ha pedido a los encuestados que indiquen qué tipo de conflictos se dan en su lugar de trabajo. Las opciones ofrecidas han sido: *Insultos personales entre colegas, Conflictos con otros departamentos, Conflictos con clientes, Conflictos con superiores, y Conflictos con proveedores*. Las puntuaciones directas se han transformado en la variable Conflictividad, la cual es tiene cuatro anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

SALUD PARA LA ORGANIZACIÓN

Este factor se extrae a partir de una única dimensión que contempla la mejora continua en la empresa (tanto de resultados como de condiciones de trabajo y de calidad) y su capacidad de dinamización.

- Mejora continua y dinamización. La vitalidad de una organización pasa por su capacidad para mantener sus activos humanos dinamizados y por ser capaz de mejorar continuamente (no sólo en relación con sus resultados, sino también en su calidad y en sus condiciones de trabajo).

Para evaluar estos aspectos se han incluido 6 ítems que son: *‘Se trabaja con calidad y excelencia’; ‘Los resultados de la empresa van a mejor, año a año’; ‘Las condiciones de trabajo han ido mejorando con el tiempo’; ‘Las contribuciones de los trabajadores son cada vez mejores’; ‘Los trabajadores sentimos que formamos parte de la empresa’; ‘Hay un ambiente laboral agradable entre compañeros’*. La escala de respuesta es de tipo Likert; y consta

de 4 anclajes que van desde Nada de acuerdo (1) hasta Totalmente de acuerdo (4).

SALUD PARA EL TRABAJADOR

Este factor está compuesto por una única dimensión –el estado anímico positivo del trabajador- en el cual se incluyen aspectos relacionados con la realización personal, la satisfacción y el engagement.

- Estado de ánimo positivo. El último factor de salud que se considera tiene que ver con el efecto positivo de los factores psicosociales sobre el trabajador, y más concretamente sobre su estado de ánimo.

En este caso se plantean 6 ítems. Los mismos recogen deferentes aspectos de la salud de las personas, como puede ser su vigor, su satisfacción, su realización o su ánimo. Estos ítems son: *‘Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo’*; *‘Me siento con mucha energía en mi trabajo’*; *‘Siento satisfacción como profesional, en mi trabajo’*; *‘Siento satisfacción con el reconocimiento que tengo en mi empresa sobre mi trabajo’*; *‘Mi trabajo me permite realizarme’*; *‘En mi trabajo me siento de buen humor’*. La escala de respuesta es de tipo Likert, con 4 anclajes que van desde No/Nunca (1) hasta Si/Siempre (4).

Una vez detallados los factores que se consideran en el estudio y las variables que los conforman, vamos a exponer –para finalizar el capítulo– cuáles son los análisis estadísticos que se han efectuado con las puntuaciones directas obtenidas, y que nos han permitido obtener los resultados que se ofrecen en el próximo capítulo.

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los diferentes análisis estadísticos efectuados siguen una serie de pasos (Bisquerra, 1989), así como el uso de unas determinadas técnicas estadísticas, en función de los objetivos e hipótesis de investigación.

En el proceso de análisis estadístico de los datos, el primer paso ha consistido en depurar los datos para corregir los errores generados en su introducción; analizarlos para asegurar los supuestos paramétricos; y, en caso de necesidad, depurar la matriz de datos.

Nuestro segundo paso, ha sido la reducción de los ítems a factores. Se ha hecho uso de dos tipos de análisis, en función de la cualidad métrica de los ítems implicados y del trasfondo teórico del factor: análisis factorial y cálculo de índices racional. El análisis factorial se ha aplicado con las variables métricas. Mientras que el cálculo de índices racional se ha hecho con las variables no métricas (*Regulación del tiempo de trabajo, Estabilidad laboral, Actividad preventiva, y Exposición al daño*). Por otro lado, existe una serie de Daños cuya agrupación se guía, principalmente, por criterios clínicos (*Daños Físicos, Daños Conductuales, Daños Psicológicos, Daños Sociales, y Acoso Laboral*), por lo que se han reducido a su puntuación media; posteriormente, junto con el *Estado de ánimo negativo*, han sido agrupados en un único factor (*Daños al trabajador*), a través de un cálculo de índice racional. Otro de los factores en los que se ha aplicado este cálculo ha sido en los *Daños a la organización*, en el que se han combinado la *Pérdida de talento* y la *Conflictividad* para obtener un indicador único. Con los factores monoítem (*Ambiente físico, y Ajuste persona-puesto*) no se ha realizado ningún tipo de cálculo. Con los factores obtenidos tras este análisis, junto con los monoítem, se ha llevado a cabo el contraste de hipótesis.

Siguiendo a Bentler y Wu (1993) hemos efectuado un análisis factorial exploratorio, que nos ha permitido agrupar los ítems iniciales en factores, creando variables compuestas. En la realización del mismo se han comprobado las correlaciones entre los

ítems de cada factor, y se ha calculado la consistencia interna de las escalas de medida; se ha hecho servir el estadístico α de Cronbach para establecer el grado de correlación existente.

Para comprobar la adecuación de la factorialización de la muestra hemos utilizado, de acuerdo con Hair *et al.* (1999), la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el contraste de esfericidad de Bartlett. Para el cálculo del número de factores hemos hecho servir el criterio de raíz latente, según el cual sólo se consideran los factores que tienen raíces latentes o autovalores mayores que 1 (explican al menos una variable). No ha habido restricciones en el número de factores a extraer. El método de extracción utilizado ha sido el de Componentes principales, que maximiza la varianza explicada. El criterio de rotación ortogonal aplicado ha sido Varimax, el cual reduce el número de ítems con pesos altos en un factor.

Una vez lograda la reducción de ítems a factores (bien a través del análisis factorial, bien a través del cálculo de índices racional) se ha efectuado un análisis exploratorio de los mismos, utilizando estadística descriptiva univariable. Este tipo de análisis descriptivo nos muestra sus características esenciales (estadísticos de centralización – media-, estadísticos de dispersión –desviación típica-, y frecuencias y porcentajes). En este tercer paso, además, se ha analizado la relación entre los pares de factores, utilizando estadística bivariante. Aquí se han calculado los coeficientes de correlación de los factores. Esta información nos permite conocer y comprender las relaciones bivariadas entre factores, de cara a trabajar mejor las hipótesis de investigación.

En cuarto lugar se ha llevado a cabo el contraste de hipótesis. Para realizar el mismo, según el tipo de hipótesis de investigación, se han aplicado tanto técnicas de análisis univariado como multivariante. En los análisis exploratorios se ha hecho servir la técnica del análisis de cluster; y en los análisis confirmatorios las técnicas de análisis de la varianza y de la regresión múltiple.

En el caso de las hipótesis H1, H2, H3 y H4 se ha empleado el método estadístico de la regresión lineal múltiple, pues buscamos contrastar el impacto que un conjunto de factores psicosociales (variables independientes) tienen sobre un factor de pérdida o ganancia de salud (variable dependiente). Con el análisis de regresión jerárquico múltiple conocemos si al añadir una o más variables predictoras a una ecuación de regresión se incrementa o no la capacidad de predecir el criterio o variable independiente (Catena, Ramos y Trujillo, 2003).

En el ámbito de las Ciencias Sociales se considera que una ecuación de regresión debe tener una ratio aproximada de 15 observaciones por predictor, para que éste sea fiable (Stevens, 1992). Esto es así con una correlación múltiple de la población de .50, un error de predicción de .04 y una probabilidad de .90. En nuestro caso, y habida cuenta que el número de predictores máximo es de 16, podemos considerar que el número total de observaciones de nuestra muestra ($n = 2.864$) es apropiado para una correlación de .50, un error de predicción de .04, y una probabilidad superior a .99.

Para evaluar nuestros modelos de regresión se han analizado los estadísticos de bondad de ajuste del modelo (R , R^2 , R^2 ajustado), el análisis de varianza y la estimación de parámetros a considerar. El coeficiente de correlación múltiple (R) nos indica la intensidad de la relación entre el conjunto de variables independientes y la variable dependiente. El coeficiente de correlación múltiple al cuadrado o coeficiente de determinación (R^2) nos permite estimar la importancia relativa que tiene la variable que se acaba de introducir en el paso correspondiente para predecir el criterio. El coeficiente de determinación ajustado (R^2 ajustado) mide lo mismo que R^2 pero sin la influencia del número de variables que se introducen.

El Análisis de Varianza nos indica cuan adecuado es el modelo de regresión lineal que se está proponiendo. También se ha de prestar atención al estadístico de Durbin-Watson, que mide el grado de autocorrección entre el residuo correspondiente a cada observación y el anterior (los residuos deben ser independientes); si el valor del estadístico es próximo a 2 los residuos están incorrelacionados. Para comprobar la

presencia de multicolinealidad se consideran los valores del factor de inflación de la varianza (FIV) y los índices de tolerancia; cuando los valores FIV están por encima de 10 y los índices de tolerancia son menores de 0,10 suele haber presencia de multicolinealidad; para minimizar los efectos de la multicolinealidad se realizan todos los análisis de regresión con las variables estandarizadas.

En relación con las hipótesis H5 y H6 nuestra intención es contrastar la existencia de diferencias intergrupales significativas en la salud y los daños de los trabajadores y de las organizaciones. Para el cálculo de estas hipótesis se ha efectuado un Análisis de la varianza. Las agrupaciones se han efectuado en función de cada hipótesis. En H5 se han agrupado en función de los factores psicosociales del nivel micro; y en H6 de los del nivel meso. Dichas agrupaciones, como ya hemos indicado, se han elaborado a partir de índices racionales.

En el caso de la hipótesis H7 se pretende comprobar si existen diferencias intergrupales significativas entre las distintas Configuraciones psicosociales de la organización. Para realizar este contraste se ha hecho servir el Análisis de la varianza. Como paso previo se ha clasificado a los sujetos a partir de los diferentes contextos de factores psicosociales en los que trabajan. Anteriormente ya hemos realizado nuestra propuesta teórica de configuraciones. Nuestro objetivo es comprobar si existe su referente empírico, para poder clasificar a las organizaciones según su configuración psicosocial. Para obtenerlo hemos llevado a cabo un análisis de clusters, técnica que nos permite agrupar casos a partir de una serie de factores. Para su cálculo se ha seguido un método divisivo o de partición (Catena, Ramos y Trujillo, 2003). El método utilizado ha sido K-Medias. Se trata de un método no jerárquico, partitivo o de optimización, más concretamente de reasignación. Este método utiliza la distancia euclídea de cada caso a los centroides del cluster. Las configuraciones empíricas resultantes son la base para contrastar la hipótesis H7.

En la realización de estos análisis estadísticos se ha hecho servir el paquete estadístico SPSS 17.0.

Tras haber planteado los objetivos y las hipótesis de investigación que se quieren comprobar en este trabajo; expuesto el diseño de investigación que se ha seguido en el estudio de campo; descrito la muestra; definido las variables; e indicado los análisis estadísticos efectuados, en el siguiente capítulo vamos a detallar los principales resultados obtenidos.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

*“Antes del efecto se cree en causas diferentes que después de él”
“Para ver entera una cosa es preciso que la persona tenga dos ojos, uno de amor y otro de odio”
Nietzsche*

*“Escuchar es importante sólo cuando no estamos proyectando nuestros propios deseos por medio de aquello que escuchamos. ¿Puede uno dejar de lado todas estas pantallas a través de las que escucha, y escuchar realmente?”
Krishnamurti*

En la presentación de los resultados obtenidos en el estudio empírico vamos a seguir los pasos relatados en el último apartado del Capítulo 3. Así, empezaremos exponiendo los factores que se obtienen tras la reducción de la información directa. Para reducir esos datos se han utilizado diferentes técnicas (análisis factorial, cálculo de la puntuación media, y cálculo de índices racionales).

A continuación, pasamos a describir las características básicas de los factores empíricos, tanto de los psicosociales (variables independientes) como de los de daño y salud (variables dependientes). En este mismo apartado, se listan y comentan las correlaciones que existen entre todos ellos.

Tras obtener y conocer las características estadísticas de los factores empíricos, se muestran los resultados obtenidos en la contrastación de hipótesis. Así, en el caso de las hipótesis H1, H2, H3 y H4 se ofrecen los resultados del análisis de regresión múltiple.

En el siguiente apartado, y como paso previo para contrastar la hipótesis H7 de nuestro tercer objetivo de investigación, se muestran los resultados del análisis cluster efectuado, el cual nos permite establecer las Configuraciones psicosociales empíricas de las organizaciones a partir de los 16 factores psicosociales considerados en el estudio. También se establecen las Configuraciones psicosociales micro y meso necesarias para las hipótesis H5 y H6; estas agrupaciones se obtienen con el cálculo de índices racionales.

En el último apartado se muestran los resultados del contraste de las hipótesis H5, H6 y H7. En el caso de las dos primeras, se ha efectuado un Análisis de la varianza entre los tres tipos de configuraciones organizativas creadas a partir de índices racionales. En el caso de la H7, se muestra la relación que existe entre la Configuración psicosocial de la organización y la pérdida o ganancia de salud.

4.1. REDUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN EN FACTORES ESTADÍSTICOS Y RACIONALES

Para simplificar la información estadística se han utilizado diferentes técnicas. La elección de unas u otras ha dependido de las características métricas de los ítems y del carácter teórico del factor. Las técnicas de reducción de datos utilizadas son: análisis factorial y de fiabilidad, cálculo de índices racionales, y cálculo de la puntuación media. El objetivo es asegurar que los factores obtenidos contienen y mantienen la naturaleza y el sentido de los ítems iniciales.

Con aquellos factores teóricos cuyos ítems cumplen las propiedades métricas (*Contenido del trabajo, Organización del trabajo, Definición de rol, Relaciones interpersonales, Adecuación supervisión-participación, Enfoque de Dirección, Cultura de Justicia y Reconocimiento, Clima organizacional de Apoyo y Comunicación, Oportunidad de desarrollo profesional, Seguridad laboral, Conciliación vida laboral-familiar, Estado de ánimo negativo, Pérdida de Talento, Mejora continua y Dinamización, y Estado de ánimo positivo*) se ha efectuado un análisis factorial y de consistencia interna.

Con aquellos otros que no cumplen las propiedades métricas necesarias para el análisis factorial (*Regulación del tiempo de trabajo, Estabilidad laboral, Actividad preventiva, y Exposición al daño*) se ha procedido a realizar el cálculo de un índice racional.

Dentro de este apartado están una serie de Daños cuya agrupación se guía, principalmente, por criterios clínicos (*Daños Físicos, Daños Conductuales, Daños Psicológicos, Daños Sociales, y Acoso Laboral*). En este caso, en primer lugar se ha procedido a reducirlos a su puntuación media, al considerar que se trata de una combinación de síntomas que experimenta el trabajador. Posteriormente, junto con el *Estado de ánimo negativo*, han sido agrupados en un único factor (*Daños al trabajador*), a través del cálculo de un índice racional. Otro de los factores en los que se ha aplicado este cálculo ha sido en los *Daños a la organización*, en el que se han combinado la *Pérdida de talento* y la *Conflictividad* para obtener un indicador único.

Por su parte, con los factores monoítem (*Ambiente físico, y Ajuste persona-puesto*) no se ha realizado ningún tipo de cálculo de reducción.

4.1.1. ANÁLISIS FACTORIAL Y DE FIABILIDAD

Las agrupaciones a factorializar han sido:

- De los Factores psicosociales del nivel micro: Contenido del trabajo, Organización del trabajo, Definición de rol, Relaciones interpersonales, y Adecuación de la Supervisión-Participación.
- De los Factores psicosociales del nivel meso: Cultura de justicia y reconocimiento, Clima de apoyo y comunicación, Oportunidad de desarrollo profesional, y Seguridad laboral.
- De los Factores psicosociales del nivel macro: Conciliación de la vida laboral y familiar

- De los Factores de daño y salud: Estado de ánimo negativo, Pérdida de capital, Mejora continua y Dinamización, y Estado de ánimo positivo

En primer lugar, indicar que el tamaño de nuestra muestra es aceptable para su análisis, pues supera la exigencia de disponer de un mínimo de 20 observaciones por cada variable. Para comprobar la pertinencia de aplicación del análisis factorial al conjunto de variables observables y si la muestra puede ser factorializada se han tomado como referencia dos criterios: la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el contraste de esfericidad de Bartlett.

Tabla 4.1. Criterios de adecuación de la muestra para la factorialización

Factores	Pruebas	Valor
Contenido del trabajo	<i>Test de KMO</i>	.707
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Organización del trabajo	<i>Test de KMO</i>	.643
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Definición de rol	<i>Test de KMO</i>	.786
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Relaciones interpersonales	<i>Test de KMO</i>	.664
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Adecuación Supervisión-participación	<i>Test de KMO</i>	.672
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Enfoque de Dirección	<i>Test de KMO</i>	.692
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Cultura de Justicia y reconocimiento	<i>Test de KMO</i>	.836
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Clima de Apoyo y comunicación	<i>Test de KMO</i>	.846
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Oportunidad desarrollo profesional	<i>Test de KMO</i>	.716
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Seguridad laboral	<i>Test de KMO</i>	.690
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Conciliación vida laboral-familiar	<i>Test de KMO</i>	.667
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Estado ánimo negativo	<i>Test de KMO</i>	.830
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Pérdida de talento	<i>Test de KMO</i>	.791
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Mejora continua y Dinamización	<i>Test de KMO</i>	.870
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000
Estado ánimo positivo	<i>Test de KMO</i>	.882
	<i>Significatividad del Test de Bartlett</i>	.000

Como se puede observar en la Tabla 4.1, los datos se ajustan a un modelo de análisis factorial. Ninguna puntuación en el test de KMO es inferior a .500 (inaceptable); y tampoco ninguna es inferior a .600 (baja); sólo alguna está entre .600 y .700 (mediocre); otras pueden ser consideradas como medianas, pues están entre .700 y .800; y alguna es meritoria (entre .800 y .900). Por su parte, el test de Bartlett nos señala que en todos los factores hay correlación significativa entre los ítems ($p < .001$), lo que también nos confirma la adecuación de la muestra para su factorialización.

El siguiente paso ha sido comprobar si los ítems conforman un único factor o varios. Para ello se ha hecho servir el método de Componentes principales, tomando como criterio un valor propio (eigenvalor) superior a 1 para identificar el número de factores. Como las relaciones entre los ítems no están altamente intercorrelacionadas se ha optado por efectuar una rotación ortogonal con varimax. Igualmente, se ha calculado el indicador de consistencia interna de los ítems del factor resultante, utilizando el indicador α de Cronbach.

En la Tabla 4.2 se listan los pesos factoriales de los ítems de cada factor psicosocial del nivel micro, el valor propio obtenido (eigenvalue), así como el porcentaje de varianza explicada por cada factor, y el indicador de la consistencia interna del mismo.

Tabla 4.2. Análisis de componentes principales para los Factores psicosociales del nivel micro

FACTORES PSICOSOCIALES DEL NIVEL MICRO	Pesos factoriales
CONTENIDO DEL TRABAJO	
El trabajo que se realiza es lo suficientemente variado	,785
Para realizar mi trabajo la cantidad de información (órdenes de trabajo, datos de trabajo...) que manejo es la adecuada	,755
El trabajo que realizo es complejo y/o difícil	,782
Me informan de los resultados de las tareas que realizo	,744
Mi trabajo es poco importante	,630
Mi trabajo me permite seguir aprendiendo	,738
Valores propios sin rotar	2,385
% Varianza explicada	49,404
Consistencia interna (α de Cronbach)	,695

Tabla 4.2 (Continuación). Análisis de componentes principales para los Factores psicosociales del nivel micro

FACTORES PSICOSOCIALES DEL NIVEL MICRO		Pesos factoriales
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO		
Tengo la posibilidad de marcar mi propio ritmo de trabajo		,746
Puedo hacer pausas para descansar cuando lo necesito		,728
Puedo influir en la organización de mi trabajo		,784
Tengo que mantener una alta atención para realizar mi trabajo		,655
Mi trabajo me exige controlar continuamente mis emociones		,541
Valores propios sin rotar	2,081	
% Varianza explicada	47,023	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,688	
DEFINICIÓN DE ROL		
Las tareas, funciones y procedimientos que debo realizar están claramente definidas		,565
Puedo llevar a cabo las tareas que me competen		,755
Con frecuencia se producen cambios laborales sin mi conocimiento		,738
Esperan que haga aquello que no puedo o no quiero hacer		,749
Tengo que realizar tareas que creo que podrían hacerse de otra manera		,723
Acostumbro a recibir órdenes o instrucciones contradictorias		,795
Valores propios sin rotar	3,149	
% Varianza explicada	52,479	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,813	
RELACIONES INTERPERSONALES		
Tengo la posibilidad de hablar con mis compañeros/as durante la realización de mis tareas		,530
Las relaciones entre compañeras/os son de apoyo y respeto mutuo		,726
Las relaciones con los jefes son de apoyo y respeto mutuo		,780
Las relaciones dentro del grupo son de apoyo y respeto mutuo		,712
Valores propios sin rotar	1,829	
% Varianza explicada	45,718	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,679	
FACTORES PSICOSOCIALES DEL NIVEL MICRO		Pesos factoriales
SUPERVISIÓN-PARTICIPACIÓN		
Hay una supervisión inadecuada o insuficiente		,784
El control que realizan las y los superiores del trabajo (ritmo, horarios, resultados, ...) es adecuado		,881
Desde la dirección se permite y fomenta que las y los trabajadores participemos y/o hagamos sugerencias sobre el trabajo		,824
Valores propios sin rotar	2,085	
% Varianza explicada	69,505	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,780	

De los resultados obtenidos se concluye que la factorialización es correcta en todos los casos. Se observa que cada uno de los Factores psicosociales del nivel micro es un único factor, con una aceptable coherencia interna y una buena validez de constructo. Así, en cada uno se extrae un solo factor con valor propio superior a 1. Los ítems presentan unas saturaciones aceptables en su factor; en todos los casos son $>0,400$, por lo que se entiende que son significativos en el factor al que pertenecen. Las varianzas explicadas por cada factor son aceptables, superando el 45%. Y el índice de fiabilidad (medido mediante el criterio del α de Cronbach) nos muestra que el promedio de correlación entre elementos es aceptable en todos los casos ($>0,650$).

El siguiente análisis factorial (cuyos datos pueden verse en la Tabla 4.3) se centra en los factores psicosociales del nivel meso. Como se observa, también aquí la factorialización es correcta en todos los casos. Cada uno de los Factores psicosociales del nivel meso es un único factor; en cada uno se extrae un solo factor con eigenvalor superior a 1. Todos los factores presentan una elevada coherencia interna; los índices de consistencia interna muestran que el promedio de correlación entre elementos es buena en todas las dimensiones ($>0,650$). Además, se da una buena validez de constructo. Los ítems presentan unas saturaciones aceptables en su factor; en todos los casos son $>0,400$, por lo que se entiende que son significativos en el factor al que pertenecen. Las varianzas explicadas por cada factor son buenas, superando el 50%.

Tabla 4.3. Análisis de componentes principales para los Factores psicosociales del nivel meso

FACTORES PSICOSOCIALES DEL NIVEL MESO		Pesos factoriales
ENFOQUE DE DIRECCIÓN		
Se trabaja en base a una planificación coherente		,747
El personal es insuficiente para cumplir con las tareas		,595
Se produce papeleo excesivo		,735
Tengo compañeros de trabajo que no cumplen con sus funciones		,734
Valores propios sin rotar		1,996
% Varianza explicada		50,060
Consistencia interna (α de Cronbach)		,665

Tabla 4.3 (Continuación). Análisis de componentes principales para los Factores psicosociales del nivel meso

FACTORES PSICOSOCIALES DEL NIVEL MESO		Pesos factoriales
CULTURA JUSTICIA Y RECONOCIMIENTO		
Existe igualdad de oportunidades entre las y los trabajadores		,828
El trato que reciben las y los trabajadores es correcto		,811
Se vulneran los derechos laborales		,546
Las recompensas (salarios, promociones, ...) son justas y equitativas, atendiendo a los méritos de cada uno		,790
Se reconoce y valora el trabajo que realiza cada uno a partir de criterios objetivos y transparentes		,893
Las personas a las que tengo que atender reconocen los esfuerzos que se hacen por ellas		,484
Valores propios sin rotar	3,297	
% Varianza explicada	54,954	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,830	
CLIMA ORGANIZACIONAL APOYO Y COMUNICACIÓN		
La comunicación con el equipo directivo es idónea		,855
La Dirección del Centro es receptiva a las necesidades de las y los trabajadores		,515
Se nos sabe motivar en nuestro trabajo		,854
Mis superiores inmediatos están dispuestos a escuchar y a ayudar cuando se precisa		,869
Si tienes problemas familiares, urgencias médicas,..., tienes la posibilidad de ausentarte del trabajo		,809
Valores propios sin rotar	3,136	
% Varianza explicada	62,730	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,850	
OPORTUNIDAD DESARROLLO PROFESIONAL		
Aquí me ofrecen oportunidades para desarrollarme profesionalmente		,913
Se oferta formación que me permite mejorar en mi trabajo		,860
La promoción se realiza de forma justa y objetiva		,877
Valores propios sin rotar	2,344	
% Varianza explicada	78,128	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,860	
SEGURIDAD LABORAL		
Siento inseguridad (económica, ...) respecto a mi puesto de trabajo		,840
Siento inseguridad por las condiciones laborales de mi sector		,842
Me preocupa que me cambien las condiciones de contratación		,765
En los próximos meses continuaré en mi empleo actual		,414
Valores propios sin rotar	2,171	
% Varianza explicada	54,277	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,708	

El último de los factores psicosociales analizado corresponde al nivel macro (ver Tabla 4.4). Como en los casos anteriores su factorialización es correcta. El eigenvalor es superior a 1, por lo que se entiende que los ítems se agrupan en un único factor. Además, la coherencia interna de los ítems es elevada ($\alpha = ,749$). La validez del constructo es buena; las saturaciones de los ítems en el factor son elevadas (con pesos factoriales $>0,700$), y la varianza explicada del factor supera el 67%.

Tabla 4.4. Análisis de componentes principales para la Conciliación de la vida laboral y familiar (nivel macro)

NIVEL MACRO		Pesos factoriales
CONCILIACIÓN VIDA LABORAL-FAMILIAR		
Tengo dificultades para conciliar la vida familiar y laboral		,752
Mis responsabilidades laborales perjudican mi vida familiar		,851
Tener personas que dependen de mí limita mi mejora profesional		,850
Valores propios sin rotar		2,014
% Varianza explicada		67,130
Consistencia interna (α de Cronbach)		,749

Del análisis factorial de los Factores de daño y salud también se concluye que la factorialización de todos ellos es correcta (ver Tabla 4.5).

Así, el análisis de los eigenvalores obtenidos nos indica que cada uno de los Factores de daño y salud es un único factor, pues en cada uno se extrae un único valor propio superior a 1. El análisis del criterio α de Cronbach nos indica que la consistencia interna de cada uno de los factores es buena (todos superan el ,700). Y la validez de constructo de cada uno de ellos es adecuada; así, todos los ítems presentan unas saturaciones aceptables en su factor (superiores a 0,400 en todos los casos); y las varianzas explicadas por cada factor son buenas, superando todas el 50%.

Tabla 4.5. Análisis de componentes principales para los factores de daño y salud

FACTORES DE DAÑO Y SALUD		Pesos factoriales
DAÑOS AL TRABAJADOR ESTADO ÁNIMO NEGATIVO		
Me supone un gran esfuerzo incorporarme al trabajo cada día		,809
Me cuesta olvidar los problemas del trabajo		,732
Me siento emocionalmente 'desgastado', agotado por mi trabajo		,855
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa		,807
Siento que me he hecho más duro con la gente		,653
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión		,694
Valores propios sin rotar	3,481	
% Varianza explicada	58,011	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,852	
DAÑOS A LA ORGANIZACIÓN PÉRDIDA DE TALENTO		
Existe una elevada rotación en mi centro de trabajo		,414
He sentido impulsos de abandonar esta empresa		,848
Tengo compañeros poco motivados		,788
Experimento actitudes negativas hacia la institución		,860
Menor capacidad de trabajo		,728
Valores propios sin rotar	2,612	
% Varianza explicada	52,234	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,730	
SALUD PARA LA ORGANIZACIÓN MEJORA CONTINUA Y DINAMIZACIÓN		
Se trabaja con calidad y excelencia		,653
Los resultados de la empresa van a mejor, año a año		,839
Las condiciones de trabajo han ido mejorando con el tiempo		,851
Las contribuciones de los trabajadores son cada vez mejores		,622
Los trabajadores sentimos que formamos parte de la empresa		,807
Hay un ambiente laboral agradable entre compañeros		,773
Valores propios sin rotar	3,492	
% Varianza explicada	58,188	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,853	
SALUD PARA EL TRABAJADOR ESTADO EMOCIONAL POSITIVO		
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo		,595
Me siento con mucha energía en mi trabajo		,781
Siento satisfacción como profesional, en mi trabajo		,878
Siento satisfacción con el reconocimiento que tengo en mi empresa sobre mi trabajo		,800
Mi trabajo me permite realizarme		,885
En mi trabajo me siento de buen humor		,822
Valores propios sin rotar	3,833	
% Varianza explicada	63,891	
Consistencia interna (α de Cronbach)	,882	

4.1.2. CÁLCULO DE LOS ÍNDICES RACIONALES

Continuando con el proceso de simplificación de la información directa recogida, se han calculado los índices racionales de aquellos otros factores (*Regulación del tiempo de trabajo, Estabilidad laboral, Actividad preventiva, y Exposición al daño*) que por sus propiedades métricas no pueden ser objeto del análisis factorial. Estos índices racionales serán los que utilizaremos en los cálculos.

La *Regulación del tiempo de trabajo* está compuesta por dos ítems: '*Horario de trabajo*' y '*Horas semanales de trabajo*'. El primero es nominal y el segundo ordinal. El factor recategorizado nos permite entender hasta qué punto el tiempo de trabajo se encuentra regularizado; se trata de una variable ordinal con tres niveles (Tabla 4.6):

1. Regulación deficiente (horarios extensos en cualquier tipo de jornada).
2. Regulación mejorable (horarios medios en jornadas a turnos y nocturna).
3. Regulación adecuada (horarios medios y reducidos en jornadas continua y partida; horarios reducidos en jornadas a turnos y nocturnas).

Tabla 4.6. Recategorización del factor *Regulación del tiempo de trabajo*

Nivel	Horas semanales	Horario trabajo
1. Regulación deficiente	> 40	Jornada continua Jornada partida Jornada a turnos Jornada nocturna
2. Regulación mejorable	Entre 35-40	Jornada a turnos Jornada nocturna
3. Regulación adecuada	> 35	Jornada a turnos Jornada nocturna
	Entre 35-40	Jornada continua Jornada partida

Atendiendo a los niveles resultantes de la recategorización se entiende que a mayor regularización del tiempo menor será el daño en la salud y mayores los beneficios para la salud del trabajador y, por tanto, de la organización.

La *Estabilidad laboral* se obtiene a partir de 2 ítems: '*Antigüedad en la empresa*' y '*Tipo de contrato*'. Ambas son ordinales y tras su transformación y recategorización, el factor resultante es ordinal y tiene 3 niveles (Tabla 4.7):

1. Baja Estabilidad (trabajadores con contrato ETT/en formación, independientemente de su antigüedad).
2. Estabilidad media (trabajadores con contrato fijo/indefinido y menos de 1 año de antigüedad; trabajadores discontinuos/duración determinada y menos de 3 años de antigüedad).
3. Alta estabilidad (trabajadores con contrato fijo/indefinido y más de 1 año de antigüedad; trabajadores discontinuos/duración determinada y más de 3 años de antigüedad).

Tabla 4.7. Recategorización del factor Estabilidad laboral

Nivel	Antigüedad	Tipo contrato
1. Baja estabilidad	---	Contrato ETT/en formación
2. Estabilidad media	< 1 año	Contrato fijo
	< 3 años	Discontinuo/Duración determinada
3. Alta estabilidad	> 1 año	Contrato fijo
	> 3 años	Discontinuo/Duración determinada

De esta forma, se entiende que a mayor estabilidad laboral (en contrato y en antigüedad) menor será el daño.

La *Actividad preventiva* se obtiene a partir de 6 ítems cuya escala de medida es nominal. La transformación y recategorización de estos ítems nos permite obtener un factor ordinal con tres niveles (Tabla 4.8):

1. Actividad preventiva deficiente (cuando se ha respondido que no se realizan o no se sabe si se realizan 5 ó 6 de las actividades).
2. Actividad preventiva mejorable (cuando se ha respondido que no se realizan o no se sabe si se realizan entre 2 y 4 de las actividades).
3. Actividad preventiva adecuada (cuando se ha respondido que se realizan 5 ó 6 de las actividades).

Tabla 4.8. Recategorización del factor Actividad preventiva

Nivel	Nº Actividades preventivas
1. Deficiente	Se desconoce o no se realizan 5 ó 6
2. Mejorable	Se desconoce o no se realizan entre 2 y 4
3. Adecuada	Se desconoce o no se realizan entre 1 o ninguna

Cabe esperar que cuanto mayor sea el cumplimiento de los obligaciones preventivas por parte de la organización mayor será la salud y menor el daño.

En el caso de la *Exposición al daño*, los 2 ítems que lo conforman han sido recodificados. El factor resultante presente cuatro niveles (tabla 4.9) (es importante recordar que este factor presenta un orden invertido):

1. Objeto de daño. Aquí están los trabajadores que indican que el trabajo perjudica su salud y que han sufrido una baja laboral en el último año;
2. Expuesto al daño. En esta categoría están los trabajadores que no han sufrido baja laboral, pero que consideran que el trabajo perjudica su salud;
3. Ciego al daño. En este caso se incluyen aquellos trabajadores que, percibiendo que el trabajo no les causa daños a su salud, han estado de baja laboral.
4. Libre de daños. Aquí se incluyen los trabajadores que no han estado de baja y que perciben que el trabajo no perjudica su salud.

Tabla 4.9. Recategorización del factor Exposición al daño

		Percepción de daño	
		SI	NO
BAJA	SI	OBJETO DE DAÑO	CIEGO AL DAÑO
	NO	EXPUESTO A DAÑO	LIBRE DE DAÑOS

4.1.3. CÁLCULO DE LOS ÍNDICES DE DAÑO

Como se ha señalado, hay una serie de Daños que se encuentran agrupados a partir de criterios clínicos. Estos son: *Daños Físicos*, *Daños Conductuales*, *Daños Psicológicos*, *Daños Sociales*, y *Acoso Laboral*. Cada uno de ellos se encuentra conformado por una serie de síntomas característicos de cada tipo daño. A los trabajadores se les ha solicitado que expongan hasta qué punto padecen cada uno de dichos síntomas; es decir, su percepción de que están sufriendo ese daño. A partir de esas respuestas se ha procedido a hacer un sumatorio de sus puntuaciones y dividirlos por el número de síntomas, para obtener la media en cada tipo de daño y conocer cuál es el nivel de afectación percibido por el trabajador en cada uno de ellos.

Junto a estos 5 daños definidos por criterios clínicos se encuentra el *Estado de ánimo negativo*, cuyo análisis factorial se ha expuesto en la primera parte del capítulo. Todos ellos conforman el factor *Daños al trabajador*. La cohesión interna de este conjunto de daños es elevada ($\alpha = ,754$). Al estar medidos todos con el mismo tipo de escala métrica, se ha procedido a extraer el *Índice general de afectación del trabajador* a partir del sumatorio de las medias de cada daño (ver Tabla 4.11).

De la misma forma se ha procedido para calcular el factor *Daños a la organización*. Este factor se forma a partir de la combinación de la *Pérdida de talento* y la *Conflictividad*. Los dos se encuentran medidos en una escala métrica similar, por lo que a partir del sumatorio de sus medias se ha extraído el *Índice de daño organizacional*, puntuación que indica el nivel de daño que experimenta la organización (ver Tabla 4.11).

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE PÉRDIDA Y DE GANANCIA DE SALUD, Y DE SUS CORRELACIONES

Tras reducir los ítems en factores congruentes y coherentes, pasamos a realizar un análisis exploratorio (medias, desviaciones típicas, asimetría y kurtosis) de los mismos.

Hay que indicar, antes de proseguir, que a todos los ítems se les ha dado el sentido del factor, invirtiendo aquellos que fueran en sentido contrario, para que el conjunto del factor tuviera el mismo sentido.

La variabilidad de la muestra es escasa, como se observa en la presencia de unas desviaciones típicas bajas. El análisis de la asimetría y de la kurtosis indica que la muestra no está sesgada; excepto en los factores *Relaciones interpersonales*, *Ajuste persona-puesto*, *Conciliación trabajo-familia*, *Conflictividad*, y *Daños al trabajador* las puntuaciones están entre ± 1 .

El factor psicosocial que mejor media obtiene es el *Ajuste persona-puesto* ($\bar{X} = 2,99$). Otro de los factores mejor valorados por la muestra es la *Definición de rol* ($\bar{X} = 2,74$), junto con las *Condiciones de trabajo* ($\bar{X} = 2,72$). En la parte negativa, el factor con peor media es el de las *Relaciones interpersonales* ($\bar{X} = 2,04$), seguido de las *Oportunidades de desarrollo profesional* ($\bar{X} = 2,19$) y de la *Seguridad laboral* ($\bar{X} = 2,19$). Cabe destacar que si bien no hay factores con una valoración elevada (ninguno obtiene una media superior a 3, sobre 4), tampoco los hay con una valoración deficiente (ninguno tiene una media inferior a 2 puntos) (ver Tabla 4.10).

Tabla 4.10. Análisis descriptivo de los Factores psicosociales

	N	Media \bar{X}	Desv. Tip.	Asime- tría	Kurtosis
Ambiente físico	1652	2,6	1,085	-,184	-,994
Condiciones de trabajo	2783	2,72	,8398	,225	,381
Organización del trabajo	1823	2,35	,634	-,324	,231
Definición de rol	2823	2,74	,7475	-,445	,132
<i>Relaciones interpersonales</i>	2816	2,04	1,375	-,303	-1,331
Adecuación supervisión-participación	2805	2.43	,8309	-,080	-,612
Ajuste persona-puesto	2837	2,99	,783	-,828	1,214
Enfoque de Dirección	2783	2,71	,5994	-,464	,562
Cultura Justicia y Reconocimiento	2825	2,41	,8374	,140	-,350
Clima Apoyo y Comunicación	2765	2,35	,6769	,044	-,027
Oportunidad desarrollo profesional	1636	2,19	1,006	,136	-,689
Seguridad laboral	2834	2,31	,8150	,048	-,347
Conciliación trabajo-familia	2831	2,37	1,011	,098	-1,06

Por su parte, el análisis descriptivo de los factores de daño y salud nos muestra que los trabajadores perciben que predomina el desarrollo de la salud frente a los daños. Y que los trabajadores se encuentran mejor que las organizaciones. Así, la \bar{X} en la *Salud para la organización* es de 2,46, y en la *Salud para el trabajador* es de 2,51. En la parte del daño, la \bar{X} del *Daño al trabajador* es de 1,51; mientras que la \bar{X} del *Daño a la organización* es de 1,61. Entre los factores de daño el que presenta mayor nivel de afectación es el *Estado de ánimo negativo* ($\bar{X} = 2,07$). Estos resultados –altas puntuaciones en estado de ánimo positivo y negativo– corroboran la postura de aquellos que plantean que el malestar y el bienestar son dos dimensiones ortogonales. Los siguientes daños con mayor nivel de afectación pertenecen a la organización: la pérdida de talento ($\bar{X} = 1,95$) y la conflictividad ($\bar{X} = 1,95$). Los daños que menos afectan a los trabajadores son los físicos ($\bar{X} = 0,989$) y los psicológicos ($\bar{X} = 1,24$) (Tabla 4.11).

Tabla 4.11. Análisis descriptivo de los Factores de pérdida y ganancia de salud

	N	Media \bar{X}	Desv. Tip.	Asime- tría	Kurtosis
<i>Daños físicos</i>	2527	,989	,9499	,374	-,955
<i>Daños conductuales</i>	2782	1,54	,5498	,347	,579
<i>Daños psicológicos</i>	2798	1,24	,7435	,721	,249
<i>Daños sociales</i>	2808	1,90	,8039	,391	-,016
<i>Acoso laboral</i>	1853	1,88	,6439	,330	-,127
<i>Estado ánimo negativo</i>	2360	2,07	,6198	,129	,188
Daños al trabajador (Índice general de afectación)	1340	1,51	,4737	,798	1,453
<i>Pérdida de talento</i>	2529	1,95	,7448	,580	,276
<i>Conflictividad</i>	2749	1,95	,7093	1,3	,196
Daños a la organización (Índice de daño organizacional)	2499	1,61	,7854	,530	-,445
Salud para la organización (Mejora continua y dinamización)	2218	2,46	,7780	,048	-,328
Salud para el trabajador (Estado ánimo positivo)	2679	2,51	,7147	-,347	-,024

Sobre los factores obtenidos a partir del cálculo de un índice racional (Tabla 4.12), se observa que la mayoría de la muestra trabaja bajo una regulación temporal adecuada. Si bien es cierto que más de un tercio (37%) lo hace con una regulación deficiente.

Tabla 4.12. Análisis descriptivo de los factores de índice racional

	Frecuencia	Porcentaje
Regulación del tiempo		
Deficiente	997	37
Mejorable	175	6,5
Adecuada	1525	56,5
Estabilidad laboral		
Baja	112	6,9
Media	87	5,4
Alta	1420	87,7
Actividad preventiva		
Deficiente	1203	43,4
Mejorable	954	34,4
Adecuada	617	22,2
Exposición al daño		
Objeto	348	12,5
Ciego	95	3,4
Expuesto	1565	56
Libre	787	28,2

En cuanto a la *Estabilidad laboral*, la mayoría de la muestra dispone de un contrato estable y de una antigüedad de más de 3 años. Mientras que un 5,4% está expuesto a cierta inestabilidad. Y un 6,9% vive una inestabilidad laboral elevada.

Sobre la *Actividad preventiva* que desarrollan las organizaciones, sólo un 22,2% de las mismas cumple adecuadamente con la legislación existente. Algo más de un tercio (34,4%) tiene acciones que mejorar. Y en un 43,4% de los casos las organizaciones de la muestra apenas realizan actividad preventiva relevante.

Finalmente, un 12,5% de los trabajadores de la muestra han estado de baja laboral en el último año, y además perciben que el trabajo afecta a su salud. En un 3,4% de los casos, los trabajadores han estado de baja pero no consideran que su trabajo les afecte a su salud. La mayoría sí que estiman que su trabajo les está afectando a la salud si bien no han tenido que coger una baja laboral (56%). Finalmente, un 28,2% está libre de daño: ni ha estado de baja ni percibe que su trabajo afecte a su salud.

Junto al análisis exploratorio de los factores, otro de los aspectos que nos ayuda a conocerlos es el análisis de las relaciones bivariadas que establecen entre sí. Para poder

interpretar dichas correlaciones, además de la significatividad de los índices de correlación, se ha de tener en cuenta el valor de los mismos; en este sentido se asume que valores hasta 0,300 indican correlaciones bajas, valores entre 0,300 y 0,500 correlaciones moderadas, valores entre 0,500 y 0,800 correlaciones altas, y valores superiores a 0,800 correlaciones muy altas. Por otro lado, si se dan valores altos entre dos factores de diferente nivel se podría hablar de una posible no-independencia entre las escalas de medida.

En general (Tabla 4.13), abundan las correlaciones moderadas y bajas, si bien hay muy pocas correlaciones por debajo de 0,100. Las correlaciones altas son escasas, y en ningún caso se supera el valor de 0,600. Esto nos permite desechar la posible no-independencia de los distintos factores. Además, la mayoría de las relaciones son significativas al nivel 0,01.

El factor psicosocial que muestra unas correlaciones más bajas es el de la *Estabilidad laboral*; y el que mejor correlaciona con el resto es la *Oportunidad de Desarrollo profesional*.

Entre los Factores de daño y salud, como cabría esperar, los factores de salud correlacionan positivamente entre sí y negativamente con los factores de daño, y a la inversa. Por su parte, el factor de *Exposición al daño* correlaciona negativamente con los factores de daño y positivamente con los factores de salud. El mayor valor de correlación se da entre los dos factores de salud (0,594).

Todos los factores psicosociales correlacionan positivamente con los factores de salud, a excepción de la *Estabilidad laboral* y de las *Relaciones interpersonales* (correlaciona negativamente con la *Salud para la organización*).

Tabla 4.13. Correlaciones entre los factores psicosociales y los factores de salud y daño

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Ambiente físico	1																				
2. Contenido trabajo	,284**	1																			
3. Organización trabajo	,157**	,107**	1																		
4. Definición de rol	,174**	,011	,431**	1																	
5. Relaciones interper.	,224**	,403**	,168**	-,118**	1																
6. Adecua. supervis.-par	,355**	,324**	,260**	,324**	,185**	1															
7. Ajuste pers.-puesto	,131**	,187**	,145**	,243**	,075**	,220**	1														
8. Enfoque Dirección	,255**	,247**	,184**	,333**	,106**	,468**	,231**	1													
9. Cultura Justicia y Rec.	,320**	,204**	,309**	,473**	-,012	,547**	,214**	,384**	1												
10. Clima Apoyo y Com.	,296**	,131**	,388**	,490**	,015	,495**	,225**	,300**	,541**	1											
11. Regula. tiempo trab.	-,018	-,288**	,251**	,328**	-,311**	,027	,085**	-,032	,164**	,255**	1										
12. Oportunidad desarr.	,223**	,404**	,229**	,429**	,032	,571**	,183**	,474**	,545**	,416**	,044	1									
13. Estabilidad laboral	,006	,056*	,109**	,020	,104**	,034	-,042	-,017	,013	,024	,004	,027	1								
14. Seguridad laboral	,170**	,210**	,338**	,206**	,423**	,303**	,126**	,249**	,269**	,190**	,010	,227**	,065**	1							
15. Activ. preventiva	,120**	-,093**	,202**	,166**	-,174**	,045	,046	,046	,149**	,222**	,177**	,192**	,153**	-,014	1						
16. Conciliación	,161**	,049**	,412**	,393**	,075**	,328**	,105**	,193**	,402**	,367**	,333**	,256**	,109**	,381**	,136**	1					
17. Exposición al daño	,169**	,159**	,189**	,055**	,178**	,189**	,017	,115**	,158**	,093**	-,130**	,185**	-,034	,166**	-,035	,064**	1				
18. Daño al trabajador	-,361**	-,161**	-,138**	-,200**	-,189**	-,295**	-,026	-,309**	-,228**	-,222**	,128**	-,382**	,054	-,188**	,050	-,029	-,482**	1			
19. Daño a la organiz.	-,253**	-,129**	-,199**	-,120**	-,162**	-,211**	-,129**	-,212**	-,219**	-,125**	,082**	-,186**	,000	-,205**	,007	-,079**	-,254**	,381**	1		
20. Salud para trabaja.	,284**	,230**	,310**	,443**	-,012	,504**	,264**	,452**	,517**	,522**	,137**	,520**	-,003	,338**	,121**	,293**	,197**	-,420**	-,249**	1	
21. Salud para organiz.	,279**	,261**	,302**	,305**	,087**	,432**	,265**	,290**	,414**	,354**	,041*	,446**	-,040	,263**	,008	,251**	,328**	-,538**	-,269**	,594**	1

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Todos los factores psicosociales correlacionan negativamente con los factores de daño a excepción de la *Regulación del tiempo de trabajo*, la *Estabilidad laboral*, y la *Actividad preventiva*.

Tras describir a los factores que conforman nuestro estudio, pasamos a exponer los resultados de los contrastes de hipótesis efectuados. En primer lugar se exponen los resultados de las ecuaciones de regresión múltiple, mediante los que se contrastan las hipótesis H1, H2, H3 y H4.

4.3. FACTORES DE PREDICCIÓN DE LA PÉRDIDA Y GANANCIA DE SALUD EN TRABAJADORES Y ORGANIZACIONES

La regresión múltiple jerárquica por pasos nos va a permitir determinar los efectos que los factores psicosociales causan sobre los factores de salud y de daño.

Como norma general, en todos estos contrastes de hipótesis (H1, H2, H3 y H4) se han tenido en cuenta los efectos de la multicolinealidad. Para minimizarlos se ha trabajado con las variables independientes estandarizadas. Se ha corroborado que en los resultados de regresión no existe colinealidad. Para ello se han comprobado los valores de factor de inflación de la varianza (FIV) (todos están por debajo de 10), y los índices de tolerancia (todos son superiores a 0,10). Además, los diferentes estadísticos de Durbin-Watson obtenidos nos señalan que los residuos son independientes pues todos los valores están próximos a 2 (están incorrelacionados).

CONTRASTE DE LA HIPÓTESIS H1

En esta hipótesis nuestra intención es comprobar la capacidad predictiva que los 7 factores psicosociales del nivel micro tienen sobre los 5 factores de daño y salud. Además, en las variables independientes hemos diferenciado entre aquellas que

corresponden a prácticas transaccionales (*Ambiente físico, Contenido del trabajo, Organización del trabajo, Definición de rol, y Ajuste persona-puesto*) de las relacionales (*Relaciones interpersonales, y Adecuación supervisión-participación*).

Las variables independientes se introducen en la ecuación de regresión en tres pasos sucesivos. En el primer paso, entran las variables moduladoras (*Rama actividad, Puesto y Sexo*). En el segundo se introducen las variables de las prácticas transaccionales. Y, finalmente, las de las prácticas relacionales.

Tabla 4.14. Análisis de regresión múltiple de los Factores psicosociales del nivel micro sobre los Factores de daño y de salud

Variables	Expuesto a daños		Daños al trabajador		Daños a la organización		Salud para la organización		Salud para el trabajador	
	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial
Paso 1										
Rama actividad	-,254***	-,112	,071	,059	,064	,030	-,101*	-,047	,056	,025
Puesto	-,039	-,037	-,042	-,040	-,028	-,027	,018	,017	-,013	-,013
Sexo	-,100***	-,099	,039	,038	-,029	-,028	,049*	,048	,000	,000
Paso 2										
Ambiente físico	,086**	,078	-,113**	-,091	-,114***	-,103	,080**	,072	,094***	,085
Condiciones de trabajo	-,048	-,036	,129**	,101	,128***	,097	,177***	,135	,148***	,112
Organización trabajo	,038	,031	,108*	,082	,030	,024	,128***	,102	,155***	,124
Definición rol	,159***	,131	-,505***	-,331	-,171***	-,145	,205***	,172	,162***	,134
Ajuste persona-pues.	,013	,012	,014	,012	-,101***	-,093	,070**	,065	,194***	,184
Paso 3										
Relaciones interpersonales	-,199***	-,093	-,115**	-,090	-,100	-,048	-,334***	-,162	-,079	-,037
Adecua supervisa-parti.	,175***	,130	-,107*	-,068	-,290***	-,223	,364***	,278	,238***	,178
R² ajustado	,134		,386		,217		,451		,372	
ΔR^2	,026***		,015**		,052***		,101***		,033***	
F	22,443***		33,176***		31,703***		93,055***		83,234***	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001. Coeficientes estandarizados

La *Exposición a daños* es explicada por dos variables moduladoras: Rama de actividad ($\beta = -,254$; $p < 0,001$) y Sexo ($\beta = -,100$; $p < 0,001$); dos factores transaccionales: Definición de rol ($\beta = ,159$; $p < 0,001$) y Ambiente físico ($\beta = ,086$; $p < 0,01$); y dos factores

relacionales: Relaciones interpersonales ($\beta = -,199$; $p < 0,001$) y Adecuación supervisión-participación ($\beta = ,175$; $p < 0,001$). Estas 6 variables del modelo contribuyen a explicar el 13,4 % de la Exposición a daños. Los factores relacionales aumentan de forma significativa la varianza explicada, pero tan sólo en un 2,5 % (los transaccionales explican un 7,7 %). Ni las Condiciones ni la Organización del trabajo son relevantes en este caso. Los dos factores que mayor peso tienen en la predicción son la Definición de rol y la Adecuación de la supervisión-participación (Tabla 4.14).

La relación entre los factores y la Exposición a daños es positiva, como cabría esperar, a excepción de las relaciones interpersonales. Los datos indican que son las mujeres las que más expuestas se encuentran; que la mejora del ambiente físico, la adecuada definición de rol, y una correcta supervisión y participación reducen la exposición a daños (menos bajas y menos percepción de pérdida de salud). Sin embargo, también indican que cuando mayor es la calidad de las relaciones y mayor oportunidad de contacto existe, mayor percepción de pérdida de salud y más bajas. Una posible explicación de este resultado puede estar en el hecho de que, gracias a este tipo de relaciones, las personas sienten menos problemas para expresar sus percepciones negativas y solicitar la baja.

Los *Daños al trabajador* se explican por 4 factores transaccionales: Ambiente de trabajo ($\beta = -,113$; $p < 0,001$), Condiciones de trabajo ($\beta = ,129$; $p < 0,001$), Organización del trabajo ($\beta = ,108$; $p < 0,05$), y Definición de rol ($\beta = -,505$; $p < 0,001$). Y por los dos factores relacionales: Relaciones interpersonales ($\beta = -,115$; $p < 0,01$), y Adecuada supervisión-participación ($\beta = -,107$; $p < 0,05$). Estos factores del modelo explican un 38,6 % de la varianza de los Daños que sufre el trabajador. Los factores relacionales aumentan significativamente la varianza explicada, aunque en apenas un 1,5 % (los factores transaccionales explican un 34,7 %). En este caso el ajuste de la persona al puesto no parece tener ningún peso predictivo. El factor que más influye en este caso es la Definición de rol (Tabla 4.14).

La relación entre los factores psicosociales y el nivel de afectación del trabajador es negativa, como cabría esperar. A excepción de las condiciones y la organización del trabajo. Los datos indican que la mejora del ambiente físico, disponer de unas buenas y accesibles relaciones interpersonales, de una adecuada supervisión y participación, y especialmente de una buena definición de nuestro rol hará que se reduzcan los daños que los trabajadores sufren en su salud. Ahora bien, cuanto mejor organizado se encuentre el trabajo (menor ritmo, más control y autonomía, ...) y mejores sean las características del puesto que ocupemos (más variedad, importancia, retroalimentación, etc...), mayores serán los daños para nuestra salud.

Los *Daños a la organización* se explican por cuatro factores transaccionales: Ambiente físico ($\beta = -,114$; $p < 0,001$), Condiciones de trabajo ($\beta = ,128$; $p < 0,001$), Definición de rol ($\beta = -,171$; $p < 0,001$) y Ajuste persona puesto ($\beta = -,101$; $p < 0,001$); y por un factor relacional: adecuación de la supervisión y la participación ($\beta = -,290$; $p < 0,001$). Estos cinco factores del modelo explican el 21,7 % de los daños de la organización (entendidos como pérdida de talento, degradación del clima de trabajo y aumento de la violencia laboral). La introducción de las prácticas relacionales, aunque positiva, apenas aporta un 5 % a la varianza explicada, si bien el factor del nivel micro que mayor peso tiene en los daños de la organización es la inadecuada supervisión y participación. Las prácticas transaccionales explican un 13,5 % de la varianza. Las relaciones interpersonales y la organización del trabajo no ayudan significativamente a predecir los daños de la organización.

La relación que se establece entre los daños de la organización y los factores que los predicen es negativa, como se esperaba, a excepción de las Condiciones de trabajo. El trabajar en un ambiente con unas condiciones físicas adecuadas, junto con una correcta definición del rol a desempeñar, que se dé un buen ajuste entre las capacidades de la persona y los requisitos del puesto, y sobretodo que la supervisión y la participación sean adecuadas hace que los daños organizacionales disminuyan. Ahora bien, el hecho de que las características del puesto estén bien definidas incide en que los daños de la organización aumenten.

Sobre la *Salud para la organización* se observa que, junto con la rama de actividad ($\beta = -,101$; $p < 0,05$) y el sexo ($\beta = ,049$; $p < 0,05$), todos los factores del nivel micro influyen significativamente. Los transaccionales: Ambiente físico ($\beta = ,080$; $p < 0,01$), Condiciones de trabajo ($\beta = ,177$; $p < 0,001$), Organización del trabajo ($\beta = ,128$; $p < 0,001$), Definición de rol ($\beta = ,205$; $p < 0,001$), Ajuste persona-puesto ($\beta = ,070$; $p < 0,01$). Y los relacionales: Relaciones interpersonales ($\beta = -,334$; $p < 0,001$) y Adecuación de la supervisión y la participación ($\beta = ,364$; $p < 0,001$). El porcentaje de varianza explicado por este modelo es del 45,1 %, y los factores relacionales ayudan de manera significativa a que aumente un 10,1 % (los transaccionales explican un 32,9%). De hecho, aquí es donde más influyen estos factores. El factor con mayor protagonismo es la Adecuación de la supervisión y la participación, junto con la Definición de rol.

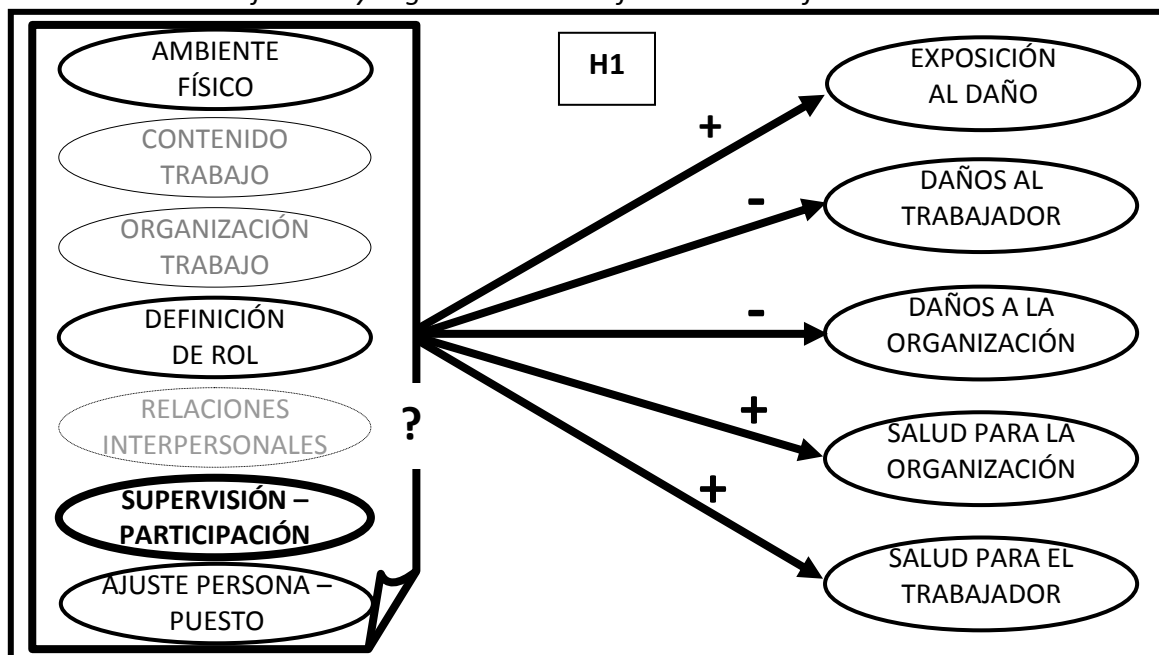
La relación de casi todos los factores con la Salud para la organización es positiva, como cabría esperar. Sin embargo, el factor Relaciones personales presenta una relación negativa. Disponer de un ambiente de trabajo en buenas condiciones, de un puesto bien diseñado y organizado, con tu rol adecuadamente definido, realizando tareas ajustadas a tus capacidades, y sobretodo con una adecuada supervisión y participación hace que la salud de la organización (mejora continua, mejores resultados, mayor calidad y excelencia, personas más implicadas y comprometidas) crezca. Algo a lo que también ayuda que las relaciones interpersonales no sean buenas y que tengamos poco acceso a nuestros compañeros.

Sobre el último de los factores de salud considerados en esta hipótesis, la *Salud para el trabajador* (energía, realización, satisfacción, ánimo positivo), se observa que prácticamente todos los factores influyen en su logro (a excepción de las relaciones interpersonales). Tanto los cinco factores transaccionales: Ambiente físico ($\beta = ,094$; $p < 0,01$), Condiciones de trabajo ($\beta = ,148$; $p < 0,001$), Organización del trabajo ($\beta = ,155$; $p < 0,001$), Definición de rol ($\beta = ,162$; $p < 0,001$), Ajuste persona-puesto ($\beta = ,194$; $p < 0,01$); como el factor relacional Adecuación de la supervisión y la participación ($\beta = ,238$; $p < 0,001$). El porcentaje de varianza explicada por todos ellos en este modelo es del 37,2 %; y el incremento que suponen las prácticas relacionales, aunque significativo, se limita a

un 3,3 % de la varianza (las transaccionales explican el 31,7%. De nuevo es la Adecuación de la supervisión y la participación el factor con mayor peso predictivo.

En este caso todos los factores psicosociales se comportan como cabía esperar en relación con la Salud para el trabajador. Todos inciden positivamente en el desarrollo de la salud de los trabajadores. Sorprende que para lograr dicha salud no resulten necesarias, en el ambiente cercano del puesto, unas relaciones interpersonales adecuadas. La Exposición al daño es el factor que peor predicción tiene desde el nivel micro; y la Salud para la organización el que mejor se predice. En conjunto, desde este nivel se predicen mejor las dinámicas de salud que las de daño.

Figura 4.1. Hipótesis 1: Contraste empírico de la predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de los factores micro



Así pues, los resultados obtenidos corroboran la hipótesis H1 (Figura 4.1), aunque con matices. Aunque no todos los factores psicosociales tienen un peso significativo en todas las dinámicas de pérdida y ganancia de salud, sí que lo hacen en la mayoría de casos; si bien en algunos los resultados no siguen la dirección esperada. Por otro lado, atendiendo a la literatura, cabría esperar que el peso explicativo de estos factores fuera mayor del obtenido. En este sentido, destacar que los factores psicosociales son más relevantes en la predicción de las ganancias de salud que en los daños. Además, se han

de tener en cuenta tanto los factores relacionales como los transaccionales; en todas las dinámicas la introducción de los factores relacionales aumenta la varianza explicada. El factor más influyente de todos es la *Adecuación de la supervisión y de la participación* y la *Definición de rol*.

Sobre el comportamiento 'extraño' de las relaciones interpersonales, una posible explicación puede encontrarse en el tipo de ramas de actividad que constituyen este estudio; en muchos de los puestos de trabajo de las mismas las tareas se realizan de forma individual y relativamente aislada, lo que explica también el importante peso de la supervisión y la participación. En estos contextos, el factor social depende más del enfoque de la dirección y de la cultura organizativa del nivel meso.

CONTRASTE DE LA HIPÓTESIS H2

Nuestra segunda hipótesis pretende contrastar la capacidad predictiva que tienen los 8 factores psicosociales del nivel meso sobre los factores de daño y de salud. En el Capítulo 2 comentamos que, en este nivel, podía diferenciarse entre factores psicosociales de regulación (*Enfoque de la dirección, Regulación del tiempo de trabajo, Estabilidad laboral, Seguridad laboral, y Actividad preventiva*) y factores de desarrollo (*Cultura de Justicia y Reconocimiento, Clima de Apoyo y Comunicación, y Oportunidades de desarrollo profesional*).

Como en el contraste anterior, también aquí se introducen las variables independientes en la ecuación de regresión en tres pasos sucesivos. En el primer paso, entran las variables moduladoras (*Rama actividad, Puesto y Sexo*). En el segundo se introducen los factores de desarrollo. Y, finalmente, los de regulación.

La *Exposición a daños* es explicada por una variable moduladora: Sexo ($\beta = -,096$; $p < 0,001$); por dos factores de desarrollo: Cultura de Justicia y Reconocimiento ($\beta = ,159$; $p < 0,001$) y Clima de Apoyo y Comunicación ($\beta = ,162$; $p < 0,001$); y un factor de

regulación: Seguridad laboral ($\beta = ,128$; $p < 0,001$). Estas 4 variables del modelo contribuyen a explicar el 14,3 % de la Exposición a daños. Los factores de regulación apenas aumentan un 1,3 % de la varianza, si bien dicho aumento es significativo; por su parte, los factores de desarrollo explican un 9,8 %. La Oportunidad de desarrollo, el Enfoque de la dirección, la Regulación del tiempo de trabajo, la Estabilidad laboral y la Actividad preventiva no influyen significativamente en la predicción de esta variable (Tabla 4.15).

Tabla 4.15. Análisis de regresión múltiple de los Factores psicosociales del nivel meso sobre los Factores de daño y de salud

Variables	Expuesto a daños		Daños al trabajador		Daños a la organización		Salud para la organización		Salud para el trabajador	
	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial
Paso 1										
Rama actividad	-,036	-,027	-,010	-,008	,010	,008	,053	,041	,013	,010
Puesto	-,048	-,045	-,051	-,048	-,025	-,024	-,025	-,024	-,017	-,017
Sexo	-,096***	-,094	,085*	,084	-,013	-,012	,028	,027	,000	,000
Paso 2										
Cultura Justicia y Reconoci-	,159***	,123	,023	,011	-,305***	-,234	,158***	,120	,205***	,159
Clima Apoyo y Comunicación	,162***	,133	-,247**	-,118	-,104**	-,081	,174***	,134	,211***	,173
Oportunidad desarrollo	,022	,017	,041	,026	,177***	,138	,242***	,188	,205***	,156
Paso 3										
Enfoque dirección	,005	,004	-,343***	-,241	-,245***	-,199	,277***	,223	,070*	,057
Regulación tiempo trabajo	,023	,023	,022	,020	,024	,024	,058**	,057	-,005	-,004
Estabilidad	-,038	-,037	,105**	,097	,022	,021	-,047*	-,045	-,068**	-,066
Seguridad	,128***	,095	-,268***	-,195	-,195***	-,148	,103**	,077	,136***	,101
Actividad preventiva	,032	,030	,039	,035	,006	,005	-,010	-,010	-,103***	-,093
R² ajustado	,143		,406		,296		,496		,320	
ΔR^2	,013***		,134***		,079***		,070***		,036***	
F	19,502***		30,141***		37,204***		86,801***		53,332***	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$. Coeficientes estandarizados

La relación entre todos los factores incluidos en la ecuación de regresión y la Exposición a daños es positiva, como cabría esperar. Los datos indican que son las mujeres las que más expuestas se encuentran; que la existencia de una cultura de justicia

y reconocimiento, de un clima de apoyo y comunicación, y de mayor seguridad hacen que se reduzca la probabilidad de estar de bajas y de percibir que tu trabajo daña a tu salud.

Un 40,6 % de la varianza de los *Daños que sufren los trabajadores* se explica por los factores incluidos en el modelo de regresión obtenido. En concreto por una de las variables moduladoras: Sexo ($\beta = ,085$; $p < 0,001$); por otra de las variables de desarrollo: Clima de apoyo y comunicación ($\beta = -,247$; $p < 0,01$); y por tres de las variables de regulación: Enfoque de Dirección ($\beta = -,343$; $p < 0,001$), Estabilidad laboral ($\beta = ,105$; $p < 0,01$), y Seguridad laboral ($\beta = -,268$; $p < 0,001$). De ese 40,6 % de la varianza explicada, un 26,6 % se atribuye a los factores de desarrollo, y un 13,4 % a los factores de regulación.

En este caso cabría esperar una relación inversa entre los factores psicosociales y los daños que sufre el trabajador. Esto es así en todos los factores, excepto en el de Seguridad laboral. De esta forma, de nuevo son las mujeres los que más daños sufren en el trabajo. La mejora del clima, disponer de un enfoque de dirección planificado, ordenado y coherente, y de seguridad en el puesto ayuda a reducir los daños al trabajar. Sin embargo, y en contra de lo esperado cuanto mayor es la estabilidad laboral mayor es el daño. Una posible explicación a este dato esté en la actual coyuntura social, en la que los trabajadores precarios (más inestables) tienen que elegir entre su salud o su trabajo, dadas sus condiciones de contratación en las que se encuentran, mientras que los trabajadores estables pueden coger la baja si su salud está dañada. Entre las variables que no predicen los daños están la cultura de justicia, la oportunidad de desarrollo, la regulación del tiempo de trabajo, y la actividad preventiva.

El 29,6 % de la varianza de los *Daños a la organización* se explica por los factores incluidos en el modelo de regresión. Según este modelo, los factores de desarrollo explican un 19,4%, y los de regulación aumentan la varianza explicada en un significativo 7,9 %. Los factores implicados son, esencialmente, de desarrollo: Cultura de justicia y reconocimiento ($\beta = -,305$; $p < 0,001$), Clima de apoyo y comunicación ($\beta = -,104$; $p <$

0,01), y Oportunidades de desarrollo profesional ($\beta = ,177$; $p < 0,001$); junto a dos factores de regulación: Enfoque de Dirección ($\beta = -,245$; $p < 0,001$), y Seguridad laboral ($\beta = -,195$; $p < 0,001$).

En este caso, las Oportunidades de desarrollo tienen un comportamiento extraño, al establecer una relación positiva con el criterio. Mientras el resto de los factores mantienen una relación inversa, como se había pronosticado. Así, el daño para la organización disminuye cuando existe una cultura de justicia y de reconocimiento, junto a un clima de apoyo y de comunicación, un enfoque de dirección planificado y coherente, y aumenta la seguridad laboral; pero aumentan cuantas más oportunidades de desarrollo se ofrecen.

Los factores psicosociales del nivel meso predicen la *Salud para la organización*. De hecho, esta dinámica de ganancia de salud es la que mejor predicha está en este nivel. El 49,6 % de su varianza está explicada por estos factores. Los factores de desarrollo incluidos en el modelo explican un 40,7% de la misma, y los de regulación la aumentan de forma significativa en un 7 %. Prácticamente todos los factores considerados predicen esta salud (a excepción de la actividad preventiva). Así, de los factores de desarrollo: Cultura de justicia y reconocimiento ($\beta = ,158$; $p < 0,001$), Clima de apoyo y comunicación ($\beta = ,174$; $p < 0,001$), y Oportunidad de desarrollo ($\beta = ,242$; $p < 0,001$); y los factores de regulación: Enfoque de la dirección ($\beta = ,277$; $p < 0,001$), Regulación del tiempo de trabajo ($\beta = ,058$; $p < 0,01$), Estabilidad laboral ($\beta = -,047$; $p < 0,05$), y Seguridad laboral ($\beta = ,103$; $p < 0,001$).

La relación entre todos los factores y el criterio es positiva, como cabía esperar; a excepción de la Estabilidad, cuya relación es negativa. Así, en el logro de una buena salud organizacional influye la cultura de justicia, el clima de apoyo, las oportunidades de desarrollo, el enfoque de la dirección, la regulación del tiempo de trabajo, y la seguridad laboral; cuando mejores sean estos factores mejor será también la salud. Sin embargo, cuanto menos estabilidad laboral haya en la empresa mejor será la salud de la organización. Este resultado, sin ser sorprendente en exceso, nos indica los problemas

que existen de combinar la mejora de las condiciones sociolaborales de los trabajadores con el beneficio de la organización.

Finalmente, la *Salud para los trabajadores* se encuentra predicha, en los factores de desarrollo por la Cultura de justicia y reconocimiento ($\beta = ,205$; $p < 0,001$), el Clima de apoyo y Comunicación ($\beta = ,211$; $p < 0,001$) y las Oportunidades de desarrollo ($\beta = ,205$; $p < 0,001$); y en los factores de regulación por el Enfoque de la dirección ($\beta = ,070$; $p < 0,05$), la Estabilidad laboral ($\beta = -,068$; $p < 0,01$), la Seguridad laboral ($\beta = ,136$; $p < 0,001$) y la Actividad preventiva ($\beta = -,103$; $p < 0,001$). Únicamente la Regulación del tiempo de trabajo no predice esta dinámica de ganancia de salud en este nivel. La varianza explicada por los factores incluidos en el modelo es del 32 %, de la que un 26,6 % depende de los factores de desarrollo, y un 3,6 % es incrementado por los factores de regulación.

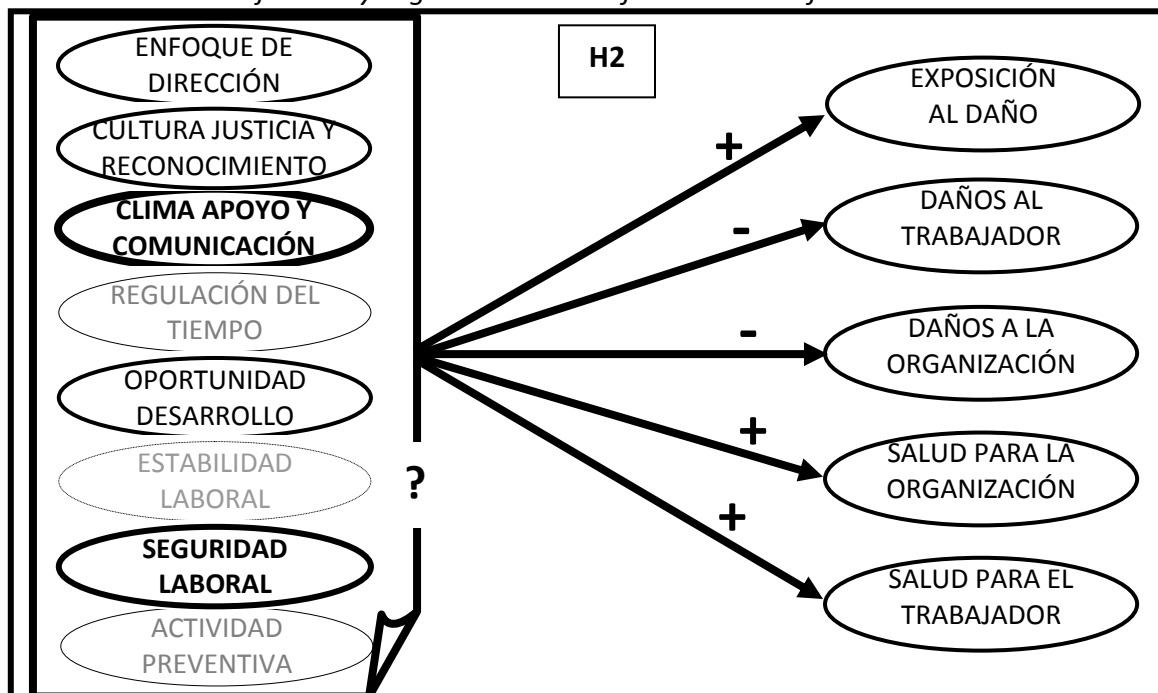
La mejora de la cultura, del clima, de las oportunidades de desarrollo, del enfoque directivo, y de la seguridad influyen positivamente en la salud de los trabajadores. Estos resultados van en la dirección de los previstos. Sin embargo, cuanto mayor es la inestabilidad laboral mayor es la salud de los trabajadores; este resultado es cuanto menos curioso, pues cabría esperar que los trabajadores con menos estabilidad laboral tuviesen menos salud; que esto no sea así nos vendría a decir que es mejor estar en situación inestable que trabajando durante mucho tiempo en la empresa (lo que habla bastante mal de las condiciones de trabajo de la muestra). Por otro lado, destacar el papel de la actividad preventiva; esta es una variable que debería tener un peso especialmente significativo en la prevención de los riesgos, y también en las dinámicas de salud; ahora bien, su papel queda relegado a predecir la salud para el trabajador, indicando que allí donde la actividad preventiva es menor la salud para los trabajadores crece; sin embargo, no se observa el efecto contrario.

Estos resultados vienen a corroborar, con algunos matices, la hipótesis H1 (Figura 4.2). En primer lugar, las relaciones que se habían predicho (influencia positiva sobre la Exposición al daño, la Salud para la organización y la Salud para el trabajador; e

influencia negativa para los Daños) se cumplen en la mayoría de los casos. En segundo, aunque hay factores con poco peso relativo, la mayoría influye en los criterios. Cabe destacar en este sentido el peso que tiene el Clima de apoyo y comunicación, entre los factores de desarrollo, y la Seguridad laboral, entre los factores de regulación. En el otro lado de la balanza se encuentra la Actividad preventiva, la Estabilidad laboral, y la Regulación del tiempo.

Cuando se atiende a la diferenciación, propuesta por Blanch, entre factores de desarrollo y de regulación, se observa que ambos juegan un papel complementario en la predicción de las dinámicas de daño y de salud en las organizaciones, por lo que ambos deben ser considerados.

Figura 4.2. Hipótesis 2: Contraste empírico de la predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de los factores meso



CONTRASTE DE LA HIPÓTESIS H3

Nuestra tercera hipótesis contrasta la capacidad predictiva que tienen la Conciliación de la vida familiar (único factor del nivel macro en el estudio) sobre los factores de daño y de salud. En el primer paso del contraste, se introducen las variables

moduladoras (*Rama actividad, Puesto y Sexo*). En el segundo se introduce el factor Conciliación (Tabla 4.16).

Tabla 4.16. Análisis de regresión múltiple de la Conciliación de la vida familiar-laboral (nivel macro) sobre los Factores de daño y de salud

Variables	Expuesto a daños		Daños al trabajador		Daños a la organización		Salud para la organización		Salud para el trabajador	
	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial
Paso 1										
Rama actividad	,236***	,194	-551***	-,401	-,100***	-,080	-,012	-,011	,132***	,108
Puesto	-,063**	-,062	,061*	,060	,045*	,044	-,058**	-,057	-,044*	-,042
Sexo	-,116***	-,114	,010	,010	,024	,023	,054*	,053	-,038*	-,037
Paso 2										
Conciliación vida laboral-familiar	,216***	,181	-,402***	-,301	-,146***	-,120	,286***	,239	,333***	,278
R² ajustado	,069		,181		,016		,092		0,079	
ΔR^2	,033***		,091***		,014**		,057***		,077***	
F	50,620***		72,155***		10,839***		54,091***		56,313***	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$. Coeficientes estandarizados

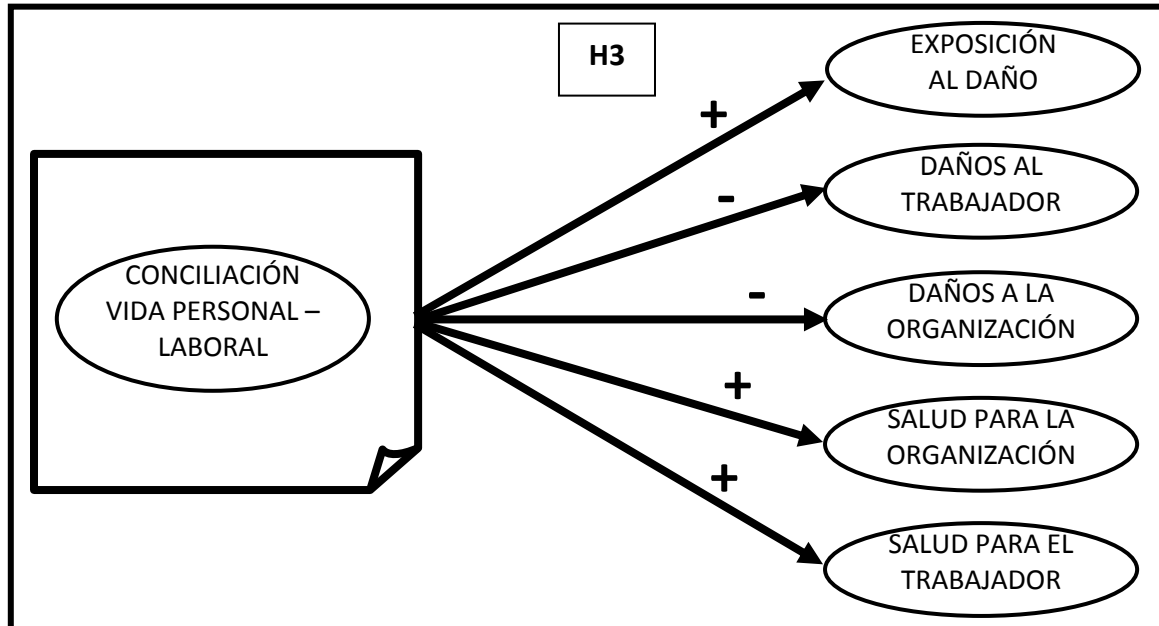
Los datos indican que la Conciliación entre la vida familiar y la laboral predice de forma significativa tanto las dinámicas de daño como las de salud. Y en todos los casos lo hace en el sentido predicho, lo que confirma nuestra hipótesis H3. Así, en el caso de la *Exposición a los daños*, el modelo de regresión (en el que se incluyen la Rama de actividad, el Puesto y el Sexo) explica el 6,9 % de la varianza, de la que un 3,3 % corresponde a la Conciliación ($\beta = ,216$; $p < 0,001$)- De los *Daños al trabajador*, la varianza explicada por el modelo (en el que se incluyen la Rama de actividad y el Puesto) es del 18,1 %, de la que el 9,1 % corresponde a la Conciliación ($\beta = -,402$; $p < 0,001$). De los *Daños a la organización*, el modelo (que incluye a la Rama de actividad y al Puesto) apenas explica un 1,6 %, pero resulta significativo; de ese porcentaje la Conciliación vida familiar y laboral ($\beta = -,146$; $p < 0,001$) supone un incremento del 1,4 %.

Pasando a las dinámicas de ganancia de salud, el modelo de regresión de la *Salud para la organización* explica un 9,2 % de la varianza. En este modelo se incluyen las variables moduladoras Puesto (a mayor nivel de mando peor se considera la salud de la

organización) y Sexo (con las mujeres mejora la salud para la organización); el incremento debido a la Conciliación ($\beta = ,286$; $p < 0,001$) es del 5,7 %. El modelo de regresión de la *Salud para los trabajadores* explica un 7,9 % de la varianza. La Conciliación ($\beta = ,333$; $p < 0,001$) supone un 7,7%. En este modelo también se incluye la Rama de actividad, el Puesto (a mayor nivel en la jerarquía peor estado de ánimo), y el sexo (las mujeres presentan peor estado de ánimo).

En la hipótesis H3 los datos corroboran la hipótesis formulada (Figura 4.3). La Conciliación es un factor de peso en la predicción de todas dinámicas de ganancia y pérdida de salud, y actúa en el sentido predicho. Merece destacar el papel que juega la variable sexo; en la misma se observa que las mujeres se exponen a más daños que los hombres, su salud es menor y, sin embargo, su presencia en las organizaciones aumenta la salud de éstas.

Figura 4.3. Hipótesis 3: Contraste empírico de la predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de la Conciliación



Si comparamos las varianzas explicadas por cada nivel de factores se observa que el nivel meso explica mayor varianza que el resto de niveles en cuatro de los criterios (Exposición al daño, Daño para el trabajador, Daño para la empresa, y Salud para la organización); mientras que el nivel micro explica más la Salud para los trabajadores.

CONTRASTE DE LA HIPÓTESIS H4

Para contrastar del Objetivo 2, pasamos a mostrar los resultados obtenidos en relación con la hipótesis H4. La misma se descompone en dos partes. En la primera se contrasta el peso que tiene cada uno de tres niveles de factores psicosociales. En la segunda se analiza la existencia de diferencias entre los factores que participan en las dinámicas de daño y los que predicen las dinámicas de ganancia de salud.

Sobre la primera parte de la hipótesis, se espera que los tres niveles de factores psicosociales actúen conjuntamente en la protección frente a los daños y en la promoción de la salud de organizaciones y trabajadores. Y que aumente el potencial de explicación de esas variables.

En relación con la segunda parte, considerando algunas de las aportaciones establecidas por la literatura (en concreto, aquellas que defienden la existencia de factores de demandas y de recursos en los factores psicosociales, y aquellas otras que sostienen que el malestar y el bienestar se alcanzan por caminos ortogonales), se espera encontrar factores que se solapen tanto en la promoción de la salud como en la generación del daño (ambivalentes), pero existirán factores psicosociales específicos de daño (demandas) y otros específicos de desarrollo de salud (recursos). Además, el peso de los factores en cada caso diferirá (Tabla 4.17).

La *Exposición a daños* se encuentra predicha por un modelo de regresión que incluye 8 variables; 2 variables moduladoras: Rama de actividad ($\beta = -,218$; $p < 0,01$) y Sexo ($\beta = -,124$; $p < 0,001$); 3 variables del nivel micro: Definición de rol ($\beta = ,105$; $p < 0,01$), Relaciones interpersonales ($\beta = -,282$; $p < 0,001$) y Adecuación de la supervisión ($\beta = ,097$; $p < 0,05$) y participación; 2 variables del nivel meso: Clima de apoyo y comunicación ($\beta = ,154$; $p < 0,001$) y Seguridad laboral ($\beta = ,113$; $p < 0,01$); la variable macro Conciliación ($\beta = ,137$; $p < 0,001$). La varianza explicada por el modelo es del 18,6

% Los factores del nivel micro explican el 11,8%; los factores del nivel meso aportan un significativo 2,5% y la conciliación un 1,1%.

Como se había hipotetizado la Exposición al daño se encuentra predicha por factores psicosociales de los tres niveles. La mayoría de relaciones son positivas, como se esperaba. Ahora bien, de nuevo las relaciones interpersonales presentan una relación negativa con el criterio. Precisamente esta variable es la que mayor peso predictivo tiene dentro del modelo, junto al clima de apoyo (nivel meso) y a la conciliación (nivel macro).

Los *Daños que sufre el trabajador* son predichos por un modelo que incluye 8 variables; 1 variable moduladora, el Sexo ($\beta = ,071$; $p < 0,05$); 3 variables del nivel micro: Organización del trabajo ($\beta = ,126$; $p < 0,01$), Definición de rol ($\beta = -,259$; $p < 0,001$) y Relaciones interpersonales ($\beta = -,099$; $p < 0,05$); 3 variables del nivel macro: Enfoque de la dirección ($\beta = -,227$; $p < 0,001$), Estabilidad laboral ($\beta = ,105$; $p < 0,001$) y Seguridad laboral ($\beta = -,183$; $p < 0,001$); y la variable macro Conciliación ($\beta = -,243$; $p < 0,001$). En conjunto, el modelo explica el 50,3 % de la varianza; los factores del nivel micro explican el 36,3 %; los factores del nivel meso incrementan un 9,1%; y la conciliación un 4,3%.

Nuestra hipótesis en relación con esta variable también se cumple. Los daños al trabajador están predichos de forma significativa por un modelo multinivel de factores, y prácticamente todas las relaciones son negativas. Los únicos factores que se relacionan de forma positiva con el factor son la organización del trabajo y la estabilidad laboral. La variable con mayor peso explicativo es la Conciliación entre la vida familiar y la laboral, junto a la Definición de rol (nivel micro) y el enfoque de la dirección (nivel meso).

En relación con nuestra tercera variable dependiente, los *Daños a la organización*, el modelo de regresión resultante explica el 33,5 % de la varianza. En este caso, la conciliación genera un modelo que no es significativo, motivo por el que no entra en la ecuación de regresión de este daño.

Tabla 4.17. Análisis de regresión múltiple de los Factores psicosociales del nivel meso sobre los Factores de daño y de salud

Variables	Expuesto a daños		Daños al trabajador		Daños a la organización		Salud para la organización		Salud para el trabajador	
	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial	β	Correl. Semi-parcial
Paso 1										
Rama actividad	-,218**	-,089	,030	,022	-,005	-,002	-,129*	-,055	,116*	,047
Puesto	-,041	-,039	-,026	-,024	-,023	-,021	,021	,019	-,014	-,013
Sexo	-,124***	-,119	,071*	,069	-,013	-,013	,043	,042	-,007	-,007
Paso 2										
Ambiente físico	,057	,050	-,051	-,039	-,100**	-,086	,028	,024	,079**	,069
Contenido trabajo	-,030	-,021	,059	,044	,114***	,082	,148***	,107	,121***	,085
Organización trabajo	-,017	-,013	,126**	,094	,074*	0,57	,075*	,058	,123***	,094
Definición rol	,105**	,074	-,259***	-,151	-,046	-,034	,046	,033	,069*	,048
Relaciones interpersonales	-,282***	-,127	-,099*	-,075	-,089	-,042	-,356***	-,167	-,067	-,030
Adecuación superv.-part.	,097*	,058	,102	,047	-,144**	-,090	,104**	,065	,079*	,047
Ajuste persona-puest	,041	,038	,038	,031	-,129***	-,116	,054*	,048	,196***	,180
Paso 3										
Enfoque dirección	-,052	-,038	-,227***	-,141	-,187***	-,134	,209***	,150	-,044	-,032
Cultura Justicia	,052	,034	,026	,011	-,247***	-,174	,119***	,083	,094**	,063
Clima Apoyo	,154***	,116	-,119	-,046	-,006	-,004	,133***	,090	,129***	,096
Regulación tiempo trabajo	-,010	-,009	,037	,033	,023	,023	,015	,015	-,028	-,027
Oportunidad desarrollo prof	-,023	-,016	-,031	-,019	,180***	,135	,165***	,123	,131***	,094
Estabilidad lab.	-,039	-,037	,105**	,095	,029	,028	-,018	-,017	-,061*	-,059
Seguridad lab.	,113**	,082	-,183***	-,125	-,200***	-,149	,100**	,074	,108**	,078
Actividad preventiva	,010	,009	,048	,042	,011	,010	-,010	-,010	-,110***	-,100
Paso 4										
Conciliación vida laboral-familiar	,137***	,104	-,243***	-,207	---	---	---	---	,084**	,064
R² ajustado	,186		,503		,335		,556		,411	
ΔR^2	,011***		,043***		,093***		,088***		,004**	
F	14,605***		23,817***		25,457***		62,267***		41,718***	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001. Coeficientes estandarizados

Los factores del nivel micro explican el 21,2% y los del nivel meso añaden un 9,3 % de explicación. Las variables que conforman el modelo son 8; del nivel micro son 5:

Ambiente físico ($\beta = -,100$; $p < 0,01$), Contenido del trabajo ($\beta = ,114$; $p < 0,001$), Organización del trabajo ($\beta = ,074$; $p < 0,05$), Adecuación de la supervisión y la participación ($\beta = -,144$; $p < 0,01$) y Ajuste persona-puesto ($\beta = -,129$; $p < 0,001$); y del nivel meso son 4: Enfoque de la dirección ($\beta = -,187$; $p < 0,001$), Cultura de justicia y reconocimiento ($\beta = -,247$; $p < 0,001$), Seguridad laboral ($\beta = -,200$; $p < 0,001$) y Oportunidad de desarrollo profesional ($\beta = ,180$; $p < 0,001$).

Los datos, en este criterio, confirman parcialmente nuestra hipótesis. En primer lugar, aunque ha aumentado el porcentaje de varianza explicado, no todos los niveles están incluidos dentro del modelo. Por otro lado, aunque predominan las relaciones negativas entre los factores y el criterio (como habíamos planteado) dos de esos factores se relacionan en sentido contrario al esperado (Contenido del trabajo y Oportunidad de desarrollo). Indicar que los factores con mayor peso explicativo son la cultura de justicia, junto al ajuste persona-puesto (del nivel micro).

En el caso de la variable *Salud para la organización* se obtiene un modelo de regresión que incluye 11 variables, y que explica el 55,6% de la varianza del criterio. De esta varianza, los factores micro explican el 44,8 %, y los meso aportan un significativo 8,8%; de nuevo queda fuera el nivel macro. El modelo incluye una variable moduladora, la Rama de actividad ($\beta = -,129$; $p < 0,05$); 5 variables del nivel micro: Contenido del trabajo ($\beta = ,148$; $p < 0,001$), Organización del trabajo ($\beta = ,075$; $p < 0,05$), Relaciones interpersonales ($\beta = -,356$; $p < 0,001$), Adecuación de la supervisión y participación ($\beta = ,104$; $p < 0,01$) y Ajuste persona-puesto ($\beta = ,054$; $p < 0,05$); y 5 variables del nivel meso: Enfoque de la dirección ($\beta = ,209$; $p < 0,001$), Cultura de Justicia y reconocimiento ($\beta = ,119$; $p < 0,001$), Clima de apoyo y comunicación ($\beta = ,133$; $p < 0,001$), Oportunidades de desarrollo profesional ($\beta = ,165$; $p < 0,001$) y Seguridad laboral ($\beta = ,100$; $p < 0,01$).

En este caso, nuestra hipótesis se confirma también parcialmente. Por un lado, aunque el criterio está predicho por factores multinivel, el nivel macro no entra en el modelo de regresión obtenido. Y por otro, la relación de la variable más significativa (Relaciones interpersonales) es inversa a la predicha, si bien el resto de variables sí

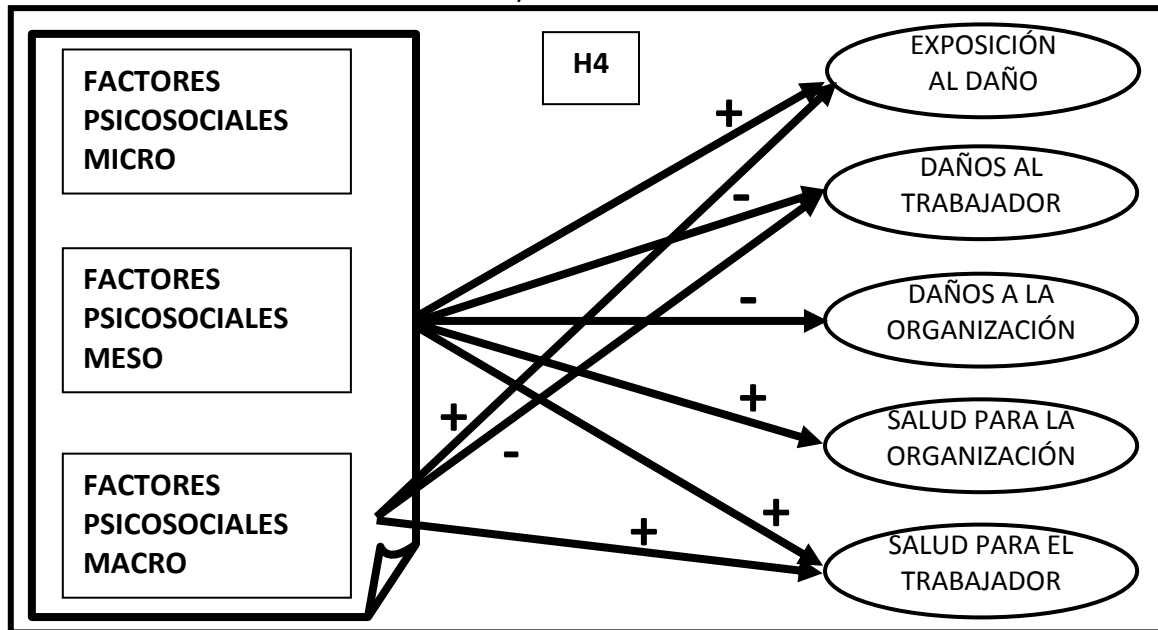
mantienen una relación positiva con el criterio. Hay que señalar que las variables con mayor peso, a parte de la citada, son el enfoque de la dirección y la oportunidad de desarrollo (del nivel meso).

La *Salud para el trabajador* es predicha por un modelo compuesto por 14 variables (sólo 3 factores no predicen este criterio: las relaciones interpersonales, el enfoque de la dirección, y la regulación del tiempo de trabajo). El modelo de regresión explica el 41,1 % de la varianza del criterio. Los factores micro explican el 34 %, los meso incrementan un 4,7%, y la conciliación incrementa un 0,4% que es significativo.

De las variables moduladoras sólo resulta significativa la Rama de actividad ($\beta = ,116$; $p < 0,05$). Del nivel micro, entran en el modelo: Ambiente físico ($\beta = ,079$; $p < 0,01$), Contenido del trabajo ($\beta = ,121$; $p < 0,001$), Organización del trabajo ($\beta = ,123$; $p < 0,001$), Definición de rol ($\beta = ,069$; $p < 0,05$), Adecuación de la supervisión y de la participación ($\beta = ,079$; $p < 0,05$) y Ajuste persona-puesto ($\beta = ,196$; $p < 0,001$). Del nivel meso, están en el modelo de regresión: Cultura de justicia y reconocimiento ($\beta = ,094$; $p < 0,01$), Clima de apoyo y comunicación ($\beta = ,129$; $p < 0,001$), Oportunidades de desarrollo profesional ($\beta = ,131$; $p < 0,001$), Estabilidad laboral ($\beta = -,061$; $p < 0,05$), Seguridad laboral ($\beta = ,108$; $p < 0,01$) y Actividad preventiva ($\beta = -,110$; $p < 0,001$). También entra en el modelo la Conciliación ($\beta = ,084$; $p < 0,001$).

Los resultados obtenidos en este caso confirman la hipótesis. Por un lado, todos los niveles se incluyen dentro del modelo. Por otro, la relación entre las variables y el criterio sigue la relación esperada en todos los casos excepto en uno: la actividad preventiva. El motivo de esta relación inversa ya ha sido explicado anteriormente. Por otro lado, el factor con peso explicativo es el ajuste persona-puesto, junto con la actividad preventiva, las oportunidades de desarrollo, la organización y el contenido del puesto.

Figura 4.4. Hipótesis 4: Contraste empírico de la predicción de la salud y los daños de trabajadores y organizaciones en función de los factores conjuntos y de promoción o de prevención



En relación con esta hipótesis H4, y como puede verse en la Figura 4.4, los resultados sólo la confirman parcialmente. Sobre la primera parte de la hipótesis, los resultados confirman que hay una causación multinivel en las dinámicas de pérdida y ganancia de salud. Sin embargo, no en todas las dinámicas están presentes todos los niveles. De hecho, el nivel macro sólo incide sobre las dinámicas de los trabajadores, pero no sobre las de las organizaciones. Esto mismo ocurre con el factor Definición de rol. Por otro lado, en línea con nuestra hipótesis, el porcentaje de la varianza explicada de los criterios aumenta cuando se adopta una aproximación sistémica a los factores. Pero desarrollar una aproximación global solo parece ser eficiente cuando queremos prevenir los riesgos (se observa el principio de parsimonia), pero no resulta tan evidente en el caso de la promoción de la salud (se encuentran implicados casi los mismos factores). También se observa que las prácticas de desarrollo del nivel meso tienen gran relevancia en las dinámicas de ganancia de salud y muy escasa en las dinámicas de pérdida de salud.

Sobre la segunda parte de la hipótesis, sí que se detecta que el comportamiento de los factores difiere según el tipo de dinámica que consideremos. Ya hemos

comentado que la Conciliación y la Definición de rol, junto a la Estabilidad laboral, sólo afectan a las dinámicas de los trabajadores. Existe un único factor ‘todoterreno’, cuya presencia se da en todas las dinámicas: la Seguridad laboral; otro factor implicado en casi todas es la Organización del trabajo. En el lado opuesto, la Regulación del trabajo no resulta significativa en ninguna dinámica; y la Actividad preventiva sólo en 1. Y el Clima sólo incide sobre las dinámicas de promoción. Además, tanto los recursos estructurales como los sociales coadyuvan en las dinámicas.

4.4. OBTENCIÓN DE LA CONFIGURACIÓN PSICOSOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN

Nuestro Objetivo 3 de investigación se centra en el papel que las configuraciones psicosociales juegan en las dinámicas de ganancia y pérdida de salud. Como hemos argumentado en el Capítulo 2, la actuación de estos factores no se produce de forma aislada, sino que se articulan entre sí. La realidad multinivel de las organizaciones hace que estas configuraciones ‘emerjan’ tanto en el nivel micro, como en el meso, y en el conjunto de la organización.

Para poder contrastar las hipótesis H5, H6 y H7 hemos de elaborar primero las agrupaciones de factores. En el caso de las hipótesis H5 y H6 las agrupaciones se han efectuado a partir de índices racionales. En H5 se han agrupado en función de los factores psicosociales del nivel micro; y en H6 de los del nivel meso. En el caso de la hipótesis H7 la agrupación ha sido empírica, y se ha calculado mediante un análisis clúster.

En el caso del nivel micro (H5), conformado por 7 factores, se plantean 3 tipos de configuraciones racionales:

- *Configuración psicosocial tóxica*. Se agrupan en esta configuración todas aquellas organizaciones cuya puntuación media en los factores psicosociales del nivel micro es baja (cuartil inferior); es decir, que se caracterizan por tener un

- mal ambiente físico de trabajo, unas tareas pobres, mal organizadas, con los roles mal definidos, con relaciones interpersonales de baja calidad, con una inadecuada supervisión y participación y con un pobre ajuste entre la persona y el puesto.
- *Configuración psicosocial mediocre.* Aquí se agrupan aquellas organizaciones cuya puntuación media en los factores de este nivel es aceptable (cuartiles 2 y 3). Es decir, aquellas que cuentan con un ambiente físico aceptable, con unas tareas medianamente bien definidas, con una organización del trabajo mediocre, con unos roles medianamente bien definidos, con una supervisión y participación aceptables, y con un ajuste persona-puesto medianamente bueno.
 - *Configuración psicosocial path-eupsíquica.* Se incluyen aquí todas aquellas organizaciones cuya puntuación media en los factores de este nivel es elevada (cuartil superior). Se trataría de empresas en las que el ambiente físico es adecuado, el contenido de las tareas es el apropiado, así como su organización; donde los roles están bien definidos, sin ambigüedad ni conflicto; donde hay una adecuada supervisión y participación, y donde hay un correcto ajuste entre la persona y su puesto de trabajo.

Las configuraciones del nivel meso (H6) surgen a partir de los 8 factores de este nivel. Como en el caso anterior, se plantean 3 configuraciones racionales:

- *Configuración psicosocial tóxica.* En esta configuración están aquellas organizaciones cuya puntuación media en los factores psicosociales del nivel micro es baja (cuartil inferior) (es decir que sólo tienen bien diseñados esos factores). Son organizaciones caracterizadas por escasa justicia organizacional, mal clima de apoyo, deficiente comunicación, poco reconocimiento, dirección ineficiente, poca estabilidad y seguridad, escasas oportunidades de desarrollo, deficiente actividad preventiva y mala regulación del tiempo de trabajo.
- *Configuración psicosocial mediocre.* Aquí se agrupan aquellas organizaciones cuya puntuación media en los factores de este nivel es aceptable (cuartiles 2 y 3) (es decir que a esos factores funcionan bien en ocasiones o a menudo).

- *Configuración psicosocial path-eupsíquica*. Se incluyen aquí todas aquellas organizaciones cuya puntuación media en los factores de este nivel es elevada (cuartil superior) (es decir, que esos factores están bien diseñados e implementados casi siempre o siempre).

En relación con las configuraciones para contrastar la hipótesis H7 se ha decidido realizar un análisis clúster. Esta técnica nos permite crear grupos homogéneos internamente y diferentes entre sí. La tipología de configuraciones teórica, expuesta en el Capítulo 2 es: a) Configuración psicosocial Tóxica; b) Configuración psicosocial Represiva; c) Configuración psicosocial Mediocre; d) Configuración psicosocial Estratégica; e) Configuración psicosocial Eupsíquica.

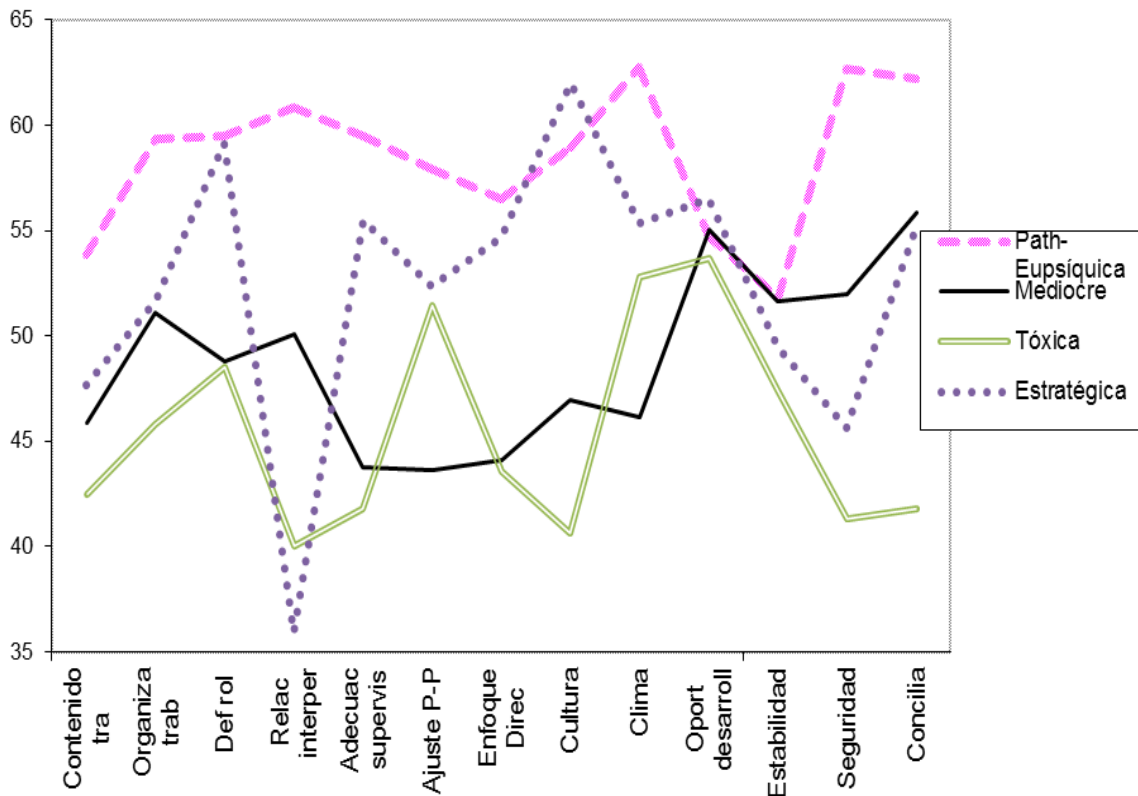
Tabla 4.18. Centros de los clusters finales de las Configuraciones psicosociales de las organizaciones

Factores psicosociales	Conglomerado			
	<i>Tóxica</i>	<i>Mediocre</i>	<i>Estratégica</i>	<i>Eupsíquica</i>
Contenido del trabajo	42,48	45,87	47,65	53,81
Organización del trabajo	45,82	51,08	51,68	59,34
Definición de rol	48,54	48,80	59,17	59,51
Relaciones interpersonales	40,01	50,10	35,94	60,82
Adecuación supervisión-participación	41,76	43,77	55,49	59,49
Ajuste persona-puesto	51,45	43,65	52,36	57,95
Enfoque de Dirección	43,59	44,12	54,68	56,48
Cultura de Justicia y Reconocimiento	40,61	46,93	62,03	58,94
Clima Apoyo y Comunicación	52,80	46,16	55,37	62,74
Oportunidad desarrollo profesional	53,70	55,01	56,52	54,70
Estabilidad laboral	47,43	51,63	49,40	51,79
Seguridad laboral	41,34	51,99	45,62	62,66
Conciliación vida laboral-familiar	41,81	55,88	55,17	62,18

Las variables iniciales con las que se trabaja son los 16 de los factores psicosociales. El método de agrupación elegido es el de partición K-Medias. Como paso previo para el análisis se han transformado las puntuaciones de esas dimensiones en puntuaciones T, cuya \bar{X} es 50 y su desviación típica 10. Tras esta transformación se ha optado por eliminar los factores Actividad preventiva, Regulación del tiempo de trabajo, y Ambiente

físico de trabajo porque presentaban valores altos en asimetría y kurtosis. En un primer análisis se estableció que el número de clústers a extraer debía ser 5. Sin embargo los resultados mostraban que uno de los clústers apenas estaba representado en la muestra, por lo que se optó por reducir el número a 4. Los resultados de centros de los conglomerados finales se muestran en la Tabla 4.18 y en la Figura 4.5).

Figura 4.5. Representación gráfica de los centros de los clusters finales de las Configuraciones psicosociales de las organizaciones



En la Tabla 4.19 se muestran las distancias entre los centros de los 4 clusters. La menor distancia entre clusters se da entre la Configuración Tóxica y la Mediocre. Y la mayor se da entre la Configuración Tóxica y la Path-Eupsíquica.

Tabla 4.19. Distancias entre los centros de los clusters finales del conjunto de la organización

Conglomerado	1	2	3
1. Path-Eupsíquica			
2. Mediocre	39,215		
3. Tóxica	52,071	24,923	
4. Estratégica	34,333	31,586	34,309

El análisis de la varianza para cada variable nos indica que existen diferencias significativas entre todas las variables consideradas ($p = 0,000$). Por lo que se concluye que todas las variables permiten discriminar entre los cuatro clusters que se han formado (Tabla 4.20).

Tabla 4.20. Análisis de la Varianza de las diferencias entre clusters

Dimensiones	F	Sig.
Contenido del trabajo	196,857	,000
Organización del trabajo	168,599	,000
Definición de rol	222,963	,000
Relaciones interpersonales	1106,064	,000
Adecuación supervisión-participación	420,198	,000
Ajuste persona-puesto	120,715	,000
Enfoque de Dirección	208,572	,000
Cultura de Justicia y Reconocimiento	612,016	,000
Clima Apoyo y Comunicación	232,398	,000
Oportunidad desarrollo profesional	11,778	,000
Estabilidad laboral	13,712	,000
Seguridad laboral	302,882	,000
Conciliación vida laboral-familiar	416,970	,000

Así, de acuerdo con estos resultados, se obtienen cuatro Configuraciones psicosociales de la organización empíricas. Éstas son:

- Cluster 1: *Configuración Path-Eupsíquica*. Agrupa al 21 % de las organizaciones. Destaca por presentar las puntuaciones más elevadas en casi todos los factores. Sólo en la cultura de justicia y reconocimiento, y en las oportunidades de desarrollo puntúan por encima otras configuraciones. En general, destaca por la buena organización del trabajo en el nivel micro, con unas relaciones interpersonales excelentes. Una adecuada dirección, clara cultura y buen clima de apoyo y comunicación. La estabilidad y las oportunidades de desarrollo son sus puntos más flojos. Esta es una configuración bastante plana.
- Cluster 2: *Configuración Mediocre*. Agrupa al 28,5 % de las organizaciones. En este caso los factores psicosociales del nivel micro presentan niveles medios.

- Destaca la inadecuación de la supervisión y la participación, y el escaso ajuste entre trabajador y puesto. Las relaciones interpersonales son buenas, así como la organización del trabajo y la definición del rol. En el nivel meso, el enfoque de la dirección, la cultura y el clima son deficientes, sin embargo las oportunidades de desarrollo, la estabilidad y la seguridad son buenas; al igual que la conciliación.
- Cluster 3: Configuración Tóxica. Agrupa al 23 % de las organizaciones. Se caracteriza por unos factores psicosociales del nivel micro deficientes – especialmente en el contenido del trabajo, las relaciones interpersonales y la adecuación de la supervisión y la participación- pero con un adecuado ajuste entre el puesto y el trabajador. En el nivel meso las deficiencias se dan especialmente en la carencia de un enfoque directivo y de una cultura organizacional, junto con una baja estabilidad y seguridad laboral. Las posibilidades de conciliar son escasas. Esta es una configuración con forma de sierra.
 - Cluster 4: Configuración Estratégica. Agrupa al 27,5 % de las organizaciones. Esta es una configuración de extremos, pudiendo ofrecer lo mejor y lo peor en cada nivel psicosocial. Así, en el nivel micro destaca por una excelente definición de roles, pero por unas pésimas relaciones interpersonales; un mediocre contenido en las tareas, junto a una adecuada supervisión y participación, y un aceptable ajuste puesto-persona. En el macro, destaca la cultura de justicia y reconocimiento (superior a la *Path-Eupsíquica*) junto con niveles bajos de estabilidad y seguridad (ceranos a la Tóxica). La conciliación es aceptable, pero inferior a la de la Mediocre.

Tras haber establecido las dos configuraciones racionales y la empírica pasamos a contrastar las hipótesis H5, H6 y H7.

4.5. DIFERENCIAS EN LA PÉRDIDA Y GANANCIA DE SALUD EN FUNCIÓN DE LA CONFIGURACIÓN PSICOSOCIAL DE LA ORGANIZACIÓN

En el último apartado de resultados, pasamos a comprobar el papel que las configuraciones psicosociales de las organizaciones juegan en el desarrollo de la salud y del bienestar, de trabajadores y organizaciones (hipótesis H5, H6 y H7).

La hipótesis 5 plantea que existen diferencias significativas entre aquellas organizaciones cuyos factores psicosociales micro son deficientes, aquellas en las que son mejorables, y aquellas otras en las que estos factores están bien diseñados.

El Análisis de la Varianza efectuado confirma la existencia de diferencias significativas entre cada una de las configuraciones psicosociales del nivel micro (Tabla 4.21). Las diferencias son significativas a un nivel del .001. Esto significa que las medias de cada Configuración psicosocial micro (Figura 4.6) son significativamente diferentes.

Figura 4.6. Distribución de las puntuaciones medias en función de la dinámica de pérdida y ganancia de salud y la Configuración psicosocial micro

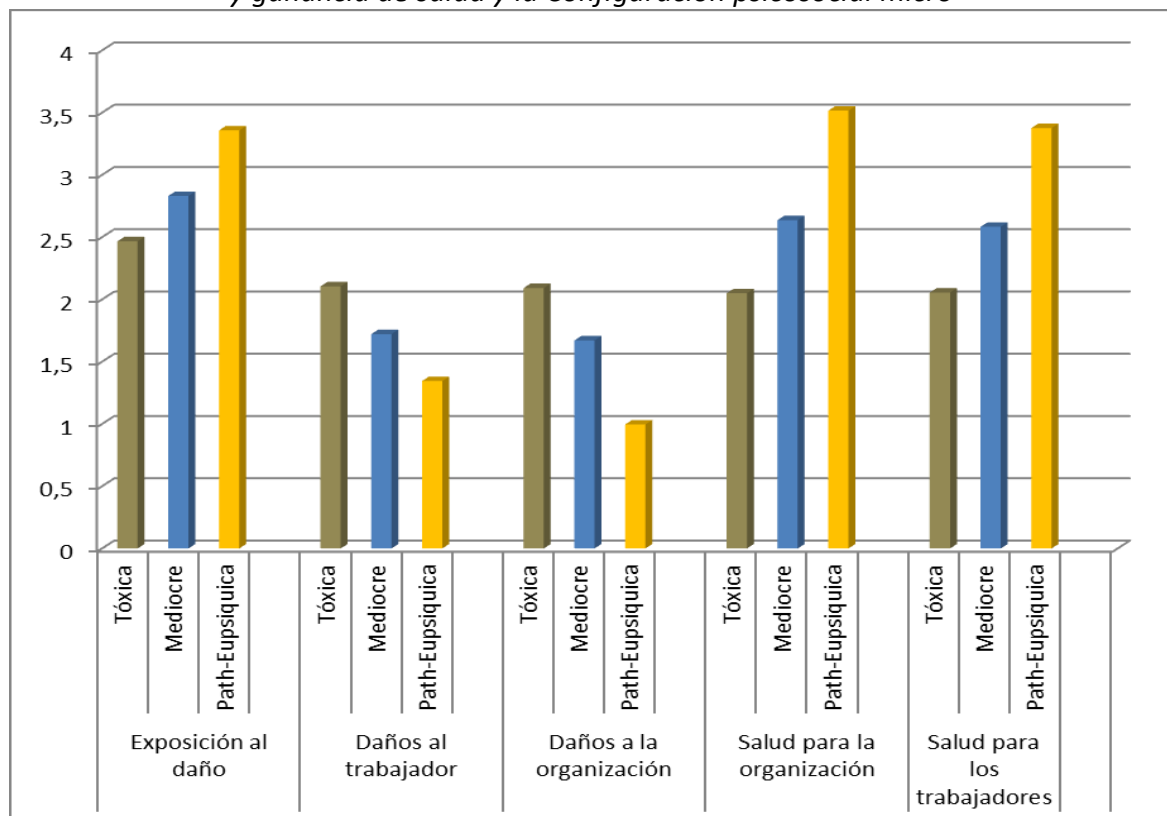


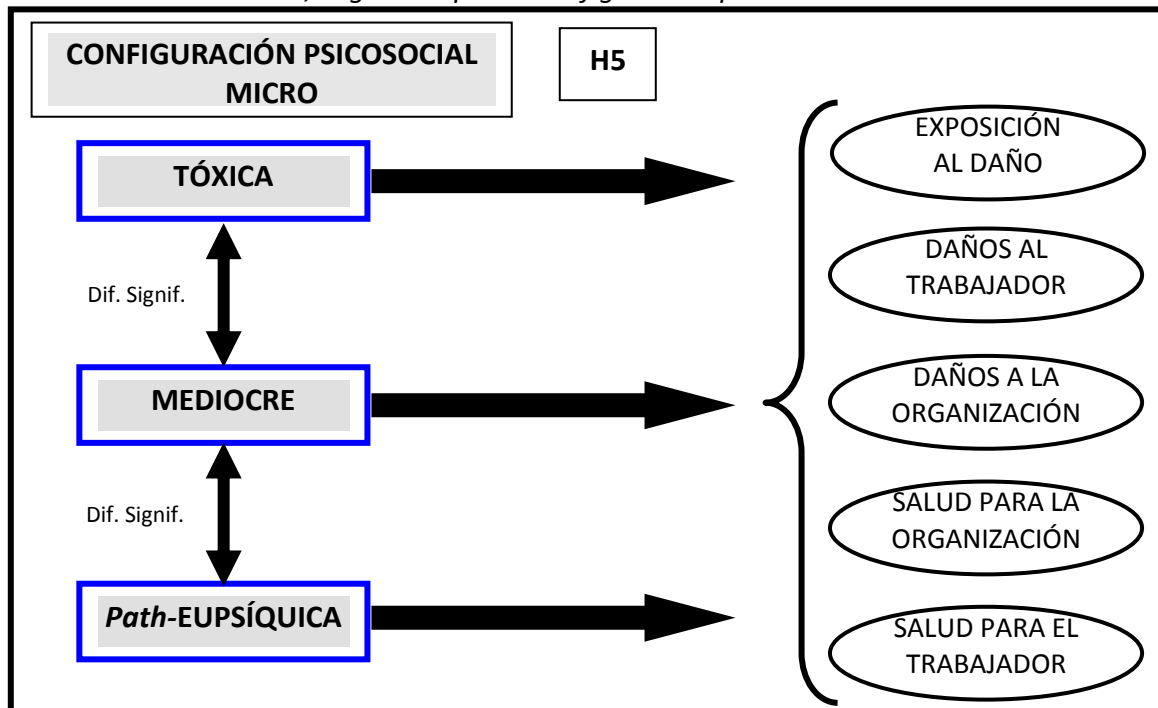
Tabla 4.21. Análisis de la Varianza para las dinámicas de pérdida y ganancia de salud, en función de la Configuración psicosocial micro

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Exposición al daño	77,854	2	38,927	43,202	,000***
Daños al trabajador	22,157	2	11,079	54,146	,000***
Daños a la organización	103,245	2	51,623	93,346	,000***
Salud para la organización	185,221	2	92,611	144,675	,000***
Salud para los trabajadores	169,611	2	84,806	166,488	,000***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001.

El cálculo posterior del test *post hoc* de Scheffee nos indica que las diferencias se producen entre todas las agrupaciones. La Configuración Eupsíquica presenta puntuaciones significativamente mejores en las dinámicas de ganancia de salud; mientras que la Configuración Tóxica las presenta significativamente peores; quedando la Mediocre en medio de ambas. Y, en el caso de las dinámicas de daño, es la Configuración Tóxica la que presenta las puntuaciones de daño más elevadas; y la Configuración Eupsíquica la que presenta menores niveles de daño. Estos resultados confirman la hipótesis H5 (Figura 4.7).

Figura 4.7. Hipótesis 5: Contraste empírico para las dinámicas de pérdida y ganancia de salud, según el tipo de Configuración psicosocial micro



En la hipótesis H6 se sostiene que existirán diferencias significativas en las dinámicas de pérdida y ganancia de salud en función de las tres configuraciones psicosociales del nivel meso.

Para contrastar esta hipótesis hemos efectuado un análisis de la varianza. Los resultados del análisis de la varianza confirman la existencia de esas diferencias significativas (Tabla 4.22) a un nivel del .001. Los resultados obtenidos al calcular el test *post hoc* de Scheffee nos indican que las diferencias se producen entre todas las agrupaciones.

Las puntuaciones de cada una de las dinámicas según el tipo de configuración pueden verse en la Figura 4.8. Como puede observarse, las organizaciones con una configuración psicosocial Eupsíquica presentan mayores puntuaciones en las dinámicas de ganancia de salud, mientras que las Tóxicas presentan peores puntuaciones en esas dinámicas. Y en las dinámicas de daño ocurre a la inversa, quedándose en medio siempre aquellas configuraciones Mediocres.

Figura 4.8. Distribución de las puntuaciones medias en función de la dinámica de pérdida y ganancia de salud y la Configuración psicosocial meso

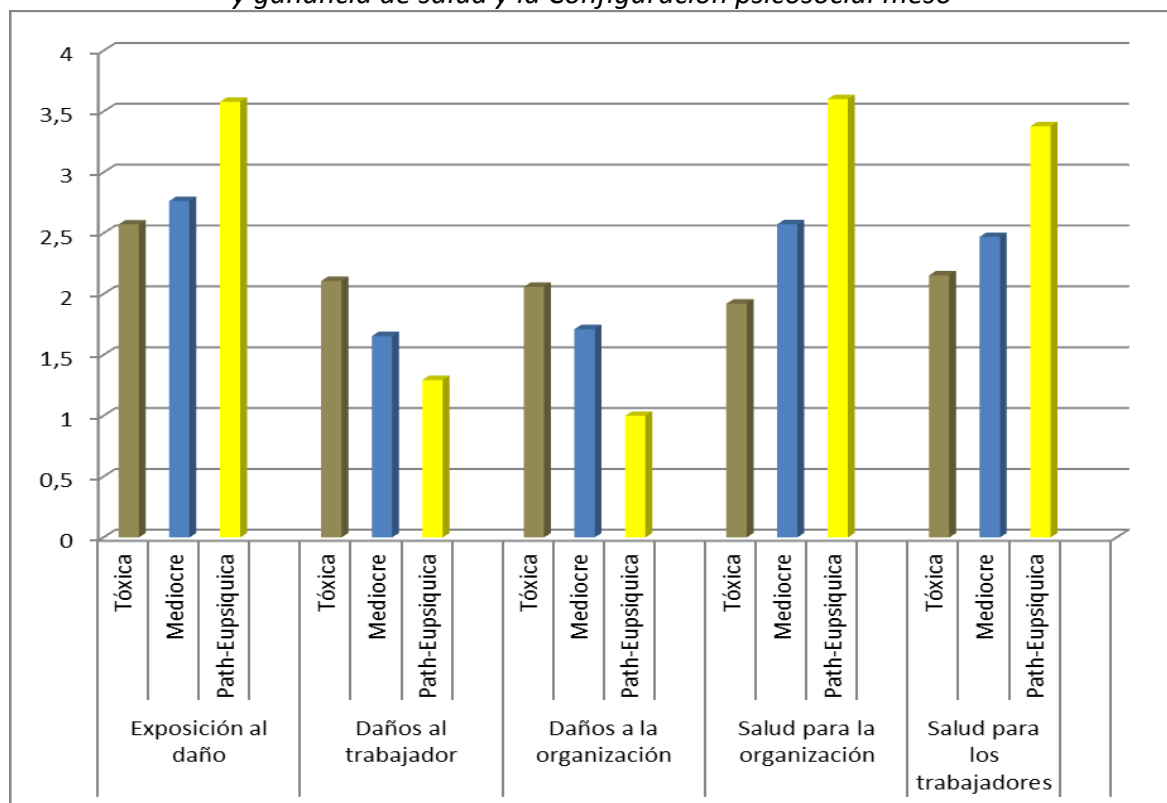


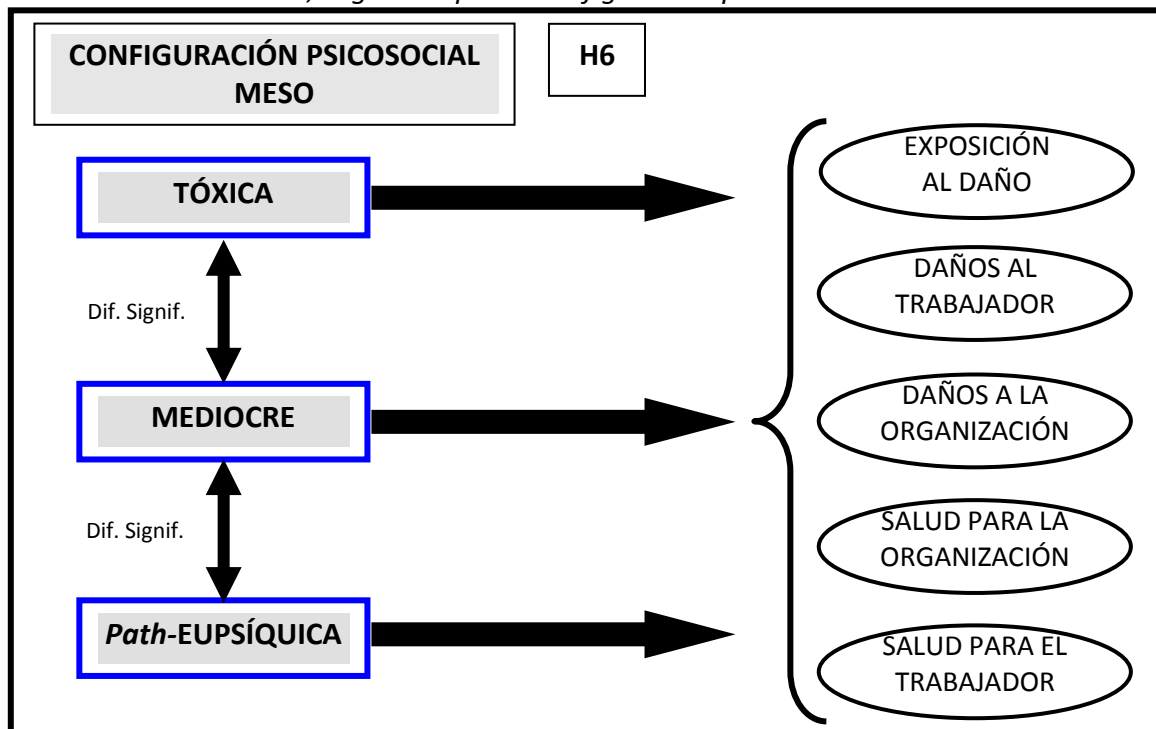
Tabla 4.22. Análisis de la Varianza para las dinámicas de pérdida y ganancia de salud, en función de la Configuración psicosocial meso

	Suma de	gl	Media	F	Sig.
Exposición al daño	105,294	2	52,647	63,709	,000***
Daños al trabajador	29,696	2	14,848	79,609	,000***
Daños a la organización	84,680	2	42,340	75,006	,000***
Salud para la organización	223,439	2	111,720	204,668	,000***
Salud para los trabajadores	144,472	2	72,236	140,693	,000***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001.

Los resultados obtenidos nos permiten confirmar también la hipótesis H6 de nuestra investigación (Figura 4.9).

Figura 4.9. Hipótesis 6: Contraste empírico para las dinámicas de ganancia y pérdida de salud, según el tipo de Configuración psicosocial meso



Para finalizar, la hipótesis H7 sostiene que en función de la Configuración psicosocial de la organización se darán diferencias significativas en las dinámicas de daño y de salud. El Análisis de la Varianza confirma que esas diferencias existen y que son significativas (Tabla 4.23).

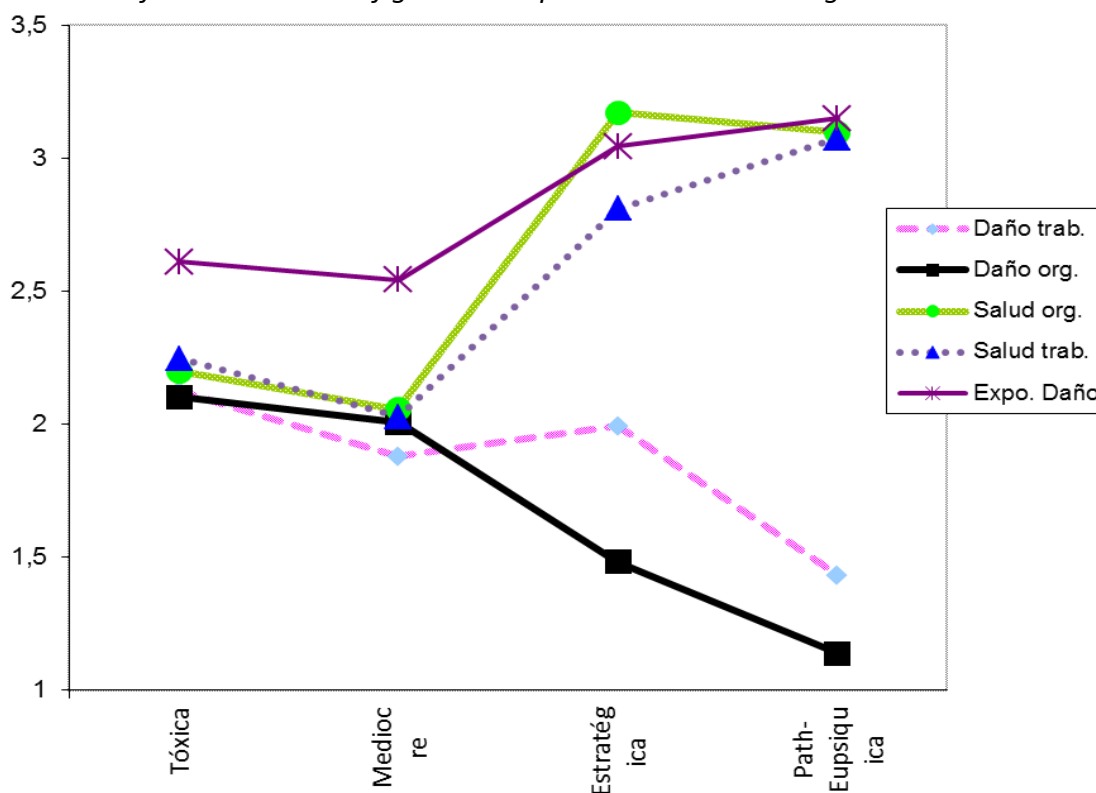
Tabla 4.23. Análisis de la Varianza para las dinámicas de pérdida y ganancia de salud, en función de la Configuración psicossocial de la organización

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Exposición al daño	84,026	3	28,009	33,420	,000***
Daños al trabajador	26,839	3	8,946	49,917	,000***
Daños a la organización	150,033	3	50,011	100,916	,000***
Salud para la organización	254,990	3	84,997	158,072	,000***
Salud para los trabajadores	212,519	3	70,840	152,026	,000***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001.

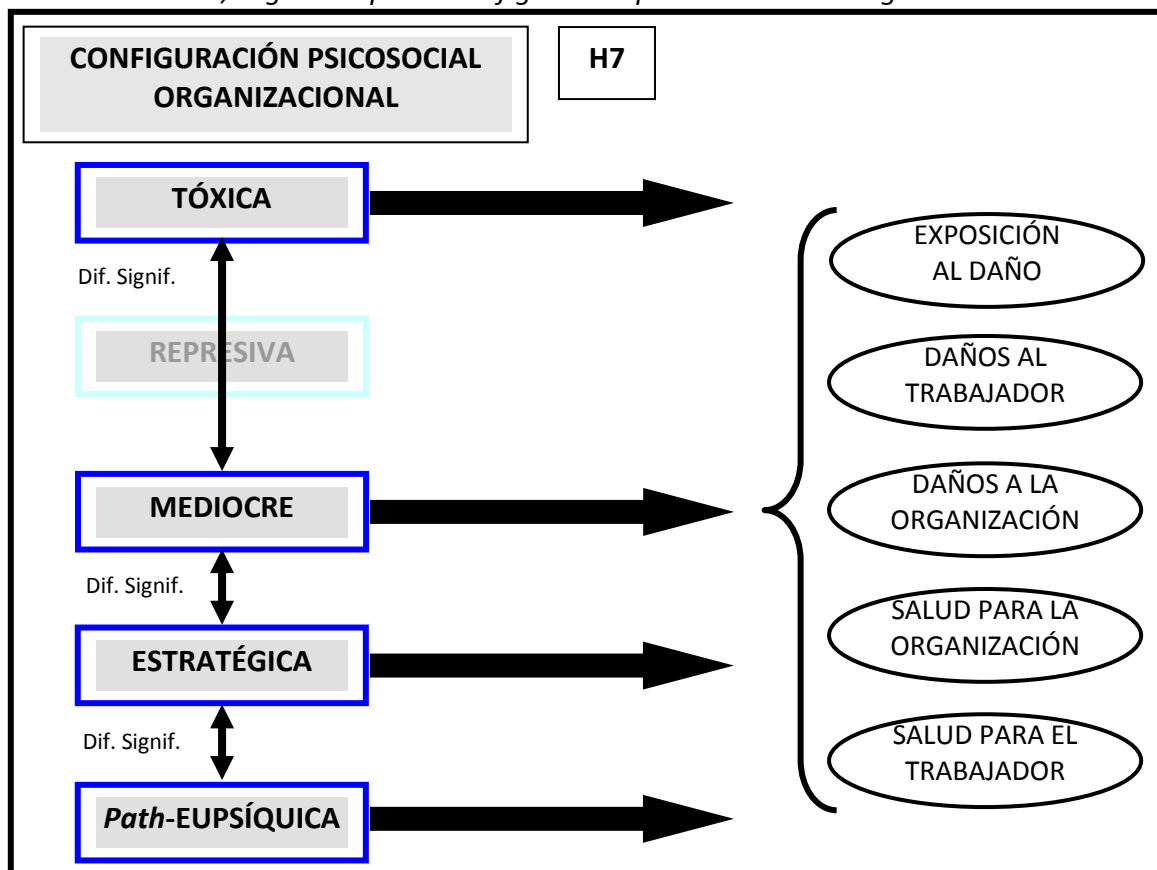
Como puede observarse cuando se atiende a las puntuaciones medias de cada dinámica en cada Configuración psicossocial, los daños son mayores en las Configuraciones Tóxicas, y van reduciéndose a medida que se pasa a una Configuración Estratégica y Path-Eupsíquica. Por su parte con la ganancia de salud ocurre a la inversa. Es significativamente mayor en las Configuraciones Path-Eupsíquicas y va disminuyendo a medida que se va hacia las Mediocres y Tóxicas (Figura 4.10).

Figura 4.10. Análisis descriptivo de las dinámicas de ganancia y pérdida de salud, en función de las configuraciones psicossociales de las organizaciones



Merece la pena destacar el hecho de que en las Configuraciones Estratégicas el nivel de salud para la organización es mayor que en las Configuraciones *Path-Eupsíquicas*. Esto tiene que ver con los ítems del factor (centrados en la calidad, la excelencia, los resultados, o la productividad entre otros), y con el carácter que guía a este tipo de configuraciones: el logro. En el daño al trabajador no se dan diferencias entre las configuraciones Tóxica, Mediocre y Estratégica; sólo la *Path-Eupsíquica* logra unas diferencias significativas con el resto. Sobre este particular, es interesante destacar que el daño para el trabajador es mayor en la Configuración Estratégica que en la Mediocre. En el caso de los daños a la organización, no se observan diferencias significativas entre las configuraciones tóxicas y las mediocres.

Figura 4.11. Hipótesis 7: Contraste empírico para las dinámicas de ganancia y pérdida de salud, según el tipo de Configuración psicosocial de la organización



Para concluir, cabe indicar que aunque no se ha conseguido replicar la agrupación teórica en el análisis clúster, las cuatro configuraciones empíricas sí se acercan a la taxonomía propuesta. Centrándonos en esas cuatro agrupaciones, su influencia sobre las

dinámicas de ganancia y pérdida de salud siguen lo propuesto en la teoría, corroborando la hipótesis H7 (Figura 4.11).

Merece la pena indicar las diferencias que se observan cuando se comparan los efectos de los 16 factores psicosociales en un entorno path-eupsíquico y en otro tóxico. Así, el peso de los factores psicosociales en las dinámicas de salud y daño es mucho mayor en los entornos path-eupsíquicos que en los tóxicos (en el caso de la salud para la organización llegan a explicar un 63,7% de la varianza).

Los factores implicados en las dinámicas son sustancialmente distintos en función de la configuración psicosocial que presente la organización. Los factores que predicen los daños y la salud en una configuración path-eupsíquica son escasos y relativamente estables: la *Exposición al daño* (22,6% de la varianza explicada) está predicha por el Enfoque de la dirección, la Seguridad laboral, y la Conciliación (en sentido positivo); el *Daño al trabajador* (36,5% de la varianza explicada) por los mismos tres factores (en sentido negativo); el *Daños a la organización* (37,5% de la varianza explicada) por las Condiciones de trabajo, la Organización del trabajo, y la Regulación del tiempo (todos en sentido positivo), y por la Adecuación de la supervisión y la participación, y la Seguridad laboral (en sentido positivo); la *Salud para la organización* (63,7% de la varianza explicada) por el Clima, la Cultura y la Adecuación de la supervisión y la participación (en sentido positivo); la *Salud para el trabajador* (41,8% de la varianza explicada) por las Condiciones de trabajo, la Oportunidad de desarrollo, y la Cultura (en sentido positivo).

Por su parte, en un entorno tóxico abunda la diversidad de escenarios posibles. Así, la *Salud para el trabajador* (31% de la varianza explicada) se encuentra predicha por una amplia gama de factores (Ambiente físico, Organización del trabajo, Definición de rol, Ajuste persona-puesto, Cultura, Clima, y Conciliación en sentido positivo; y Relaciones interpersonales, Enfoque de la dirección, y Actividad preventiva, en sentido negativo). Lo mismo ocurre con la *Salud para la organización* (46,8% de la varianza explicada), sobre la que influyen el Ambiente físico, las Condiciones de trabajo, la Definición del rol, El enfoque de la dirección, la Cultura, y la Seguridad laboral (en sentido positivo), y las

Relaciones interpersonales (en sentido negativo). El Daño a la organización (25,7% de la varianza explicada) se predice por el Ambiente físico, el Ajuste persona-puesto, el Enfoque de la Dirección, y la Regulación del tiempo (en sentido negativo), y por el Clima (en sentido positivo). Sorprendentemente, los *Daños a los trabajadores* no se encuentran predichos por ningún factor psicosocial en esta configuración. Y la *Exposición al daño* sólo está predicha en un 6,4% por las Relaciones interpersonales (en sentido negativo).

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

“Nos estamos haciendo al compás del curso del tiempo”

Rojas

“Hay un tiempo para todo. Sí. Una época para derrumbarse, una época para construir. Sí. Una hora para guardar silencio y otra para hablar”

Ray Bradbury

“Todas las fronteras son convenciones que esperan ser superadas”

El Atlas de las Nubes

La llegada del Nuevo Milenio ha supuesto algo más que un cambio en el calendario. Como toda fecha totémica, ha servido para catalizar y vertebrar una amplia variedad de necesidades sentidas, deseos insatisfechos y quejas encubiertas, que se encontraban soterradas bajo el manto de la rutina socializadora de un Modernismo determinista y pseudoliberador.

El ser humano muestra una veneración instintiva y coral por las fechas y momentos señalados, que nos permiten hacer balance y propuesta de enmienda. Cíclicamente, como recoge la Dinámica Espiral, sentimos la necesidad de celebrar una Noche de San Juan –purificadora- con nuestro sistema societal de vida. Y en eso estamos.

Ante la significatividad de la fecha milenaria, tal vez pensemos que hay más deseo que realidad en las transformaciones que estamos experimentando. Incluso habrá quien opine que esto ya lo habíamos vivido antes, que no hay nada nuevo bajo el sol. Aunque esto pueda ser posible, es difícil negar la evidente saturación y resquebrajamiento que el

sistema Capitalista neoliberal, consumista y social democrático nos muestra. Es cierto que, en el Postmodernismo, el viejo modelo busca reinventarse, intentando sostener la estructura de poder que lo creó. Pero el *Globalismo capitalista de hiperconsumo* que se nos propone nos conduce hacia una sociedad en la que, paradójicamente, el malestar es la tónica más que la excepción. Y aunque se nos intente sedar por medio de la individualización y del hiperconsumo, sentimos que ese malestar es un síntoma de que algo no funciona en este organismo sistémico. La duda no está tanto en el diagnóstico de la enfermedad, sino en determinar su gravedad.

El análisis de lo que es y supone nuestro modelo de sociedad nos muestra los pilares sobre los que está construido. Y distan mucho de asentarse sobre las bases de las que el propio sistema hace gala. Libertad, igualdad y fraternidad fueron el sustento ideológico en la Revolución Francesa; Democracia, Estado del Bienestar y Calidad de Vida serían los indicadores de los que el sistema se ha revestido en la postmodernidad. Son valores culturales que nos han hecho permanecer y construir juntos el primer modelo global de sociedad. Pero, una vez alcanzada esa globalidad, hemos descubierto que no era la globalización prometida (Stiglitz, 2002), si no un *globalismo* neoliberal (Beck, 1998), que busca la supeditación de todo a la economía (Lipovetsky, 2007), en el que el ser humano –completo y complejo- no parece tener cabida.

Cuanto más mensajes se lanzan apelando a los valores que coadyuvaron a construir esta sociedad más hueco, incoherente e hipócrita suena el discurso; y más y más ejemplos surgen evidenciando su falsedad (véanse los casos de Wikileaks o de Edward Snowden, por ejemplo). Estados y ciudadanos vamos perdiendo nuestra soberanía frente al capital y a las grandes corporaciones. La fractura social del modelo igualitario y fraterno es cada vez más evidente y palpable. Los ricos acumulan cada vez más riqueza mientras los pobres son cada vez más pobres. El modelo se percibe insostenible y difícilmente compatible con nuevos valores como la sostenibilidad, la ecología, o la responsabilidad social. Y, en este contexto, una parte de la población ‘pudiente’ vive inmersa en su vorágine hiperconsumista, aparentemente sedada,

individualizada y sin conciencia de ciudadanía; presa de la sociedad de mercado irregularizada, y del culto a la individualidad autonómica.

Empiezan a surgir, aquí, múltiples paradojas que nos muestran la llegada del cambio de ciclo. Por ejemplo, paradójicamente, hemos globalizado un modelo de bienestar que nos está devolviendo la tercermundialización al primer mundo. Sorprendentemente, el estilo de vida, y el modelo de estado y de economía que hemos exportado al mundo se están convirtiendo en formas para legitimar aún más las desigualdades existentes. Y están generando un efecto boomerang sobre nuestro propio contexto. Otra paradoja nos muestra que cada año que pasa los indicadores nos indican que vivimos en un mundo mejor (con mayor esperanza de vida, con menos analfabetismo, con menos muertes por conflictos bélicos, entre otros); un mundo en el que los indicadores funcionan pero la realidad no. Otra paradoja se encuentra en la búsqueda de la felicidad desde el hedonismo, desde el bien-estar, olvidando el bien-ser lo que nos conduce a la desfundación del ser. Otra más se encuentra en el malestar que sentimos, y que nos lleva a preguntarnos, cómo es posible que teniendo todo al alcance de un click pueda vivirse en este estado de tensión, de depresión, de ira, o de agotamiento constantes. ¿Qué tipo de vida llevamos que antes de salir de casa ya hemos de vitaminarnos o regularnos?

Estas paradojas, incoherencias y malestares son los síntomas de una crisis que se pretende reducir a económica por una parte del propio sistema, pero que entendemos que es de cuestionamiento de todo el modelo. Como respuesta, desde dentro del propio sistema se formulan soluciones 'parches'; unas se orientan a exacerbar el modelo de hiperconsumo; otras a diluir a la ciudadanía potenciando la individualidad; otras buscan generar un sistema de autocontrol a partir de las necesidades de logro y la propia auto-vigilancia del individuo; otras más, facilitan una respuesta naif al malestar que sienten las personas, a través del bienestar positivo y los gurús 'psi'. Desde fuera se están planteando múltiples alternativas que van desde el Decrecimiento (Latouche), hasta el Sharismo (Mao), pasando por el Bien Común (Felber). Ambas tendencias revelan dos procesos psicosociales significativos (Urreiztieta, 2004): la individualización y la segregación social, que sustentan la profundización de las asimetrías y desigualdades; y

movimientos de acción colectiva y contracorriente, que buscan configurar una ciudadanía fuerte desde la que construir un nuevo modelo social integrador y glocal.

El presente trabajo de investigación surge de esta dialéctica sobre el devenir de nuestro modelo de sociedad y de ser humano. Se centra en uno de los elementos esenciales para nuestra existencia: la Felicidad; reconvertida y operativizada en Bienestar y Salud por un Postmodernismo necesitado de indicadores de crecimiento que lo retroalimenten. Y, dentro de nuestras diferentes esferas de vida, nos detenemos en el mundo laboral y organizacional. Este es un contexto que ha ido cobrando relevancia en nuestro modelo de sociedad, y cuya peor cara hemos exportado a través de la internacionalización, la deslocalización y la subcontratación. Su preeminencia es tal que buena parte de nuestras energías y tiempo lo dedicamos a su logro, conservación y mejora, llegando a hacer girar al resto de esferas de vida a su alrededor. A parte de su peso en nuestra existencia, nuestro interés también se debe a que en él están emergiendo los factores psicosociales como reflejo de la tensión disruptiva que se está dando en nuestro mundo globalizado. Unos factores que poseen la ambivalencia de generar daños o promover la salud y el desarrollo del sistema; que emergen con la crisis y pueden ser parte de su solución.

Entendemos que una de las aportaciones, desde el mundo del trabajo y las organizaciones, a la resolución de esta crisis global pasa por mejorar su 'activo organizacional', en la línea señalada por la OMS (1998) con las ciudades saludables; y facilitar los recursos y medios necesarios que potencien a los seres humanos el control de su vida y alcanzar su realización personal. Para nosotros la Salud es un fenómeno interaccionista-sistémico, en el que el papel del contexto resulta fundamental como favorecedor de las potencialidades de desarrollo del ser humano; las cuales, a su vez, revierten sobre ese contexto.

Un análisis detallado de la evolución que ha experimentado el mundo de la salud y del bienestar, y del trabajo y las organizaciones nos permite entender y enfocar el cambio inclusivo que está experimentando la Salud laboral. En los últimos dos siglos se ha pasado por diferentes fases, propulsadas por los avances en el mundo de la Ciencia y

la Tecnología, y por la propia evolución de la sociedad, y del mundo del trabajo y las organizaciones. Este ejercicio de revisión y análisis nos ha llevado a establecer cuatro etapas en esa evolución.

El periodo actual, iniciado a principios de este siglo XXI, se caracteriza por el cuestionamiento de los modelos que nos han traído hasta aquí y por el afrontamiento de los retos que la Complejidad nos propone. En esta fase está creciendo la borrosidad del mundo laboral y de las organizaciones, y emergen nuevos factores de riesgo laboral (como son los psicosociales y los tecnológicos). En ella impera la búsqueda de integración que ayude a responder a esa complejización. El trabajo se concibe como una fuente de significado personal y de relaciones significativas. Otro de los aspectos que la definen, es el cuestionamiento del modelo bio-psicosocial, junto al del concepto de salud laboral, lo que a supuesto que la Psicología de la Salud Ocupacional se plantee nuevos retos.

Sorprende, relativamente, que la principal respuesta desde el ámbito de la Psicología de la Salud Ocupacional sea la apuesta por la Psicología Positiva. Es cierto que ésta constituye, dentro de la Psicología, una de las aportaciones más significativas que han surgido en las últimas décadas. Su propuesta inicial, revisionista de la línea seguida por la Psicología desde sus inicios, saca a la luz un sobreexceso de focalización en los aspectos negativos del ser humano, y la necesidad de prestar atención a los aspectos positivos que nos ayudan a crecer. No es esto algo sustancialmente diferente de propuestas anteriores, como el Humanismo -del que bebe y del que parece olvidarse después-, pero sí que es cierto que la reflexión que introduce permite ampliar la forma de entender y relacionarnos con nuestro objeto de estudio: el ser humano. Y esa ampliación también complejiza nuestro desarrollo como disciplina, lo que está en sintonía con los tiempos actuales. El problema surge cuando se observa el devenir de la propia Psicología Positiva, la cual, en lugar de aceptar el reto de la complejización que ella misma ha generado, se va cerrando sobre la vertiente hedonista del ser humano, cayendo –con demasiada facilidad- en la simplificación inversa que la había creado.

Por ello entendemos que un avance complejo y más completo de nuestra disciplina pasa por considerar a la Felicidad y al Bienestar junto al Malestar, como atractores básicos de nuestra existencia.

Tomando esta reflexión genérica como marco de nuestra propuesta, se estima que el desarrollo de la salud psicosocial en el ámbito laboral y organizacional también se está complejizando. En este sentido, indicamos tres ejes a través de los que se evidencia esa evolución:

- Los factores psicosociales que se han centrado la atención han ido incrementándose, desde el predominio de los factores centrados en el puesto de trabajo (nivel micro), a la integración de los factores organizacionales (nivel meso) y los extra-laborales (nivel macro).
- Los destinatarios de las prácticas de salud, que tradicionalmente han sido los trabajadores (perspectiva abajo-arriba en la generación de salud y prevención de daño), a los que se va sumando el interés por la salud de la propia organización y de la comunidad (perspectiva arriba-abajo en la generación de salud y prevención de daño).
- El marco desde el que se concibe la salud, que básicamente ha estado reducido a la prevención de los daños, y que –gracias a la Psicología Positiva- se está ampliando a la promoción de la salud.

Esta complejización implica que la salud se alcanza desde la prevención de daño (dinámicas de pérdida de salud) y de la promoción de la salud (dinámicas de ganancia de salud). Y que en esas dinámicas se encuentran implicados factores psicosociales de diferentes niveles. La revisión de esos factores nos ha llevado a realizar una clasificación de los mismos en tres niveles:

- Nivel micro, que incluye los factores psicosociales relacionados con el puesto de trabajo. En nuestra propuesta nosotros hemos considerado 7 factores: Ambiente físico, Contenido del trabajo, Organización del trabajo, Definición de rol, Relaciones interpersonales, Adecuación supervisión-participación, y Ajuste persona-puesto.

- Nivel meso, que incorpora las características del ambiente y de la propia organización. Aquí hemos contemplado 8 factores: Enfoque de Dirección, Cultura de Justicia y Reconocimiento, Clima organizacional de Apoyo y Comunicación, Regulación del tiempo de trabajo, Oportunidad de desarrollo profesional, Estabilidad laboral, Seguridad laboral, y Actividad preventiva.
- Nivel macro, que incluye aspectos del contexto extra-laboral, y en el que hemos introducido la Conciliación de la vida familiar y laboral.

Partiendo de este bagaje, nuestro trabajo se ha articulado alrededor de tres grandes objetivos.

El primero ha sido comprobar cómo se está produciendo la amplificación de los factores psicosociales en el mundo del trabajo y de las organizaciones. En concreto, analizar el papel que juegan los diferentes factores psicosociales de los distintos niveles (micro-meso-macro) en las dinámicas de salud y de daño de trabajadores y organizaciones. Entendemos que la ‘emergencia’ de estos factores los convierte en protagonistas significativos en este ámbito. Los resultados obtenidos en el contraste de las hipótesis H1, H2 y H3 así lo corroboran.

En nuestra hipótesis H1 hemos contrastado una de las líneas clásicas de investigación de los factores psicosociales: la incidencia de los factores del nivel micro en la pérdida de salud de trabajadores y organizaciones. La hipótesis se ha ampliado pues introducimos también las dinámicas de ganancia de salud de trabajadores y organizaciones. Los resultados empíricos confirman, casi en su totalidad, esta hipótesis, reforzando lo ya conocido sobre la materia. Este tipo de factores predicen ligeramente mejor las dinámicas de salud que las dinámicas de daño. Y es preciso considerar tanto los factores transaccionales como los relacionales. De los factores analizados, la Adecuación de la supervisión y la participación (relacional) y la Definición de rol (transaccional) son los que mayor peso demuestran. Sorprende la relación inversa que se da entre las relaciones interpersonales y las dinámicas de salud; las buenas relaciones entre compañeros y con supervisores hacen que se reduzca la calidad y la excelencia, los

resultados de la empresa, y la mejora de las condiciones de trabajo. Ya se ha indicado que este resultado puede deberse a que, en muchos casos, las actividades se realizan de forma individual y relativamente aislada, lo que también indicaría la importancia concedida a la supervisión y la participación.

Centrándonos en el ámbito aplicado, lo que sugieren estos resultados es que los programas para generar salud y para prevenir riesgos en el nivel micro no diferirán sustancialmente. En ambos casos se ha de contemplar un amplio abanico de factores, introduciendo tanto las prácticas relacionales como las transaccionales. Por otro lado, se debe tener un especial cuidado con la supervisión, la participación y la definición de roles, junto con el ajuste entre las capacidades de la persona y las exigencias del puesto, y las características del ambiente de trabajo.

En la hipótesis H2 hemos comprobado que los factores psicosociales del nivel meso también juegan un papel significativo en las dinámicas de ganancia y pérdida de salud de trabajadores y organizaciones. Los resultados empíricos confirman, casi en su totalidad, la hipótesis. Se observa que tanto los factores de desarrollo como los de regulación influyen sobre dichas dinámicas. Los factores más significativos en este nivel son el Clima de apoyo y comunicación (de desarrollo), y la Seguridad laboral (de regulación). Un factor especialmente significativo para la mejora de la salud y la prevención de los daños de la organización es el de Oportunidades de desarrollo profesional. Hay tres factores con poco peso predictivo: la regulación del tiempo, la estabilidad laboral, y la actividad preventiva. Sorprende especialmente la escasa relevancia de esta última; y que su significación se dé en las dinámicas de salud y no en las de daño. El dato que se obtiene es aparentemente lógico: cuando hay menor actividad preventiva la salud del trabajador aumenta; es decir, que los trabajadores ganan en salud en aquellos contextos en los que no se aplica la actividad preventiva. Ahora bien, desde esa lógica también cabría esperar que cuando hay mayor daño para el trabajador la actividad preventiva aumentase; sin embargo esa relación no se observa. Parece que la lógica preventiva que impera en las organizaciones es reactiva y guiada por una lógica económica: si los trabajadores se encuentran bien no resulta necesario actuar preventivamente; y si se producen daños, se

actúa lo justo y necesario (los datos apuntan en esta dirección aunque no son significativos).

Considerando la aplicación de estos resultados, un programa que quiera mejorar la salud y prevenir los daños de sus trabajadores y de la propia organización desde el nivel meso, debería ser un programa que combinase factores de desarrollo y de regulación. De los primeros, se debería centrar, preferentemente, en los factores: Cultura de justicia y reconocimiento, y Clima de apoyo y comunicación; y combinarlos con al menos dos factores de regulación: el Enfoque de la dirección, y la Seguridad laboral.

La conciliación entre la vida familiar y laboral es un factor de peso en las dinámicas de daño y de salud de organizaciones y trabajadores (hipótesis H3). Los resultados obtenidos, en línea con lo hipotetizado, confirman la relevancia de dicho factor. Si bien su peso, aunque significativo, es bajo. Por lo que el mismo debería estar incluido en cualquier programa de intervención que pretendiera mejorar la salud en las organizaciones.

En relación a este Objetivo 1 podemos concluir que la amplificación que se ha ido realizando sobre los factores psicosociales está plenamente justificada. Para prevenir los riesgos y generar salud debemos desarrollar programas que incluyan factores de los 3 niveles; más si lo hacemos pensando en la salud de los trabajadores, como ahora después veremos. Por otro lado, tal y como hipotetizábamos, son los factores del nivel meso los que muestran un mayor peso en la salud laboral, lo que pone en evidencia la relevancia de la 'forma de hacer empresa'. De hecho los factores de este nivel son más relevantes en cuatro de los criterios (Exposición al daño, Daño para el trabajador, Daño para la empresa, y Salud para la organización); mientras que los del nivel micro explican más la Salud para los trabajadores. También se ha comprobado que los efectos en las dinámicas de daño y de salud van más allá de los trabajadores, incidiendo sobre el estado de la propia organización.

El segundo de nuestros objetivos se ha centrado en analizar si la promoción de la salud y la prevención de los riesgos se alcanzan a través de los mismos factores o si existen diferencias significativas entre los factores implicados en cada dinámica (de daño y de salud). Este no es un aspecto que esté claro en la literatura, si bien impera la visión de que al malestar y al bienestar se llega por dos caminos ortogonales. Los resultados obtenidos en el análisis de correlaciones –altas puntuaciones en estado de ánimo positivo y negativo- apuntan en esa dirección.

Los datos apuntados hasta aquí parecerían indicar que abunda más el solapamiento, y que la promoción y la prevención se pueden trabajar desde los mismos factores y con una estrategia similar. Sin embargo, nuestra cuarta hipótesis (H4) –aunque no se confirma plenamente-, apunta hacia una diferenciación en los caminos que conducen a reducir los daños y a aumentar la salud. En primer lugar, los datos no corroboran completamente el efecto multinivel de los factores. Así, la conciliación de la vida familiar y personal sólo resulta significativa para las dinámicas de los trabajadores. Pero sí que se observa que la aproximación multinivel aumenta la varianza explicada de los criterios, lo que da valor a dicha aproximación. En segundo lugar, este mismo resultado nos confirma la segunda parte de la hipótesis: existen diferencias entre los factores que participan en las dinámicas de daño y los que predicen las de ganancia de salud. Así, la Conciliación, la Definición de rol y la Estabilidad laboral son factores que sólo inciden en las dinámicas de los trabajadores. La Seguridad laboral es un factor ‘todoterreno’, significativo en todas las dinámicas. En el lado contrario, la Regulación del trabajo no resulta significativa en ninguna dinámica; y la Actividad preventiva sólo en 1. Y el Clima de apoyo sólo incide en las dinámicas de promoción.

Si bien esas distinciones no nos permiten llegar a diferenciar con claridad factores de prevención de factores de promoción, si que se observa que las estrategias operativas en cada caso son diferentes. En ambos casos, la aproximación multinivel mejoraría la intervención, lo que nos exige plantear acciones de salud que consideren e integren todos los niveles. Pero, en el caso de la prevención, estas acciones podrían ser selectivas sobre ciertos factores (esencialmente Contenido del trabajo, Enfoque de la dirección, y

Seguridad laboral); mientras que en la promoción de la salud el espectro incluye la casi totalidad de los factores. Parece más eficiente actuar de forma global cuando se quieren prevenir los daños que cuando se busca promover la salud.

Parece oportuno, pues, enfocar las dinámicas preventivas y de promoción desde la integración multinivel de los factores; diferenciando aquellas acciones orientadas a prevenir los daños de aquellas otras centradas en promover la salud, de trabajadores y organizaciones.

Nuestro tercer objetivo de investigación surge de la necesidad –teórica y aplicada– de afrontar el ámbito psicosocial de las organizaciones desde una perspectiva ‘diferente’ a la de otros elementos. Las características que definen a estos factores así lo exigen. Es por ello que propugnamos una aproximación configuracional a este ámbito, frente a propuestas fraccionadas, parciales y reducidas. El análisis de la literatura nos ha llevado a formular una taxonomía de Configuraciones psicosociales en las organizaciones. Partiendo de los trabajos de Maslow (1971), Grandío (1996), Mintzberg (1991), Fernández (2004), Kets de Vries y Miller (1993), y Covey (1989) se proponen 5 tipos de configuraciones: Tóxicas, Represivas, Mediocres, Estratégicas, y Eupsíquicas. En los niveles meso y micro, se han simplificado a tres, elaboradas a partir de índices racionales; éstas son: Tóxica, Mediocre y *Path*-Eupsíquica.

En la quinta hipótesis de investigación (H5) hemos analizado la influencia de tres tipos de configuraciones de factores del nivel micro (tóxica, mediocre y path-eupsíquica) sobre las dinámicas de pérdida y ganancia de la salud. Los resultados confirman que entre las tres configuraciones existen diferencias significativas. Y que en las configuraciones path-eupsíquica los niveles de daños son significativamente inferiores y las ganancias de salud superiores a las otras dos configuraciones; siendo las tóxicas las que presentan niveles significativamente mayores de daños y menores de ganancia de salud. Resultados similares se observan en la hipótesis H6 que analiza la influencia de las configuraciones del nivel meso (tóxica, mediocre y path-eupsíquica) sobre las dinámicas de pérdida y ganancia de la salud.

En relación con la hipótesis H7 los datos empíricos han corroborado la existencia de cuatro de las cinco Configuraciones psicosociales teóricas (a excepción de la Represiva). El análisis efectuado muestra que las diferencias de las dinámicas de salud y de daño varían significativamente entre todas ellas. Así, los daños son significativamente mayores en las configuraciones tóxicas y van reduciéndose en las configuraciones estratégicas y path-eupsíquicas. En el caso de las dinámicas de salud ocurre a la inversa; los niveles de salud son significativamente mayores en las configuraciones path-eupsíquicas y van disminuyendo en las mediocres y tóxicas. Resulta interesante destacar que el mayor nivel de salud para la organización se obtiene en la configuración estratégica, que también se caracteriza por tener las peores relaciones interpersonales, y casi los peores niveles de estabilidad y seguridad laboral.

Posteriormente, y a modo orientativo, se ha realizado una regresión analizando qué factores influyen sobre los criterios cuando se toma en consideración, previamente, la configuración psicosocial de la organización. Los resultados nos indican claramente las diferencias entre los programas a desarrollar en un entorno path-eupsíquico y en otro tóxico. La estabilidad, parsimonia y poder explicativo de los factores en el primero contrasta con la inestabilidad, diversidad y bajo poder explicativos en el segundo.

Este es uno de los resultados más significativos del trabajo, pues nos confirma que las organizaciones se configuran también psicosocialmente a partir de la combinación de sus factores psicosociales, al estilo de lo que ocurre con los mecanismos de coordinación o la división del trabajo. Y que dicha configuración es básica para explicar las dinámicas de pérdida y de ganancia de salud.

En el plano operativo esto implica añadir una capa más en la dinamización de la salud en las organizaciones. No sólo es relevante el programa en sí, y los factores que lo conforman; si no que hemos de conocer, previamente, cuál es la configuración psicosocial de la organización sobre la que se quiere intervenir.

Según lo visto hasta aquí, se destaca el carácter complejo de los factores psicosociales. Así, se evidencia que los factores psicosociales pueden ser tanto promotores como riesgos para la salud; que su efecto se deja sentir en los trabajadores, pero también en la propia organización y en la comunidad; y que los niveles sobre los que actúan son múltiples (individual, interpersonal, grupal, organizacional y comunitario). Por todo ello, y en contra de lo expresado por Cox (1988) y de muchas de las prácticas preventivas que se llevan a cabo en las organizaciones, los resultados obtenidos nos indican que la prevención de estos factores de riesgo no puede ser similar a la que se hace de los riesgos de seguridad, higiene e, incluso, ergonomía; y que la promoción de estos factores de salud ha de ser holística.

Estos resultados corroboran que la identificación de los factores psicosociales presentes en el ámbito laboral (las tan manidas evaluación de riesgos y del clima laboral) debe verse complementada con una aproximación multivariada centrada en la formulación de modelos de relaciones. De esta forma, además de introducir los componentes, se consideran las relaciones que se establecen entre ellos; y pasa a ser el sistema de factores el objeto de atención, lo que permite identificar grupos de condiciones de trabajo similares y trabajar desde las configuraciones que emergen. El trabajo realizado evidencia la importancia de las dinámicas arriba-abajo, sin las cuales los hábitos de vida saludable de los trabajadores carecen de sentido. Para que el 'activo humano' pueda expandir su potencial en la empresa (dinámica abajo-arriba) es preciso que el 'activo organizacional' ofrezca los recursos necesarios.

En este punto, las organizaciones están ante la tesitura de reinventarse o morir. Lo que se observa, en esta época de profundos y múltiples cambios, es que se siguen aplicando esquemas ideológicos que corresponden a los siglos XVIII y XIX, lo que supone que no comprendamos bien cuál es el papel de las organizaciones en este nuevo contexto.

Las organizaciones son estructuras adecuadas bajo determinadas condiciones para conseguir ciertos fines, y ambos -condiciones y fines- dependen del tipo de sociedad, de

su idiosincrasia y de su teleología. Y, en este contexto, las organizaciones han de pasar a concebirse como auto-eco-organizaciones (Morin, 1994). Ya no pueden circunscribir su actividad y su misión, exclusivamente, a la producción de bienes y servicios, y a la obtención de beneficios; ni pueden entenderse sólo como estructuras de producción. Esa postura las lleva a estar cada vez más desubicadas en el cambio que se está produciendo, y las conduce a convertirse en entes situados *a parte* de la realidad social. Incluso algunos las dan ya por muertas, al menos a las empresas neoliberales que no son capaces ni de respetar los valores que predicán (Maier, 2004). Para seguir siendo estructuras fundamentales *de* nuestra sociedad, han de ser capaces de integrar el tradicional crecimiento (generación de riqueza productiva y económica), dentro de la perspectiva más amplia del desarrollo -de la comunidad, de la propia organización y de sus miembros-. Esto implica convertirse en sistemas eupsíquicos (Maslow, 2005), en entornos de creación de salud compleja; aquí definidas como Configuraciones psicosociales Eupsíquicas.

El camino para la adaptación de las organizaciones al actual escenario turbulento y complejo supone aumentar la relación entre la materialidad del trabajo y la subjetividad humana (Escobar, 2005). Ahora bien, desde el Globalismo capitalista de hiperconsumo imperante se intenta promover un sistema de control y de explotación a través de la individualización, cuyo objetivo es que algo cambie para que todo siga igual (esto es propio de las Configuraciones psicosociales Estratégicas). El planteamiento, desde esta perspectiva, es implementar un mecanismo estratégico para asegurarse un recurso esencial (la subjetividad humana), sin que se produzca la adaptación mutua que requieren los actuales cambios: este mecanismo es la implicación del trabajador con la organización.

Sin embargo, ésta no es una apertura real de la organización a las necesidades del medio y de la comunidad. Esta pseudoadaptación, que se observa en múltiples prácticas de recursos humanos, pivota sobre el cambio en el contenido del vínculo que se establece con el trabajador. En la organización tradicional (racional cerrada) del trabajador interesa su capacidad para operar, para cumplir las órdenes prescritas y

desempeñar las tareas con eficacia, por lo que el mecanismo de coordinación que prevalece es el del control directo, continuo y rígido. En la situación actual (natural abierta) lo que interesa es su ingenio y creatividad; y para capturar esa subjetividad se trabaja en crear vínculos que fomenten la implicación de los trabajadores en los objetivos de la organización; de esta forma el control pasa a recaer sobre el sujeto, que se auto-examina y auto-controla.

Aunque aparentemente esto pueda suponer una adaptación al cambio, está lejos de suponer una auto-eco-organización, o un sistema eupsíquico. Se trata de una estrategia que permite una nueva apropiación gratuita de las fuerzas del trabajo sin costos para el capital, y que supera la densidad manipuladora de otras formas previas del capitalismo (Escobar, 2005). La potencia de esta estrategia radica en que asegura la intensificación del trabajo a través de la propia auto-explotación del individuo individualizado, perfectamente programado en emprendeduría, positivismo, autonomía y responsabilidad, pero carente de criterio vital, de la alegría del ser, del sentido de ciudadanía. Esta lógica conduce hacia un yo precario (Standing, 2013), que ya empieza a mostrarse en las gráficas recogidas en el Capítulo 1, atrapado por la necesidad de trabajar para vivir, pero inmerso en un trabajo precarizante y cada vez menos satisfactorio. Una forma de revertir esta tendencia implica trabajar en la construcción de organizaciones saludables (Gimeno, Grandío y Marqués, 2013; Hodson y Roscigno, 2004; Kets de Vries, 2001; MacDermida et al., 2008; MacIntosh et al., 2007; Maslow, 1971).

Para finalizar este trabajo, es importante tener presente que se trata de un punto y aparte. Su realización nos ha ido ofreciendo nuevas líneas de investigación, a la vez que nos ha mostrado las limitaciones de ciertos planteamientos.

Las principales limitaciones surgen de la comprensión de la complejidad que entrañan los factores psicosociales y su dinamización en el contexto laboral. Esta comprensión se ha ido obteniendo durante la elaboración del trabajo, y nos hace percibir la necesidad de combinar diferentes metodologías para poder captar mejor el objeto de estudio y responder a algunas de las cuestiones planteadas. En este sentido, el análisis de

la amplificación que se está produciendo en los factores psicosociales se hubiera recogido mejor a través de un estudio longitudinal. Igualmente, el uso de metodología cualitativa hubiera permitido captar mejor ciertas dinámicas emergentes que se difuminan dentro de los macrodatos y que son fundamentales para entender la evolución de la salud laboral. Además, la diversidad de los factores medidos ha llevado a una necesaria reducción de los mismos; la variedad de escalas de medida ha hecho farragosa esta reducción, lo que podría haberse corregido utilizando escalas similares.

Por otro lado, aunque el tamaño de la muestra es aceptable, la misma se ubica en el sector terciario lo que dificulta la extrapolación de conclusiones a todo el tejido empresarial. Indicar también que dada la relevancia creciente de los factores macro su evaluación con un solo factor puede resultar insuficiente. Otra de las limitaciones ha sido la no consideración de los factores individuales; aunque ya se ha justificado por qué nuestro foco de investigación ha sido el contexto, es evidente que una aproximación comprehensiva requiere considerar tanto los factores del individuo, como los de la organización y los de la comunidad. También han quedado fuera de nuestro análisis las dinámicas de pérdida y ganancia de salud de la comunidad.

En cualquier caso, destacar que en nuestros planteamientos iniciales nuestro foco de atención iba a estar en los factores psicosociales de riesgo. La consideración de estos factores como promotores de salud nos ha permitido articular un discurso mucho más completo, coherente y fructífero para entender y proponer mejoras en el ámbito de la Salud laboral.

La diversidad de matices apuntados en esta investigación evidencia las deficiencias que las prácticas de salud aisladas presentan en la actualidad; y, a la vez, nos apunta la necesidad de integrar el mundo preventivo con el de la gestión de las personas en las organizaciones, para poder desarrollar entornos de trabajo en los que se dinamice la salud y se prevengan los riesgos.

Entre las líneas futuras de investigación que cabría explorar está la integración de los factores individuales y de la comunidad, junto con los organizacionales, para obtener la visión interaccionista-sistémica de la salud que propugnamos. Otro aspecto a considerar es el tipo de relación que se establece entre la salud de las organizaciones y la de los trabajadores. Al respecto, hemos comentado que desde una aproximación abajo-arriba se entiende que es la salud del trabajador la que influye sobre la productividad de la empresa. Pero, desde nuestra perspectiva entendemos que el 'activo organizacional' es el que genera los recursos necesarios para que el trabajador desarrolle su salud y la de la organización. Este punto debería ser analizado.

En nuestra propuesta hemos planteado que también la comunidad es un activo para la salud. En ese sentido, sería conveniente estudiar el impacto que las dinámicas de ganancia y pérdida de salud del mundo laboral tienen en la comunidad y la influencia de esta sobre la salud en la organización y en los trabajadores. Para ello también sería conveniente ampliar los factores psicosociales del nivel macro.

Otra línea a desarrollar guarda relación con el estudio de las Configuraciones psicosociales. Cobra aquí relevancia la validación del instrumento de diagnóstico, que permita determinar cuál es la configuración psicosocial que define a la organización y, a partir de ahí, formular las dinámicas adecuadas de actuación. En este sentido, también resulta oportuno trabajar en la aplicación práctica de las evidencias alcanzadas en la investigación, a través de programas de dinamización de la salud laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahn, N., y Mochón, F. (2010). La felicidad de los españoles: factores explicativos. *Revista de Economía Aplicada*, 54(18), 5-31.
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Andrews, F.M., y Mckennell, A.C. (1980). Measures of self-reported well-being: their affective, cognitive and other components. *Social Indicators Research*, 8(2), 127-155.
- Anguas, A. (2000). El bienestar subjetivo en la cultura mexicana. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733.
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J., y Aldrete, M. (2006). Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*, 16, 15-21.
- Araya, M.C. (2009). El miedo acecha y el consumo seduce. Dos caras del modelo psicológico dominante en tiempos de globalización. *Universitas Humanística*, 67, 55-79.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Argyle, M. (1992). *Psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Argyle, M. (1993). Psicología y calidad de vida. *Intervención psicosocial*, 2(6), 5-15.
- Argyris, C. (1979). *El individuo dentro de la organización*. Barcelona: Herder.
- Avia, D., y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bakker, A., y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29, 107-115.
- Bakker, A., Demerouti, E., de Boer, E., y Schaufeli, W. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 341-356.
- Bakker, A.B., y Rodríguez, A. (2012). Introducción a la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*, 24(1), 62-65.
- Bakker, A.B., Rodríguez, A., y Derks, S (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*, 24(1), 66-72.
- Bakker, A.B., y Schaufeli, W.B. (2008). Positive organizational behavior: Engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 147-154.

- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Leiter, M., y Taris, T. (2008). Work engagement: an emerging concept in occupational health psychology. *Work and Stress*, 22, 187-200.
- Bardy, U., y Perini, V. (2013). Declining trends of healthy life years expectancy (HLYE) in Europe. Disponible en: <http://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1311/1311.3799.pdf>. Fecha de consulta: 15 de marzo de 2015.
- Barling, J., y Griffith, A. (2003). A History of Occupational Health Psychology. En J. C. Quick y L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Barnard, C.I. (1938). *The Functions of the Executive*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bauman, Z. (2001). *La sociedad individualizada*. Madrid: Cátedra.
- Bauman, Z. (2002). *La hermenéutica y las ciencias sociales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bauman, Z. (2013). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Bauman, Z. (2015). *Ceguera moral. La pérdida de sensibilidad en la modernidad líquida*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Beck, U. (1998). *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*. Barcelona: Paidós Estado y Sociedad.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Barcelona: Siglo XXI editores.
- Belkic, K.L., Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., y Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work Environment Health*, 30(2), 85-128.
- Benach J., Muntaner C., y Santana, V. (2007). *Employment conditions and health inequalities. Employment Conditions Knowledge Network. Final Report to WHO Commission on Social Determinants of Health*. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/themes/employmentconditions/en/. Fecha de consulta: 26 de noviembre de 2011.
- Bentler, P.M., y Wu, E.J.C. (1993). *EQS/Windows user's guide, v. 4*. Cork, Ireland: BMDP Statistical Software.
- Bisquerra, R. (1989). *Introducción conceptual al análisis multivariable. Un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SAPAD. Vol. I y Vol. II*. Barcelona: PPU.
- Blanch, J.M. (2011). *Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales bajo la nueva gestión*. FOCAD. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Blanch, J.M. (2014). Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 40-47.
- Blanch, J.M., Sahagún, M., y Cervantes, G. (2010). Estructura factorial de la Escala de Condiciones de trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 26(3), 175-189.
- Boada, J., De Diego, R., y Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16, 125-131.

- Bond, F.W. (2004). Getting the balance right: the need for a comprehensive approach to occupational health. *Work & Stress*, 18(2), 146-148.
- Bond, F.W., y Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 290-302.
- Bond, F.W., y Hayes, S.C. (2002). ACT at work. En F. Bond y W. Dryden (Eds.), *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 117-140). Chichester: Wiley.
- Bonde, J.P.E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiology evidence. *Occupational Environment Medicine*, 65(7), 438-445.
- Boselie, P., Dietz, G., y Boon, C. (2005). Commonalities and contradictions in research on human resource management and performance. *Human Resource Management Journal*, 15, 67-94.
- Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Bruner, E., y Stenfels, S.A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *Br Med J*, 314, 558-565.
- Bouché, H. (2004). Salud y educación en las culturas. En R. Perea (dir.), *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo* (pp. 22-48). Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Boulin, J., Lallement, M., Messenger, J., y Michon, F. (2006). *Decent working time. New trends, new issues*. Geneva: International Labour Office.
- Breihl, J. (1999). El escenario regresivo de la salud laboral en América Latina. *Cad. Saude Pública*, 15(3), 448-449.
- Brief, A.P., Butcher, A.H., George, J.M., y Link, K.E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 646-653.
- Brown, S.P., y Leigh, T.W. (1996). A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 358-368.
- Bueno, G. (2005). *El mito de la felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Cabanas, E., y Sánchez, J. C. (2012). Las raíces de la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 172-182.
- Cameron, K.S., Dutton, J.E., y Quinn, R.E. (2003). An Introduction to Positive Organizational Scholarship. En K.S. Cameron, J.E. Dutton, y R.E. Quinn, (eds.), *Positive Organizational Scholarship* (pp. 3-13). San Francisco: Berrett-Koehler.
- Carayon, P., Haims, M.C., y Yang, C. L. (2001). Psychosocial work factors and work organization. En W. Karwowski (Ed.), *The international encyclopaedia of ergonomics and human factors*. London: Taylor y Francis.
- Carbonell, E., Gimeno, M.A., y Mejías, A. (2008). *El acoso laboral, antes llamado mobbing*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Carrión, J. (2007). *Organizaciones idiotas vs. Organizaciones inteligentes*. Madrid: Prentice Hall.

- Cartwright, S., y Cooper, C.L. (1993). The psychological impact of merger and acquisition on the individual: A study of building society managers. *Human Relations*, 46, 327-347.
- Carver, C.S., Lawrence, J.W., y Scheier, M.F. (1996). A control-process perspective on the origins of affect. En L.L. Martin y A. Tesser (Eds.), *Striving and feeling: Interactions between goals and affect* (pp. 11-52). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Casas, F., González, C., Figuer, C., y Coender, G. (2004). Subjective Well-Being, values, and goal achievement: the case of planned versus by chance searches on the internet. *Social Indicators Research*, 66, 123-141.
- Castillo, J.M. (2001). Algunas consideraciones en torno al debate actual sobre el Estado del Bienestar. *Revista de Fomento Social*, 56, 129-141.
- Castro, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23,3), 43-72.
- Castro, A., y Sánchez, M.P. (2000). Objetivos de Vida y satisfacción autopercebida en Estudiantes Universitarios. *Psicothema*, 12(1) 87-92.
- Catena, A., Ramos, M.M., y Trujillo, H.M. (2003). *Análisis multivariado. Un manual para investigadores*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Caulfield, N. (2006). *Violencia en el trabajo en América del Norte*. Washington: Secretariado de la Comisión para la Cooperación Laboral.
- Centro de Investigaciones Sociológicas -CIS- (2013a). Barómetro de Junio. Estudio nº 2.990. Junio 2013.
- Cerdeira, I., y Díaz, S. (1988). El malestar social. *Escuela Universitaria de Trabajo Social*, 1, 129-143.
- Chamberlain, K. (1988). On the structure of well-being, Social. *Indicators Research* 20, 581- 604.
- Chappell, D., y Di Martino, V. (2006). *Violence at work* (Third edition). Ginebra: OIT.
- Cifre, E. (1999). Salud mental en un contexto de innovación tecnológica: validación empírica de un modelo comprensivo. Tesis doctoral. Castellón: Universitat Jaume I.
- Clark, A.E. (1998). Measures of Job Satisfaction: What Makes a Good Job? Evidence from OECD Countries". *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 34, OECD Publishing.
- Clark, A.E., Frijters, P., y Shields, M.A. (2007). Relative income, happiness and utility: An explanation for the Easterlin paradox and other puzzles. *Discussion Paper*, nº 2840, IZA.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2002). *Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad* (2002-2006). COM (2002) 118 final. Bruselas, 11.03.2002
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental* COM(2005) 484 final. Bruselas.

- Comisión de las Comunidades Europeas (2007). *Comunicación de la Comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social y al comité de las regiones. Mejorar la calidad y la productividad en el trabajo: estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2007-2012)* COM (2007) 62 final. Bruselas.
- Comisión Europea (1999). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?* Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Comisión Europea (2014). *Comunicación de la Comisión al Parlamento europeo, al Consejo, al Comité económico y social europeo y al Comité de las regiones relativa a un marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020.* COM(2014) 332 final. Bruselas.
- Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención.* Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Conrada, R. J. (1995). Health psychology. En A. S. R. Manstead y M. Hewstone (Eds.), *The blackwell encyclopedia of social psychology* (pp. 285-290). Osford: Blackwell Publishers.
- Cooper, C.L., y Cartwright, S. (1994). Healthy mind, healthy organization-A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47, 455-471.
- Covey, S. (1989). *The seven habits of highly effective people.* New York: Free Press.
- Cowan, C., y Beck, D. (1996). *Spiral Dynamics: Mastering Values, Leadership and Change.* Oxford: Blackwell Publishers.
- Cox, T. (1988). Organizational health. *Work & Stress*, 2, 1-2.
- Cox, T. (1992). Occupational health: the control of psychosocial and organizacional hazards at work, *Congress Safety & well-being at work: A human factors approach.* Loughborough.
- Cox, T., Baldursson, E., y Rial-González, E. (2000). Occupational health psychology. *Work & Stress*, 14, 101-104.
- Cox, T., y Griffiths, A. (1995). The assessment of psychosocial hazards at work. En M. J. Shabracq, J. A. M. Winnubst, y C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology.* Chichester: John Wiley & Sons.
- Cox, T., Griffiths, A., y Randall, R. (2003). A risk management approach to the prevention of work stress. En M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, y C.L. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology.* New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Cox, T., Griffiths, A., y Rial-González, E. (2005). *Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo.* Luxemburgo: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en Trabajo.
- Cox, T., Leka, S., Ivanov, I., & Kortum, E. (2004). Work, employment & mental health in Europe. *Work & Stress*, 18(2), 177-183.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). Play and intrinsic rewards. *Journal of Humanistic Psychology*, 15, 41-63. (De PsycINFO Database, 2002 APA).
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flujo: La psicología de la experiencia óptima.* New York: Harper & Row Publishers Inc.

- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper/Collins.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Fluir (flow). Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). Creatividad y Localización del Problema. *Revista Psicología Edición Especial año 2000*.
- Cuadra, H., y Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96.
- Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (1997). Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Yakarta, República de Indonesia.
- Cuenca, R. (1996). *Introducción a los riesgos laborales de naturaleza psicosocial*. Madrid: INSHT.
- Culbertson, S.S., Fullagar, C.J., y Mills, M.J. (2010). Feeling good and doing great: the relationship between psychological capital and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(4), 421-433.
- Cummins, R. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38, 303-328.
- Cummins, R., y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. En *Intervención psicosocial. Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 9(2), 185-198. Madrid: Colegio Oficial de psicólogos de Madrid.
- Cummins, R., y Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.
- Dalai Lama, y Cutler, H.C. (2003). *El arte de la felicidad*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Danna, K., y Griffin, R.W. (1999). Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357-384.
- Day, H., y Jankey, S. (1996). Lessons from the literature: Toward a holistic model of quality of life. En R. Renwick, et. al. (Eds.). *Quality of life in health promotion an rehabilitation* (pp. 39-62). Thousand Oaks, CA: Sage.
- De Geus, A.C., y Brakel, F. (1996). *Prevention, diagnosis and treatment of work-related psychological complaints*. Amsterdam: SBGO.
- De Greef, M., y Van den Broek, K. (2004). *Healthy Employees in Healthy Organisations. Report. Making the Case for Workplace Health Promotion. Analysis of the effects of WHP*. Prevent, Institute for Occupational Safety and Health National Contact Office of the ENWHP/Belgium.
- De la Rosa, D.J., Hernández, O., y Pérez, F. (2001). *Factores psicosociales, salud y calidad de vida laboral en una muestra de trabajadores de la Comunidad Autónoma de Canarias*. Valencia: XII Congreso Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- De la Villa, M. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104.

- De Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M., Houtman, I., y Bongers, P. (2004). The relationships between work characteristics and mental health: examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. *Work & Stress*, 18(2), 149-166.
- Del Cubo, E.I. (2015). Cambio organizacional y factores psicosociales impacto sobre el absentismo. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. (2001). The Job Demands – Resources Model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499 -512.
- Díaz, D., Blanco, A., y Horcajo, J. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19, 286-294.
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 572-9.
- Díaz, M., y Sánchez-López, M. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de Psicología*, 17(2), 151-158.
- Díaz-Cabrera, D., Isla-Díaz, R., Rolo-González, G., Villegas-Velásques, O., Ramos-Sapena, Y., y Hernández-Fernaund, E. (2008). La salud y la seguridad organizacional desde una perspectiva integradora. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 83-91.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3(8), 67-113.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being -the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E., y Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: The cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21-33.
- Diener, E., y Diener, C. (1996) Most people are happy. *Psychological Science*, 7, 181-185.
- Diener, E., y Diener, M. (1995). Cross Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E., y Emmons, R.A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E., y Fujita, F. (1995). Resources, Personal striving, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 926-935.
- Diener, E., y Lucas, R. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Periodical on Subjective Well-Being*, vol. 1, 41-78.
- Diener, E., Oishi, S., y Lucas, R.E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-25.
- Diener, E., y Seligman, M.E.P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science*, 5, 1-31.

- Diener, E., y Suh, E.M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. En K. Schaie, K. Warner y L.M. Powell (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: Focus on emotion and adult development. Annual review of gerontology and geriatrics*, Vol. 17 (pp. 304-324). Nueva York: Springer Publishing.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., y Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (2006). *Guía de actuación inspectora en factores psicosociales*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/itss/web/index.html>. Fecha de consulta: 7 de octubre de 2011.
- DIRECTIVA 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (Directiva Marco).
- Dobbs, R., Leslie, K., y Mendonca, L.T. (2006). La creación de una organización saludable. *Harvard Deusto Business Review*, 151, 72-79.
- Edenred e Ipsos (2015). Barómetro “*Bienestar y motivación de los empleados en Europa 2015*” Disponible en: <http://www.edenred.es/blog/barometro-clima-laboral-edenred-2015>. Fecha de consulta: 30 de septiembre de 2015.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Escobar, A. (2005). Trabajo, desocupación y configuración de la subjetividad laboral en la región del Biobío-Chile. *Trabajo y Sociedad*, 7(VI), 1-19.
- Eurobarometer (2010). *Eurobarometer 73.2. Mental Health*. Brussels: European Commission.
- Eurofound (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo) (2007). *Encuesta Europea sobre calidad de vida 2007*. Dublin: Eurofound.
- Eurofound (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo) (2010). *Tendencias en la calidad de vida en la UE: 2003 2009*. Dublin: Eurofound.
- Eurofound (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo) (2013a). Romper el círculo vicioso de la desigualdad. *Foundation Focus*, 13, 4-7.
- Eurofound (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo) (2013b). *La calidad de vida en Europa: Tendencias 2003-2012*. Dublin: Eurofound.
- Eurofound (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo) (2013c). *Tercera Encuesta sobre la calidad de vida (EQLS) en Europa*. Dublin: Eurofound.
- European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2007a). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2007b). *Informe anual 2007*. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/corporate/2007full>. Fecha de consulta: 26 de Octubre de 2008.

- European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2009a). *Workforce diversity and risk assessment: ensuring everyone is covered*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2009b). *New and emerging risks in occupational safety and health*. Disponible en: http://osha.europa.eu/en/publications/outlook/en_te8108475enc.pdf. Fecha de consulta: 28 de Enero 2014.
- European Agency for Safety and Health at Work –EU-OSHA- (2010a). *Workplace Violence and Harassment: a european picture*. Disponible en: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC>. Fecha de consulta: 12 de marzo de 2012.
- European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2010b). *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks. Managing safety and health at work*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2013). *New risks and trends in the safety and health of women at work*. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/summary-new-risks-trends-osh-women>. Fecha de consulta: 4 de mayo de 2014.
- European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2014). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2015). *Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2007). *Work-related stress*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative-information/work-related-stress>. Fecha de consulta: 5 de abril de 2009.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg : Publications Office of the European Union. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/working-conditions/fifth-european-working-conditions-survey-overview-report>. Fecha de consulta: 26 de mayo de 2013.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions –Eurofound- y EU-OSHA (2014). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponible en http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef_1443en_0.pdf. Fecha de consulta: 15 de enero de 2015.
- Eurostat (2010). *Health and safety at work in Europe. 1999-2007*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- Extremera, N., Duran, A., y Rey, L. (2010). Recursos personales, síndrome de estar quemado por el trabajo y sintomatología asociada al estrés en docentes de enseñanza primaria y secundaria. *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 47-60.
- Fernández, J. (2004). *Feelings Management. La Gestión de los sentimientos organizativos*. Barcelona: la Caixa.
- Fernández, J. (2007). *Patologías organizativas*. Madrid: MindValue.
- Fernández, V. (2014). Evaluación de la salud laboral docente: Estudio psicométrico del cuestionario de salud docente. Tesis Doctoral. Universitat Ramon Llull.
- Fernández Rodríguez, M. Z., y Suárez González, I. (1996). La estrategia de la empresa desde una perspectiva basada en los recursos. *Revista Europea de Dirección y Economía de la empresa*, 5(3), p. 73.
- Ferrater, J. (1991). *Diccionario de Filosofía*. Valencia: Círculo de Lectores.
- Ferrer, L. (2007). *El malestar del bienestar* (pp. 89-110). Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/9025>. Fecha de consulta: 26 de julio de 2014.
- Fordyce, J.K., y Weil, R. (1976). *Método de Desarrollo Organizacional para Ejecutivos*. Washington: Fondo educativo interamericano S.A.
- Fraiser, N., Gutiérrez, R., y Peña-Casas, R. (2011). *Working poverty in Europe. A comparative approach*. London: Palgrave MacMillan.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology -the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Freeborn, D.K. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West Journal Medicine*, 174, 13-18.
- Gamero-Burón, C. (2010). Evaluación del coste por pérdida de jornadas laborales asociado al estrés laboral: propuesta para España. *Estudios de Economía Aplicada*, 28(3), 1-20.
- Gamero-Burón, C., y González, M.L. (2008). Evaluación de los costes de la no prevención de riesgos psicosociales en el trabajo: propuesta para el estrés laboral. Universidad de Málaga. INSHT.
- Gandy, W.M., Coberley, C., Pope, J.E., Wells, A., y Rula, E.Y. (2014). Comparing the Contributions of Well-Being and Disease Status to Employee Productivity. *JOEM*, 56(3), 252-7.
- García Izquierdo, M. (1999). Estrés laboral. En M. García (Coord.), *Psicología del trabajo y de las organizaciones: fundamentos psicosociales del comportamiento en las organizaciones* (pp. 229-250). Murcia: DM.
- García, A. M., Benavides, F., y Ruiz-Frutos, C. (2000). Salud Laboral. En F. G. Benavides, C. Ruiz-Frutos, C. y A. M. García. *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 49-50). Barcelona: Masson.
- García, F.R. (1998). La propuesta biopsico-social del ciudadano sano. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51(2), 269-278.

- García, M.A. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital-Buenos Aires-Año 8, nº 48*. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>.
- García-Viniegras, C.R.V., y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 16(6)*, 586-592.
- Gardner, W.L., y Schermerhorn, J.R. (2004). Unleashing individual potential: Performance gains through positive organizational behavior and authentic leadership. *Organizational Dynamics, 33(3)*, 270-281.
- Garmendia, J.A. (1993). La sociedad postindustrial. En J.A. Garmendia, y F. Parra (Eds.), *Sociología industrial y de los recursos humanos*. Madrid: Taurus.
- Ghai, D. (2003). Trabajo decente. Concepto e indicadores. *Revista Internacional del Trabajo, 122(2)*, 125-160.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. (2011). Algunas aportaciones de la Psicología Social a la Psicología de la Salud Ocupacional. *Anuari de Psicologia (2010-2011)*, 149-169.
- Gil-Monte, P.R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 29(2)*, 237-241.
- Gil-Monte, P.R., y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gimeno, M.A. (2011). *La violencia en las organizaciones: factores organizativos y preventivos implicados. Estudio exploratorio en la Comunidad Valenciana*. Trabajo de investigación. Universitat Jaume I, Castelló.
- Gimeno, M.A., Grandío, A., y Marqués, A.I. (2013). El cambiante mundo de las organizaciones. Hacia una organización saludable. *Revista internacional de Organizaciones, 10*, 41-63.
- Gómez, D.E. (1997): Salud y prevención en la sociedad del bienestar. En D.E. Gómez y X.L. Saburido. *Salud y prevención. Nuevas aportaciones desde la Evaluación Psicológica* (pp. 17-33). Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.
- Gómez, G. (2009). *Manual para la formación en Prevención de riesgos Laborales. Especialidad de Ergonomía y psicología Aplicada*. Barcelona: CISS.
- Gómez, I.C. (2007). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Psychologica, 6(1)*, 105-113.
- González, D. (2003). *Ergonomía y Psicología*. Madrid: FC Editorial.
- González, M. (2004). El bienestar psicològic en l'adolescència: la perspectiva de les ciències de la complexitat. Tesis Doctoral. Universitat de Girona.
- González, R., y de la Gándara, J. (2004). *El médico con burnout. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia*. Madrid: Novartis.

- Gorri, A. (2000). Los factores psicosociales en la salud: una vía sugestiva para la investigación e intervención desde el ámbito universitario. En Fernández, J.; Herrero, J. y Bravo, A. (Eds.): *Intervención psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Grandío, A. (1996). Empresa, mercado y necesidades: una síntesis en Ciencias Sociales. Tesis Doctoral. Universitat Jaume I, Castelló.
- Grandío, A. (2011). La sociedad en red y los recursos humanos (I). En S. Agut, A. Grandío y R. Peris (eds.), *Los recursos humanos en el ámbito turístico. Claves para su gestión en un mundo en red*. Madrid: Síntesis.
- Grant, A.M., Christianson, M.K., y Price, R.H. (2007). Happiness, Health, or Relationships? Managerial Practices and Employee Well-Being Tradeoffs. *Academy of management perspectives*, 21, 51-63.
- Grant, R.M. (1991). The resource-based theory of competitive advantage: Implications for strategy. *California Management Review*, 22, 114-135.
- Graves, C.W. (1970). Levels of Existence: An Open System Theory of Values. *Journal of Humanistic Psychology*, 10, 131-155.
- Grawitch, M.J., Gottschalk, M., y Munz, D.C. (2006). The Path to a Healthy Workplace A Critical Review Linking Healthy Workplace Practices, Employee Well-being, and Organizational Improvements. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 58(3), 129-147.
- Grebner, S., Semmer, N.K., y Elfering, A. (2005). Working Conditions and Three Types of Well-Being: A Longitudinal Study With Self-Report and Rating Data. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(1), 31-43.
- Green, F. (2006). Demanding work. The paradox of job quality in the affluent economy. Princeton: *Princeton University Press*, 14-15.
- Greenhaus, J. H., y Powell, G. N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *Academy of Management Review*, 31, 72-92.
- Griffin, M.A., y Mathieu, J.E. (1997). Modeling organisational processes across hierarchical levels : Climate, leadership, and group process in work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 731-744.
- Gutiérrez, J.M. (2001). *Ergonomía y Psicosociología en la empresa*. Valencia: CISSPRAXIS.
- Hackman, J.R., y Oldham, G.R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.
- Hackman, J.R., y Oldham, G.R. (1980). *Work Redesign*. Addison-Wesley Publishing.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. y Black, W.C. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Han, Byun-Chul (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Han, Byun-Chul (2014). *En el enjambre*. Barcelona: Herder.

- Härenstam, A. (2008). Organizational approach to Studies of job demands, control and health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health Suppl* (6), 144-149.
- Härenstam, A., Karlqvist, L., Bodin, L., Nise, G., Schéele, P., y MOA Research Group (2003). Patters of working and living conditions: a holistic, multivariate approach to occupational health studies. *Work & Stress*, 17(1), 73-92.
- Head, J., Stansfeld, S.A, y Siegris, J. (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependende: a prospective study. *Occupational Environment Medicine*, 61(3), 219-224.
- Heaney, C.A. (2003). Worksite health interventions: targets for change and strategies for attaining them. En J.C. Quick y L.E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Psychology*. Whashington: American Psychological Association.
- Helliwell, J.F., y Putnam, R. (2004). The Social Context of Well-being. *The Royal Society*, 1435-1446.
- Heraclides, A., Chandola, T., Witte, D.R., y Brunner, E.J. (2009). Psychosocial stress at work doubles the risk of type 2 diabetes in middle-aged women: evidence from the Whitehall II study. *Diabetes Care*, 32(12), 2230-2235.
- Hernán San Martín, y Pastor, V. (1988). Salud comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid: Díaz de Santos.
- Hernando, J. y Arévalo, N. (2013). De la salud ocupacional a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: más que semántica, una transformación del sistema general de riesgos laborales. *Revista Innovar*, 23(48), 22-31.
- Herzberg, F. (2003, 1968). One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 81(1), 87-96.
- Hodson, R. y Roscigno, V.J. (2004). Organizational Success and Worker Dignity: Complementary or Contradictory?. *American Journal of Sociology*, 110(3), 672-708.
- Hodson, R., y Roscigno, V.J. (2004). Organizational Success and Worker Dignity: Complementary or Contradictory?. *AJS*, 110(3), 672-708.
- Holman, D., Martínez-Iñigo, D., y Totterdell, P. (2008). Emotional labor and employee wellbeing: An integrative review. En N. M. Ashkanasy y C. L. Cooper (eds). *Research Companion to Emotion in Organizations*. (pp. 301-316). Edward Elgar: UK.
- Hosie, P.J., Sevastos, P., y Cooper, C. (2007). The happy productive worker thesis and Australian managers. *Journal of Human Values*, 13(2), 151-176.
- Huebner, E.S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 3-33.
- Hurtado, C. (2013). Percepción de riesgos psicosociales, estrés, ansiedad, variables de salud y conciliación de la vida laboral-familiar en trabajadores y trabajadoras. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- ILO (2012). *Decent work indicators. Concepts and definitions. ILO Manual, 2012*. Geneva: ILO.
- Inglehart, R. (1977) *The silent revolution: changing values and political styles among western publics*. Nueva Jersey: Princenton University Press.

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo -INSHT- (1998). Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de los lugares de trabajo. Madrid: INSHT.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo -INSHT- (2007). *VI Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo* (ENCT 2007). Madrid: INSHT.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo -INSHT- (2010). *VIII Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo -INSHT- (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo -INSHT- (2015). *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020*. Madrid: INSHT.
- Intermón Oxfam (2014). *Gobernar para las élites: Secuestro democrático y desigualdad económica*. Disponible en: www.oxfamintermon.org/es/documentos/17/01/14/gobernar-para-elites-secuestro-democratico-desigualdad-economica. Fecha de consulta: 26 de octubre de 2014.
- Jaramillo, V.A., y Gómez, I.C. (2008). Salud Laboral Investigaciones realizadas en Colombia. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 9-25.
- Johnson, J.V. y Hall, E.M. (1988). Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342.
- Kahneman, D., y Krueger, A.B. (2006). Developments in the measurement of subjective wellbeing. *Journal of Economic Perspectives*, 22, 3-24.
- Kalimo, R., El-Batawi, M., y Cooper, C. L. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: OMS.
- Kang, S.Y., Staniford, A.K., Dollard, M.F., y Kompier, M. (2008). Knowledge development and content in Occupational Health Psychology. A systematic analysis of the Journal of Occupational Health Psychology, and Work & Stress, 1996-2006. En J. Houdmont y S. Leka (Eds.), *Occupational Health Psychology. European perspectives on research, education and practice* (pp. 27-62). Nottingham: Nottingham University Press.
- Karasek, R.A., y Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kasser, T., y Ahuvia, A. (2002). Materialistic values and well-being in business students. *European Journal of Social Psychology*, 32, 137-146.
- Kasser, T., y Ryan, R.M. (1996). Further examining the american dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287.
- Kets de Vries M.F.R. (2001). Creating authentizotic organizations: well-functioning individuals in vibrant companies. *Human Relations*, 54(1),101-111.
- Kets de Vries, M., y Miller, D. (1993). *La organización neurótica*. Barcelona: Apóstrofe

- Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C., Shmotkin, D., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kierkegaard, S. (2008). *Tratado sobre la desesperación*. Madrid: Editorial Trotta.
- Kirsten, W. (2014). La promoción de la salud en el trabajo: una tendencia mundial que viene para quedarse. *Revista monográfica de PRL 2014*, p. 3-9. Foment del Treball Nacional
- Kozma, A., Stone, S., y Stones, M.J. (1997). Los enfoques de top-down y bottom-up del bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 6(1), 77-90.
- Kravetz, D. (1990). *La revolución de los recursos humanos*. Bilbao: Deusto.
- Krishnamurti, J. (1975). *La revolución fundamental*. Madrid: Editorial Kier.
- Kudielka, B.M., Von Känel, R., Gander, M.L., y Fischer, J.E. (2004). Effort-reward imbalance, overcommitment and sleep in a working population. A cross-sectional study. *Work & Stress*, 18(2), 165-176.
- Lahera, M., y Góngora, J.J. (2002). *Factores psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo*. Instituto Navarro de Salud Laboral.
- Laín, P. (1984). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat.
- Leka, S., y Cox, T. (2008). *The European Framework for psychosocial risk Management. PRIMA EF*. Nottingham: I-WHO Publications.
- Leka, S., Griffiths, A., y Cox, T. (2003). *Work organisation & Stress. Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. Protecting Workers' Health*. Institute of Work, Health & Organisations. University of Nottingham, UK. World Health Organization.
- Leka, S., Griffiths, A., y Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Nottingham: Organización Mundial de la Salud.
- Leka, S., Griffiths, A., y Cox, T. Lallukka, T., Lahelma, E., Rahkonen, O., Roos, E., Laaksonen, E., Martikainen, P., Head, J., Brunner, E., Mosdol, A., Marmot, M., Sekine, M., Nasermoddeli, A., y Kagamimori, S. (2008). Associations of job strain and working overtime with adverse health behaviors and obesity: evidence from the Whitehall II study, Helsinki Health study, and the Japanese civil servants study. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1681-1698.
- Leka, S., y Jain, A. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*. Ginebra: WHO.
- Leka, S., Jain, A., Iavicoli, S., Vartiainen, M., y Ertel, M. (2011). The role of policy for the management of psychosocial at the workplace in the European Union. *Safety Science*, 49(4), 558-564.
- León, J.M. (2000). El modelo biopsicosocial o la concepción social de las acciones de salud. Una guía para la elaboración de la Psicología Social de la Salud. En A. Ovejero (Ed.), *La psicología social en España al filo del año 2000: balance y perspectivas*. Madrid, Biblioteca Nueva.

- León, J.M., y Jarana, L. (1992). Una perspectiva psicosocial en los servicios de salud. En F. Gil, L. Jarana y J. M. León (Coords.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 17-29). Madrid: Eudema, p. 18-19.
- Levenstein, Ch., y Moret, M. (1985). Health Promotion in the Workplace. *Journal of Public Health Policy*, 6(2), 149-151.
- LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269 10/11/1995.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de riesgos laborales. Publicado en BOE núm. 269, de 10/11/1995.
- LEY 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. BOE nº 298 13/12/2003.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres. Publicado en BOE núm. 71 de 23/3/2007, pp. 12611-12645.
- Limón, R. (2004). Necesidades e intervenciones en promoción y educación para la salud: factores determinantes. En R. Perea (Dir.), *Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras*, (pp. 63-108). Ed.: Díaz de Santos.
- Lindström, K., Schrey, K., Ahonen, G. y Kaleva, S. (2000). The effects of promoting organizational health on worker wellbeing and organizational effectiveness in small and médium-sized enterprises. En L.R. Murphy y C.L. Cooper (Eds.) (2000), *Healthy and productive work. An international perspective*. Londres: Taylor & Francis.
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Llaneza, F.J. (2003). *Ergonomía y psicología Aplicada*. Valladolid: Lex Nova.
- Llano, A. (1988). *La nueva sensibilidad*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Lloret, S., y González-Romá V. (1994). Salud, salud mental y bienestar psicológico. En V. González-Romá, (Ed.) (1994), *La medición del bienestar psicológico y otros aspectos de la salud mental. Monografías de la UIPOT*. Universitat de Valencia.
- Lluch, M.T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Tesis doctoral. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/2366>. Fecha de consulta: 13 de junio de 2007.
- López, F.J. (2012). Bienestar laboral en profesionales de la Medicina. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Luthans, F., y Youssef, C.M. (2004). Human, social and now positive psychological capital mangement: investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33(3), 143-160.
- MacIntosh, R., MacLean, D., y Burns, H. (2007). Health in Organization: Towards a Process-Based View. *Journal of Management Studies*, 44(2), 206-221.
- Maier, C. (2004). *Buenos días, pereza*. Barcelona: Península.

- Månsson, E., y Ellmann, S. (2009). *Workshop on Spiral Dynamics*. Projektforum 09. Stockholm, Sweden.
- Mao, I. (2011). *Sharismo: Una revolución de la mente*. Recuperado de <http://www.nodosele.com/blog/2008/12/08/el-sharismo-de-isaac-mao/>. Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2012.
- Marmolejo, L. (2004). Individualismo-Colectivismo y su influencia en el Bienestar Subjetivo. Tesis profesional. Puebla, México: Universidad de las Américas.
- Martín, C. (2011). Gestión de recursos humanos y retención del capital humano estratégico: Análisis de su impacto en los resultados de empresas innovadoras españolas. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid.
- Martín, F., y Pérez, J. (1997). *Factores psicosociales: metodología de evaluación*. Madrid: NTP 443 INSHT.
- Martín, J., Luceño, L., Jaén, M., y Rubio S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos evaluados a través del cuestionario multidimensional DECORE y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19(1), 95-101.
- Martínez, D. (2009). Violencia psicológica en el trabajo: métodos de evaluación y variables sociodemográficas relevantes. Tesis Doctoral. Universitat de València
- Martínez-Iñigo, D. (2001). Evolución del Concepto de Trabajo Emocional: dimensiones, antecedentes y consecuencias. Una revisión teórica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17(2), 131-153
- Martínez-Íñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M., y Holman, D. (2009). The Source of Display Rules and their Effects on Primary Health Care Professionals' Well-Being. *Spanish Journal of Psychology*, 12, 618-632.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Maslow, A. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Viking Press.
- Maslow, A. (2005). *El Management según Maslow*. Barcelona: Paidós.
- Mcneely, S. (1996). Stress and coping strategies in nurses from palliative, psychiatric and general nursing areas. *Health Manpower Management*, 22(3), 10-12.
- Mejías, A., Carbonell, E.J., Gimeno, M.A., y Fidalgo, M. (2011a). NTP 891: Procedimiento de Solución Autónoma de los Conflictos de Violencia Laboral (1). Madrid: INSHT.
- Mejías, A., Carbonell, E.J., Gimeno, M.A., y Fidalgo, M. (2011b) NTP 892: Procedimiento de Solución Autónoma de los Conflictos de Violencia Laboral (2). Madrid: INSHT.
- Melero, L., Pérez, M., Sánchez, M.C., Melero, A., y Palacios, B. (2011). *Las consecuencias de la organización del trabajo en la salud laboral en la empresa: estudio de las variables que intervienen en la aparición de riesgos psicosociales*. Jaen: UGT.
- Michalos, A.C. (1980). *North American Social Report: A comparative Study of the Quality of Life in Canada and Usa from 1964 to 1974*. Dordrecht: Reidel Publishing Company.

- Michela, J.L., Lukaszewski, M.P., y Allegrante, J.P. (1995). Organizational climate and work stress : A general framework applied to inner-city schoolteachers. En S.L. Sauter, y L.R. Murphy (Eds.), *Organizational Risk Factors for Job Stress* (pp. 61-80). Washington, DC: APA.
- Miles, R.E., Snow, C.C., Fjeldstad, O.D., Miles, G., y Lettl, Ch. (2010). Designing organizations to meet 21st-century opportunities and challenges. *Organizational Dynamics*, 39(2), 93-103.
- Mintzberg, H. (1991). *Mintzberg y la Dirección*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mintzberg, H., y Quinn, J.B. (1993). *El proceso estratégico: conceptos, contextos y casos*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliff, N.J.: Prentice Hall.
- Mira, J.M. (1990). *Psicología y salud. Un marco conceptual*. Valencia: Promolibro.
- Mohrman, S.A., Ledford, G.E., Lawler, E.E., and Mohrman, A.M. (1986). Quality of worklife and employee involvement. In C. L. Cooper and I. Robertson (eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 189-216). London: Wiley.
- Morales, J. (2011). ¿Es posible acabar con la pobreza? *Miscelánea Comillas*, 69(135), 605-627.
- Moreno, B., y Báez, C. (2010). *Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: UAM.
- Moreno, J.O., López, J., Montejo-González, A.L., Osuna-Guerrero, R., y Duque-González, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics*, 10(4), 361-369.
- Moreno-Jiménez, B., y Garrosa, E. (2013). Salud laboral. Factores y riesgos psicosociales. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (Eds.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*. Madrid: Pirámide.
- Moreno-Jiménez, B., y Garrosa, E. (2013). Salud laboral. Factores y riesgos psicosociales. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (Eds.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*. Madrid: Pirámide.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Mow International Research Team (1987). *The meaning of Working*. Academy Press.
- Muchinsky, P.M. (2001). *Psicología aplicada al trabajo*. Madrid: Ed. Paraninfo.
- Munduate, L. (1997). *Psicología Social de la Organización*. Madrid: Pirámide.
- Munduate, L., Di Marco, D., Martínez-Corts, I., Arenas, A., y Gamero, N. (2014). Reconstruyendo el diálogo social y promoviendo organizaciones inclusivas. Una herramienta para la innovación social en tiempos de crisis. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), pp. 122-129
- Munné, F. (1995). Las teorías de la complejidad y sus implicaciones en las ciencias del comportamiento. *Interamerican Journal of Psychology*, 29, 1, 1-12.
- Mur, C., y Maqueda, J. (2011). Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 57 (sup1), 1-3.

- Murga, M.A. (2004). Salud y desarrollo sostenible: las competencias de la educación. En R. Perea, (Dtra.). *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Murphy, L.R. (1996). Stress Management in working settings: a critical review of health effects. *American Journal Health Promotion*, 11, 112-135.
- Murphy, L.R., y Cooper, C.L. (2000). *Healthy and productive work. An international perspective*. Londres: Taylor & Francis.
- Murphy, L.R., y Lim, S.Y. (1997). Characteristics of healthy work organizations. En P. Seppala, T. Luopajarvi, C.-H. Nygard, y M. Mattila (Eds.), *From experience to innovation* (vol. 1, pp. 513-515). Helsinki, Finland: Finnish Institute of Occupational Health.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality* (pp. 531-545). New York: Oxford University Press.
- Myers, D.G., y Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Promoting mental well-being at work: business case*. London: NICE.
- National Institute For Occupational Safety and Health –NIOSH- (2002). *The changing organization of work and the safety and health of working people*. Nº 2002-116.
- Neal, A., y Griffin, M.A. (1997). *Linking safety climate to theories of task and contextual performance*. Paper presented at the 12th Annual Conference of the Society for Industrial and Organisational Psychology. St Louis, MO, April.
- Newell, S. (1995). *The healthy organization*. London: Routledge.
- Niituma, A.J. (2014). La relación entre la calidad de vida de los trabajadores y la sociedad. *Revista monográfica de PRL*, p. 12-16. Foment del Treball Nacional.
- Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales (2006). *Guía sobre Factores y Riesgos Psicosociales*. Madrid : UGT.
- OMS (Oficina Regional para Europa) (1986). Los objetivos de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Internacional del Trabajo -OIT- (1986). *Introduction to work study*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo -OIT- (1998). *Enciclopedia de la Seguridad y la Salud en el Trabajo*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo -OIT- (2006). *Consejo de administración para debate y orientación. Seguridad y salud en el trabajo: sinergia entre la seguridad y la productividad*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo -OIT- (2009). *Salud y vida en el trabajo: un derecho humano fundamental*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo -OIT- (2010). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. Ginebra: OIT.

- Organización Mundial de la Salud -OMS- (1978). *Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud y "Salud para Todos en el año 2000"*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (1986). *Ottawa Charter on Health Promotion*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (1995). Group: The World Health Organization Quality of Life Assesment: Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41, 1403-1409.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (1996). Carta de Santiago. Declaración de la II Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Santiago de Chile.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (1997). *Declaración de Luxemburgo sobre Promoción de la Salud en el lugar de Trabajo*. Luxemburgo: noviembre 1997. Documento técnico OMS. Disponible en: <http://www.ver.is/whp/en/luxdeclaration.html>. Fecha de consulta: 26 de mayo de 2011.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (1998). *Promoción de la salud*. Glosario. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (2010a). *Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción*. Suiza: OMS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/index.html. Fecha de consulta: 19 de noviembre de 2011.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (2010b). *Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo*. Suiza: OMS.
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N., y Verbrugge, L.M. (1999). Subjective well being and social production functions. *Social Indicators Research*, 46, 61–90.
- Ortega y Gasset, J. (1950). *El espectador*. Madrid: Revista de Occidente.
- Osca, A., Palací, F.J., Topa, G., Moriano, J.A., y Lisbona, A. (2012). *Psicología de las organizaciones*. Madrid: Sanz y Torres.
- Padrós, F. (2002). Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la Gaudibilidad. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Palys, T.S., y Little, B.R. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal projects systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1221-1230.
- Paoli, P., y Merllié, D. (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities/ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Parent-Thirion, A., Fernández, E., Hurley J., y Vermeylen, G. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Pascual, L.M., y Ballester, R. (Dirs.) (1997). *La práctica de la Psicología de la Salud. Programas de Intervención*. Valencia: Promolibro.
- Peiró, J.M. (1991). *Psicología de la organización (Vol. 2)*. Madrid: UNED.

- Peiró, J.M., Ayala, Y., Tordera, N., Lorente, L., y Rodríguez, I. (2014). Bienestar sostenible en el trabajo: revisión y reformulación. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 5-14.
- Perea, R. (1985). *Educación para la salud*. Madrid: FUE/UNED.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). La Psicología Positiva: magia simpática. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 183-201.
- Pinazo, D., Rodríguez, I., y Salanova, M.L. (1997). El desajuste de expectativas y las metas laborales como predictores del bienestar psicológico. *Iber Psicología*, 2(3), 1-13.
- Prieto, S.L. (1991). *Notas sobre el bienestar*. Memorias de la Jornada "El concepto de bienestar". Tosa de Mar, España, abril de 1990. pp. 157-169. Disponible en: http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/02472776436247507976613/cuaderno9/doxa9_08.pdf. Fecha de consulta: 16 de octubre de 2013.
- Quick, J.C. (1999a). Occupational health psychology: historical roots and future directions. *Health Psychology*, 18(1), 82-88.
- Quick, J.C. (1999b). Occupational Health Psychology: the convergence of Health and Clinical Psychology with Public Health and Preventive Medicine in a organizational context. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 123-128.
- Quick, J.C. y Tetrick, L.E. (2003). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Quintanilla, I. (1987). *La participación en las organizaciones*. Valencia: Promolibro
- Ramos, J., y Peiró, J.M. (2014). La Psicología del trabajo y las organizaciones en tiempos de crisis económica. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 1-4.
- Raymond, S.J., Wood, D.W., y Patrick, W.K. (1990). Psychology doctoral training in work and health. *American Psychologist*, 45, 1159-1161.
- Real Decreto 604/2006, de 19 de mayo, por el que se modifican el RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, y el RD 1627/1997 de octubre, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras de construcción.
- Reich, R.B. (2002). El reto del trabajo decente. *Revista Internacional del Trabajo*, 121(1-2), 123-131.
- Rodríguez, A. (1998). *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Madrid: Pirámide.
- Rogers, (1963). Towards a Science of the person. *J. of Humanistic Psychology*, 3(2).
- Rojas, E. (1998). *Una teoría de la felicidad*. Madrid: CIE Inversiones Editoriales Dossat.
- Román, R., y Montero, M.M. (2013). Repensar el hedonismo: de la felicidad en Epicuro a la sociedad hiperconsumista de Lipovetsky. *Éndoxa: Series Filosóficas*, 31, 191-210.

- Romanelli, R. (1991). The evolution of new organizational forms. *Annual Review of Sociology*, 14, 79-103.
- Romeo, M., Yepes-Baldó, M., y Berger, R. (2014). Contribución española e iberoamericana al estudio del “work life balance”: claves para la intervención. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 48-58.
- Roozeboom, M. B., Houtman, I., y Van den Bossche, S. (2008). Monitoring Psychosocial Risks at work. En S. Leka y T. Cox (Eds.), *The European Framework for psychosocial Risk management: PRIMA EF* (pp. 17-36). Nottingham: I-WHO Publications.
- Royo, S. (2002). La sociedad capitalista como negación del ocio: historia de una paradoja actual. *Logos: Anales del Seminario de Metafísica*, 35, 193-222.
- Russell, B. (2005). *La conquista de la felicidad*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Ryan, R.M., y Deci, E.L. (2001). On happiness and human potential: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C.D., y Lee, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 58, 18-23.
- Salanova, M., Cifre, E., Martínez, I.M., y Llorens, S. (2007). *Caso a caso en la prevención de los riesgos psicosociales. Metodología Wont para una organización saludable*. Bilbao: Lettera Publicaciones.
- Salanova, M., y Llorens, S. (2009). Presente y futuro de la intervención profesional en factores psicosociales. *Gestión práctica de los riesgos laborales*, 59, 20-23.
- Salanova, M, Llorens, S., Cifre, E., Martinez, I., y Schaufeli, W. B. (2003). Perceived collective efficacy, subjective well-being and task performance among electronic work groups: An experimental study. *Small Groups Research*, 34, 43-73.
- Savater, F. (2005). Prólogo: una lección de sentido común. En B. Russell (2005), *La conquista de la felicidad*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Schaufeli, W.B., y Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Scott, W.R. (2003). *Organizations: rational, natural and open systems*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Scott, W.R. (2005). Organizaciones: características duraderas y cambiantes. *Gestión y política pública*, 14(3), 439-463.

- Seligman, M.E.P. (1998). *Aprenda Optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo.
- Seligman, M.E.P. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M.E.P. (2011). *La vida que florece*. Barcelona: Ediciones B.
- Seligman, M.E.P., y Csicszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sennett, R. (2005). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.
- Serrano, M.A. (2006). Adaptación psicobiológica al estrés social en una muestra de profesores: cambios hormonales, cardiovasculares y psicológicos. Tesis Doctoral. Universitat de València.
- Siegrist, J., y Rödel, A. (2006). Work stress and health risk behavior. *Scandinavian Journal of Work, Environment Health*, 32(6), 473-481.
- Silva, G.N. (2006). Factores psicosociales, estrés y desgaste profesional en académicos del Centro Universitario de Ciencias Biológicas Agropecuarias de la Universidad de Guadalajara. Tesis doctoral. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Somavía, J. (1999). *Trabajo Decente: Memoria del Director General*. OIT: Ginebra
- Sonnentag, S., y Fritz, C. (2007). The recovery experience questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 204-221.
- Soriano, G., Guillen, P., y Carbonell, E. (2014). *Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de los trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial*. Protocolo PSICOVS2012. Madrid: SGS-Osalan.
- Sparks, K., Faragher., B., y Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century work place. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 489-509.
- Spector, P.E. (1997). *Job satisfaction. Application, assessment, cause and consequences*. London: SAGE Publications, Ltd.
- Standing, G. (2002). De las encuestas sobre seguridad de las personas al índice de trabajo decente. *Revista Internacional del Trabajo*, 121(4), 487-501.
- Standing, G. (2013). *El precariado. Una nueva clase social*. Barcelona: Ediciones del Pasado y presente.
- Stansfeld, D., y Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health –a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment Health*, 32(6), 443-462.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the Social Sciences*. New Jersey: LEA Publishers.
- Stiglitz, J.E. (2002). *El malestar en la globalización*. Madrid: Taurus.
- Stresa Declaration on Workers Health (2006). Participants, 7th Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, Stresa, Italia, 8-9 Junio 2006. Disponible en:

- http://www.who.int/occupational_health/en/. Fecha de consulta: 22 de Septiembre de 2009.
- Tadas, H.D. (2012). Desigualdades crecientes y sentimientos de exclusión social. *Foundation Focus*, 12, 7-8.
- Tetrick, L.E. (2002). *Individual and organizational health. Historical and Current Perspectives on Stress and Health*, 2, 117-141.
- Tetrick, L.E., y Quick, J.C. (2003). Prevention at Work: Public Health in Occupational Settings. En J.C. Quick y L.E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Psychology*. Whashington. American Psychological Association.
- Thiéart, R. A. (1995). *Innovative Management of Complex Systems: The Lessons of Chaos Theory*. Madrid: ACEDE.
- Thomason, D.L., y Lagowski, L.R. (2008). Sustaining a healthy work force in the 21st century . A model for collaborating through reciprocation. *AAOHN Journal*, 56(12), 503-513.
- Tims, M., Bakker, A. B., y Derks, D. (2012). Development and validation of the job crafting scale. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 173-186.
- Tisler, E.S. (2004). Les situacions psicosocials enmig dels processos organitzacionals: la persona, agent informant. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Toledo, F., y Salvador, C. (2014). *Manual de inteligencia emocional aplicada a la prevención de riesgos laborales*. Murcia: CROEM.
- Towers, W. (2010). *Estudio Global Workforce 2010-2011. La crisis vuelve conservadores a los empleados*. Disponible en: <http://www.towerswatson.com/es-ES/Press/2010/03/Estudio-Global-Workforce-2010-2011---La-crisis-vuelve-conservadores-a-los-empleados>. Fecha de consulta: 25 de febrero de 2012.
- Traid, V., Giner, D., Castillo, C., Misiego, J., y López, I. (2005). Revisión histórica del modelo biopsicosocial. *Interpsiquis*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/20229/>. Fecha de consulta: 8 de marzo de 2011
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., y Siegrist, J. (2001). Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in comparison between two complementary job stress models. *Scandinavian Journal of Work and Environment Health*, 27, 146-153.
- UNESCO (2004). Teaching and Learning for a Sustainable Future. *Health Education*, por Fien, J. Disponible en: <http://www.unesco.org/education/tlsf/>. Fecha de consulta: 24 de abril de 2012.
- Urreiztieta, M.T. (2004). La sociología interpretativa: globalización y vida cotidiana. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*, 13(3), 457-470.
- Valdés, M. (1991). Dos aspectos en el concepto de bienestar. *Doxa*, 9, 69-89.
- Valladares, A., Dilla, T., y Sacristán, J.A. (2008). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36.
- Vallejo, M.A. (1998). *Manual de terapia de conducta*. UNED. Madrid: Dykinson.

- Valois, R.F., Zullig, K.J., Huebner, E.S., y Drane, W. (2001). Relationship between life satisfaction and violent behaviors among adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 25, 353-366.
- Van der Klink, J.J., Blonk, R.W. B., Schene, A.H., y Van Dijk, F.J.H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.
- Vandenberg, R.J., Park, K., DeJoy, D.M., Wilson, M.G., y Griffin-Blake, C.S. (2002). The healthy work organization model: Expanding the view of individual health and well being in the workplace. En P. L. Perrewe y D. C. Ganster (Eds.), *Historical and current perspectives on stress and health*. Oxford: Elsevier.
- Varelius, J. (2004). Objective explanations of Individual well-being. *Journal of Happiness Studies*, 5, 73-91.
- Vázquez, C. (2006). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2.
- Vázquez, C. (2013). La Psicología Positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del psicólogo*, 34(2), 91-115.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht: Reidel.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3(9), 87-116.
- Vélez, A.L. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la promoción de la salud*, 12, 63-78.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Vera, J.A. (2001). Bienestar subjetivo en una muestra de jóvenes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3(1), 11-21.
- Vera, J.A. (2005). Interculturalidad: formación del profesorado y educación. Estudios sociales: *Revista de investigación científica*, 13(25), 163-170.
- Vielma, J., y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere. Artículos arbitrados*, 59, 265-275.
- Vîrgă, D. (2011). *Occupational health psychology: methodological approaches*. Disponible en: <http://www.mobbing.ro/en/articles/occupational-health-psychology/occupational-health-psychology-methodological-approaches/>. Fecha de consulta: 14 de Julio de 2014.
- Wang, H., y Samson, K. (2009). *Wellness and productivity management: a new approach to increasing performance*. Philadelphia: Right Management Inc.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon Press.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects o mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193-210.

- Weiler, A. (2006). *Annual Review of Working Conditions in the EU: 2005–2006*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Wilber, K. (1977). *El espectro de la conciencia*. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (1983). *Los tres ojos del conocimiento*. Barcelona: Kairós.
- Williams, K., y Alliger, G. (1994). Roles stressors, mood spillover, and perceptions of work-family conflict in employed parents. *Academy of Management Journal*, 37, 837-867.
- Wilson, M.G., DeJoy, D.M., Vandenberg, R.J., Richardson, H.A., y McGrath, A.L. (2004). Work Characteristics and Employee Health and Wellbeing: Test of a Model of Healthy Work Organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565-588.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- World Health Organization (WHO) (2006). *Stresa Declaration on Workers Health*. Geneva: WHO.
- Wynne, R. (1995) A New Training Specification for Workplace Health Promotion. *Safety Science*, 20, 277-287.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E., y Schaufeli, W.B. (2009). Work engagement and financial returns: A diary study on the role of job and personal resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82, 183-200.
- Zeng, X., Zhu, W., Zhao, H., y Zhang, C. (2015). Employee well-being in organizations: Theoretical model, scale development, and cross-cultural validation. *Journal of Organizational Behavior*, 36, 621–644.
- Zuccolo, M.R. (2006). Work, Leadership, Institutions and Culture. *In Research papers*. Disponible en: drmarkzuccolo.com/downloads/work-leadership-institutions-and-culture. Fecha de consulta: 22 de septiembre de 2015.

ANEXOS

ANEXO I. LISTADO DE PREGUNTAS DEL INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

DATOS GENERALES

Empresa: _____				
Rama de Actividad: _____				
Puesto de trabajo: _____				
Sexo: _____				
Edad: _____				
Estudios realizados: _____				
Horario de Trabajo	Jornada Continuada	<input type="checkbox"/>	Jornada Turnos	<input type="checkbox"/>
	Jornada Partida	<input type="checkbox"/>	Jornada Nocturna	<input type="checkbox"/>
Horas semanales de trabajo	Menos de 35 h.	<input type="checkbox"/>	De 35 a 40 h.	<input type="checkbox"/>
			Más de 40 h.	<input type="checkbox"/>
Antigüedad en la empresa	Hasta 1 año	<input type="checkbox"/>	De 3 a 5 años	<input type="checkbox"/>
			Más 10 años	<input type="checkbox"/>
	De 1 a 3 años	<input type="checkbox"/>	De 5 a 10 años	<input type="checkbox"/>
Tipo de Contrato	Fijo/Indefinido	<input type="checkbox"/>	Trabajador cedido por una ETT	<input type="checkbox"/>
	Fijo discontinuo	<input type="checkbox"/>	Temporal en formación	<input type="checkbox"/>
	Duración determinada (Temporal, eventual, etc.)	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Has estado de baja en los últimos 12 meses	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Cuál ha sido el motivo de la baja?	Estrés	<input type="checkbox"/>	Drogas	<input type="checkbox"/>
	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Otras adicciones	<input type="checkbox"/>
	Depresión	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>

Lee cada una de las siguientes cuestiones y marca con un X la opción que mejor refleje TUS CONDICIONES EN EL TRABAJO .	1. No / Nunca	2. A veces	3.-A menudo	4.- Sí / siempre
AMBIENTE FÍSICO				
Las condiciones físicas de mi puesto de trabajo (ruido, iluminación, ventilación...) son adecuadas				
CONTENIDO DEL TRABAJO				
El trabajo que se realiza es lo suficientemente variado				
Para realizar mi trabajo la cantidad de información (órdenes de trabajo, datos de trabajo...) que manejo es la adecuada				
El trabajo que realizo es complejo y/o difícil				
Me informan de los resultados de las tareas que realizo				
Mi trabajo es poco importante				
Mi trabajo me permite seguir aprendiendo				
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO				
Tengo la posibilidad de marcar mi propio ritmo de trabajo				
Puedo hacer pausas para descansar cuando lo necesito				
Puedo influir en la organización de mi trabajo				

Tengo que mantener una alta atención para realizar mi trabajo				
Mi trabajo me exige controlar continuamente mis emociones				
DEFINICIÓN DE ROL				
Las tareas, funciones y procedimientos que debo realizar están claramente definidas				
Puedo llevar a cabo las tareas que me competen				
Con frecuencia se producen cambios laborales sin mi conocimiento				
Esperan que haga aquello que no puedo o no quiero hacer				
Tengo que realizar tareas que creo que podrían hacerse de otra manera				
Acostumbro a recibir órdenes o instrucciones contradictorias				
RELACIONES INTERPERSONALES				
Tengo la posibilidad de hablar con mis compañeros/as durante la realización de mis tareas				
Las relaciones entre compañeras/os son de apoyo y respeto mutuo				
Las relaciones con los jefes son de apoyo y respeto mutuo				
Las relaciones dentro del grupo son de apoyo y respeto mutuo				
ADECUACIÓN SUPERVISIÓN-PARTICIPACIÓN				
Hay una supervisión inadecuada o insuficiente				
El control que realizan las y los superiores del trabajo (ritmo, horarios, resultados, ...) es adecuado				
Desde la dirección se permite y fomenta que las y los trabajadores participemos y/o hagamos sugerencias sobre el trabajo				
AJUSTE PERSONA PUESTO				
Mi nivel de formación se corresponde con las tareas que tengo encomendadas				

Lee cada una de las siguientes cuestiones y marca con un X la opción que mejor refleje LAS CARACTERÍSTICAS DE TU EMPRESA.	1. No / Nunca	2. A veces	3.-A menudo	4.- Sí / siempre
ENFOQUE EN DIRECCIÓN				
Se trabaja en base a una planificación coherente				
El personal es insuficiente para cumplir con las tareas				
Se produce papeleo excesivo				
Tengo compañeros de trabajo que no cumplen con sus funciones				
CULTURA DE JUSTICIA Y RECONOCIMIENTO				
Existe igualdad de oportunidades entre las y los trabajadores				
El trato que reciben las y los trabajadores es correcto				
Se vulneran los derechos laborales				
Las recompensas (salarios, promociones, ...) son justas y equitativas, atendiendo a los méritos de cada uno				
Se reconoce y valora el trabajo que realiza cada uno a partir de criterios objetivos y transparentes				
Las personas a las que tengo que atender reconocen los esfuerzos que se hacen por ellas				

CLIMA ORGANIZACIONAL DE APOYO Y COMUNICACIÓN				
La comunicación con el equipo directivo es idónea				
La Dirección del Centro es receptiva a las necesidades de las y los trabajadores				
Se nos sabe motivar en nuestro trabajo				
Mis superiores inmediatos están dispuestos a escuchar y a ayudar cuando se				
Si tienes problemas familiares, urgencias médicas,..., tienes la posibilidad de ausentarte del trabajo				
OPORTUNIDAD DESARROLLO PROFESIONAL				
Aquí me ofrecen oportunidades para desarrollarme profesionalmente				
Se oferta formación que me permite mejorar en mi trabajo				
La promoción se realiza de forma justa y objetiva				

Lee cada una de las siguientes cuestiones y marca con un X la opción que mejor recoge tus impresiones sobre TU SITUACIÓN ACTUAL LABORAL .	1.- Nada de acuerdo	2.- Algo de acuerdo	3.- Bastante de acuerdo	4.- Totalmente de acuerdo
SEGURIDAD LABORAL				
Siento inseguridad (económica, ...) respecto a mi puesto de trabajo				
Siento inseguridad por las condiciones laborales de mi sector				
Me preocupa que me cambien las condiciones de contratación				
En los próximos meses continuaré en mi empleo actual				
CONCILIACIÓN VIDA LABORAL-PERSONAL				
Tengo dificultades para conciliar la vida familiar y laboral				
Mis responsabilidades laborales perjudican mi vida familiar				
Tener personas que dependen de mí limita mi mejora profesional				

Lee cada una de las siguientes cuestiones y marca con un X la opción que consideres que representa con mayor exactitud lo que sucede EN TU EMPRESA .	SI	NO	NO SÉ
ACTIVIDAD PREVENTIVA			
La empresa ha realizado la Evaluación de Riesgos Laborales			
Se ha efectuado una Evaluación de Riesgos Psicosociales			
Se han puesto en marcha medidas para prevenir los riesgos psicosociales			
He recibido información en materia de prevención de riesgos laborales			
He recibido formación en materia de prevención de riesgos laborales			
Se realiza periódicamente la vigilancia de la salud de los trabajadores			

Señala en qué medida has padecido, <u>en los últimos meses</u> , alguno de los siguientes problemas de salud .	1.- No / Nunca	2.- A veces	3.- A menudo	4.- Sí / Siempre
DAÑOS FÍSICOS				
Problemas musculares (dolores en cuello, hombros, espalda, piernas; temblores; tartamudeo; hinchazón; sensación hormigueo, ...)				
Molestias cardiovasculares (palpitaciones, dolor u opresión en el pecho, hipertensión...)				
Molestias digestivas o estomacales				
Dolores de cabeza (cefalea), vértigos o mareos				
Problemas respiratorios (siente que se ahoga, que le falta el aire, ...)				
Cansancio, sensación de fatiga (física, visual, ...)				
DAÑOS MUSCULARES				
Trastornos alimentarios (falta de apetito, alimentación compulsiva, vómitos,...)				
Cambios de humor bruscos, impaciencia e irritabilidad				
Alteraciones del sueño (insomnio, despertar nocturno, dificultad para levantarse, dificultad para permanecer dormido, ...)				
Abuso de drogas				
DAÑOS PSICOLÓGICOS				
Estrés				
Problemas de pareja y/o sexuales				
Dificultades de concentración y/o de memoria				
Ansiedad Crónica				
Sensación de aislamiento o soledad				
Crisis de pánico				
Depresión				
Sentimiento de fracaso, pérdida de autoestima, o apatía				
DAÑOS SOCIALES				
Mi trabajo está afectando mis relaciones familiares y personales				
Las personas más cercanas dicen que me sacrifico demasiado por mi trabajo				
El desajuste entre trabajo y compromisos personales me generan problemas que afectan a mi salud				
ACOSO LABORAL				
Se aísla, social y físicamente, a ciertas personas				
Se critica la vida privada de algunos trabajadores				
Se ha amenazado verbalmente (ej. Insultos, ofensas, gritos) a algunas personas				
Se producen o han producido agresiones físicas por parte de mandos, compañeros, clientes,....				
Se desprestigia y desacredita la capacidad profesional y laboral de ciertos trabajadores				
Se producen situaciones de conflicto y/o tensión entre los trabajadores por motivos laborales				
Se han producido agresiones sexuales				

Señala con una X la opción que mejor refleja tu estado anímico en relación a tú trabajo.	1.- No / Nunca	2.- A veces	3.- A menudo	4.- Sí / Siempre
ESTADO ANÍMICO NEGATIVO				
Me supone un gran esfuerzo incorporarme al trabajo cada día				
Me cuesta olvidar los problemas del trabajo				
Me siento emocionalmente 'desgastado', agotado por mi trabajo				
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa				
Siento que me he hecho más duro con la gente				
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión				
BAJA LABORAL				
¿Consideras que tu trabajo perjudica tu salud?				
ESTADO ANÍMICO POSITIVO				
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo				
Me siento con mucha energía en mi trabajo				
Siento satisfacción como profesional, en mi trabajo				
Siento satisfacción con el reconocimiento que tengo en mi empresa sobre mi trabajo				
Mi trabajo me permite realizarme				
En mi trabajo me siento de buen humor				

Marca con un X la opción que represente con mayor exactitud la realidad de tu empresa.	1.- No / Nunca	2.- A veces	3.- A menudo	4.- Sí / Siempre
PÉRDIDA DE TALENTO				
Existe una elevada rotación en mi centro de trabajo				
He sentido impulsos de abandonar esta empresa				
Tengo compañeros poco motivados				
Experimento actitudes negativas hacia la institución				
Menor capacidad de trabajo				
	1.- Nada de acuerdo	2.- Algo de acuerdo	3.- Bastante de acuerdo	4.- Totalmente de acuerdo
SALUD ORGANIZACIONAL POSITIVA				
Se trabaja con calidad y excelencia				
Los resultados de la empresa van a mejor, año a año				
Las condiciones de trabajo han ido mejorando con el tiempo				
Las contribuciones de los trabajadores son cada vez mejores				
Los trabajadores sentimos que formamos parte de la empresa				
Hay un ambiente laboral agradable entre compañeros				

De las siguientes situaciones señala cuáles se dan en tu trabajo y te producen angustia	1.- No / Nunca	2.- A veces	3.- A menudo	4.- Sí / Siempre
CONFLICTIVIDAD				
Insultos personales entre colegas				
Conflictos con otros departamentos				
Conflictos con clientes				
Conflictos con superiores				
Conflictos con proveedores				