



Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales  
ICADE

**SALUD MENTAL EN EL ENTORNO  
LABORAL: ANÁLISIS DEL  
CONTEXTO ESPAÑOL Y  
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN  
ORGANIZACIONAL**

Autor: Cristina Herrero Muñoz  
Director: Antonio Javier Ramos Llanos

MADRID | Marzo, 2026

## RESUMEN

La salud mental en el entorno laboral ha dejado de ser una preocupación individual para consolidarse como un reto estructural, con implicaciones económicas, organizativas y sociales consideradas clave para el buen funcionamiento de una corporación.

Este Trabajo de Fin de Grado analiza de forma integral la salud mental en el entorno laboral español abordando cuatro ejes fundamentales: los factores psicosociales y los trastornos emocionales de mayor prevalencia, los costes organizacionales derivados de su inadecuada gestión, las estrategias actuales de promoción del bienestar y el diseño de un modelo de actuación aplicable a diferentes empresas.

El análisis evidencia que las condiciones laborales como la carga de trabajo, el estilo de liderazgo, la autonomía o la estabilidad del empleo actúan como determinantes directos del bienestar psicológico, generando un impacto que trasciende el plano individual y afecta a variables clave como la productividad, el absentismo o la rotación.

Finalmente, se presenta el programa CUIDA(r), un modelo de intervención estructurado en cinco fases progresivas que integra medidas preventivas, protocolos de actuación e indicadores de evaluación. El trabajo concluye que la integración estratégica de la salud mental en la gestión empresarial no solo mejora el desempeño organizativo, sino que contribuye a la sostenibilidad y competitividad a largo plazo.

**Palabras clave:** salud mental, riesgos psicosociales, bienestar laboral, prevención, productividad, impacto económico, intervención organizacional.

## ABSTRACT

Mental health in the workplace has evolved from individual concern to a structural challenge, with economic, organizational and social implications that are key to the proper functioning of organizations.

This Bachelor's Thesis provides a comprehensive analysis of the relationship between mental health and the Spanish labor market, focusing on four main areas: psychosocial factors and the most prevalent emotional disorders, the organizational costs derived from their inadequate management, current strategies for promoting well-being, and the design of an original intervention proposal.

The analysis shows that working conditions, such as workload, leadership style, autonomy and job stability, act as direct determinants of psychological well-being, generating impacts that go beyond the individual level and affect key variables such as productivity, absenteeism and employee turnover. In this context, the study demonstrates that investing in mental health not only responds to ethical considerations but also represents an economically efficient decision for organizations.

Finally, the CUIDA(r) program: Awareness, Unity, Intervention, Detection and Action is presented as a structured intervention model developed in five progressive phases, integrating preventive measures, action protocols and evaluation indicators. The study concludes that the strategic integration of mental health into business management not only improves organizational performance but also contributes to long-term sustainability and competitiveness.

**Keywords:** mental health, psychosocial risks, workplace well-being, prevention, productivity, economic impact, organizational intervention.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
1.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DE SU ESTUDIO ..	8
1.2 OBJETIVOS.....	8
1.3 METODOLOGÍA EMPLEADA.....	9
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
2.1 CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN EL ENTORNO LABORAL.....	11
2.2 MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS.....	12
2.2.1 El modelo de demandas y control de Karasek .....	12
2.2.2 El modelo de demandas y recursos laborales de Bakker y Demerouti.....	12
2.2.3 El síndrome de <i>burnout</i> : el modelo de Maslach y Jackson .....	13
2.3 EVOLUCIÓN DEL ENFOQUE ORGANIZACIONAL HACIA LA SALUD MENTAL	13
<b>CAPÍTULO 3: SALUD MENTAL EN EL TRABAJO Y PRINCIPALES TRASTORNOS EMOCIONALES .....</b>	<b>16</b>
3.1 RELEVANCIA DE LA SALUD MENTAL EN EL ENTORNO LABORAL .....	16
3.2 COMPARATIVA DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA FRENTE AL CONTEXTO INTERNACIONAL.....	16
3.3 PRINCIPALES TRASTORNOS EMOCIONALES EN EL ÁMBITO LABORAL .....	19
3.3.1 Prevalencia y condiciones laborales.....	19
3.3.2 Otros trastornos de especial relevancia laboral .....	19
3.3.3 Impacto en la incapacidad laboral.....	21
3.3.4 Análisis cuantitativo: distribución por sexo y situación laboral.....	22
<b>CAPÍTULO 4: FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN EL ENTORNO LABORAL.....</b>	<b>25</b>
4.1 DEFINICIÓN Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO .....	25
4.2 SECTORES CON MAYOR INCIDENCIA DE RIESGOS PSICOSOCIALES.....	31
<b>CAPÍTULO 5: COSTES DE LAS ORGANIZACIONES DERIVADOS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL .....</b>	<b>33</b>

5.1 COSTES DERIVADOS DE LA AUSENCIA DE INTERVENCIÓN.....	33
5.2 COSTES DE IMPLEMENTACIÓN Y RETORNO DE LA INVERSIÓN EN SALUD MENTAL .....	35
<b>CAPÍTULO 6: ESTRATEGIAS ACTUALES DE PROMOCIÓN DEL BIENESTAR EN LAS EMPRESAS .....</b>	<b>38</b>
6.1 HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES DE APOYO AL BIENESTAR PSICOLÓGICO .....	38
6.2 AMAZON COMO CASO PRÁCTICO DE PROMOCIÓN DEL BIENESTAR LABORAL .....	39
6.2.1 Ecosistemas de bienestar y recursos de apoyo al empleado .....	39
6.2.2 Principales recursos de bienestar disponibles para empleados de Amazon .....	39
6.2.3 Intervenciones del equipo de trabajadores sociales de Amazon en las regiones del noreste de España durante 2024 .....	40
6.2.4 Volumen de intervenciones y alcance sobre la plantilla.....	41
6.2.5 Tipología de casos: análisis comparado entre centros logísticos.....	43
<b>CAPÍTULO 7: PLAN DE INTERVENCIÓN ORGANIZACIONAL EN SALUD MENTAL. PROGRAMA CUIDA(r).....</b>	<b>45</b>
7.1 INTRODUCCIÓN.....	45
7.2 FASES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN .....	45
7.3 INDICADORES DE ÉXITO.....	48
<b>CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES.....</b>	<b>49</b>
8.1 RESPUESTA A LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	49
8.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	51
8.3 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN .....	51
<b>DECLARACIÓN DEL USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN TRABAJOS DE FIN DE GRADO .....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>54</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Principales costes organizacionales derivados de los problemas de salud mental en el entorno laboral .....	15
<b>Tabla 2.</b> Principales trastornos emocionales en el ámbito laboral: factores y consecuencias. .	20
<b>Tabla 3.</b> Muertes atribuibles a jornadas laborales iguales o superiores a 55 horas semanales (número de fallecimientos). 2000-2016 .....	26
<b>Tabla 4.</b> Estructura de costes organizacionales de los problemas de salud mental en el trabajo (£ y €). 2016-2017 .....	34
<b>Tabla 5.</b> Ejemplo de aplicación del ROI en una empresa mediana de 200 empleados.....	37
<b>Tabla 6.</b> Intervenciones totales registradas y porcentaje de trabajadores atendidos sobre la plantilla total (%). 2024. ....	41
<b>Tabla 7.</b> Sistema de indicadores de evaluación del programa CUIDA(r) por fases de intervención.....	48

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Comparativa europea del índice global de respuestas en salud mental (índice sobre 10). 2023.....	17
<b>Gráfico 2.</b> Crecimiento de incapacidades temporales por patología en España (puntos porcentuales, pp). 2018-2023.....	21
<b>Gráfico 3.</b> Severidad de la sintomatología depresiva en hombres según su situación laboral (miles de personas). 2020.....	22
<b>Gráfico 4.</b> Severidad de la sintomatología depresiva en mujeres según su situación laboral (miles de personas). 2020.....	23
<b>Gráfico 5.</b> Comparación de muertes atribuibles a jornadas laborales iguales o superiores a 55 horas semanales por patología (número de fallecimientos). 2000-2016.....	27
<b>Gráfico 6.</b> Predictores psicosociales de problemas de salud mental (coeficientes $\beta$ estandarizados). 2023.....	29
<b>Gráfico 7.</b> Distribución porcentual de los costes empresariales asociados a la salud mental (%). 2016-2017.....	34
<b>Gráfico 8.</b> Intervenciones totales registradas y porcentaje de trabajadores atendidos sobre plantilla total (%). 2024. ....	42
<b>Gráfico 9.</b> Distribución de las principales problemáticas psicológicas atendidas en los centros logísticos BCN1, BCN4, ZAZI (%). (2024). ....	44

## **LISTADO DE ACRÓNIMOS**

**BOE:** Boletín Oficial del Estado

**CCOO:** Comisiones Obreras

**CIE-11:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.<sup>a</sup> edición

**EAP:** Employee Assistance Program (Programa de Asistencia al Empleado)

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**INSST:** Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

**MHFA:** Mental Health First Aid (Primeros Auxilios en Salud Mental)

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PA:** Personas Atendidas

**PT:** Plantilla Total

**PP:** Puntos Porcentuales

**PHQ-8:** Patient Health Questionnaire-8 (Cuestionario de Salud del Paciente)

**PIB:** Producto Interior Bruto

**PRL:** Prevención de Riesgos Laborales

**ROI:** Return on Investment (Retorno sobre la Inversión)

**RRHH:** Recursos Humanos

**TFG:** Trabajo de Fin de Grado

**TIR:** Tasa Interna de Retorno

**UGT:** Unión General de Trabajadores

**UE:** Unión Europea

**VAN:** Valor Actual Neto

**WHO:** World Health Organization

# **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

## **1.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DE SU ESTUDIO**

El mercado laboral ha atravesado profundas transformaciones durante la última década, impulsadas por la automatización, la digitalización, el auge del teletrabajo y la creciente competitividad entre las organizaciones. Estos cambios no solo han redefinido la forma en la que trabajamos, sino también las demandas y presiones que recaen sobre los trabajadores, situando la salud mental como una prioridad ineludible en el contexto organizacional.

Tradicionalmente la salud mental ha estado relegada a un segundo plano en el ámbito laboral, considerada una cuestión estrictamente individual y ajena a la responsabilidad de las entidades. Sin embargo, en los últimos años ha emergido como un elemento central del desarrollo empresarial y el bienestar laboral. El bienestar emocional de los trabajadores influye directamente en su rendimiento, compromiso y productividad. Aun así, los problemas de salud mental siguen representando uno de los desafíos más significativos para las empresas modernas.

En este sentido, comprender la magnitud del problema implica no solo analizar sus causas, sino también las consecuencias económicas y organizacionales. Los problemas de salud mental representan hoy una de las principales causas de incapacidad laboral en España, con un impacto económico que se refleja en el absentismo, el presentismo, la rotación de personal y el deterioro del clima organizacional. A pesar de esto, la integración explícita de la salud mental como prioridad estratégica en las empresas españolas sigue siendo desigual, lo que pone de manifiesto la necesidad de avanzar hacia modelos de gestión más completos y preventivos.

## **1.2 OBJETIVOS**

Esta investigación trata de ofrecer un análisis integral y multidisciplinar de la salud mental en el entorno laboral español. Los objetivos específicos que guían la investigación son los siguientes:

1. Analizar los factores psicosociales del entorno laboral y los trastornos emocionales más frecuentes entre los trabajadores.
2. Estudiar los costes organizacionales derivados de los problemas de salud mental y su repercusión en el desempeño empresarial.
3. Evaluar las estrategias y modelos actuales de promoción del bienestar emocional en las organizaciones.
4. Diseñar un plan de intervención con medidas preventivas, protocolos de actuación e indicadores de seguimiento y evaluación.

### 1.3 METODOLOGÍA EMPLEADA

El presente Trabajo de Fin de Grado se ha basado principalmente en una revisión de la literatura académica, con el objetivo de ofrecer una visión completa de la salud mental en el entorno laboral en España.

En primer lugar, se ha realizado una revisión de fuentes académicas e informes institucionales que proceden de organismos nacionales e internacionales, lo que ha permitido identificar los principales factores psicosociales, los trastornos emocionales más prevalentes y su impacto en el ámbito organizacional.

Además, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de datos secundarios para contextualizar la magnitud del problema en España, donde se han incorporado indicadores relacionados con la prevalencia de trastornos mentales y las incapacidades laborales temporales. De forma complementaria, se ha incluido un análisis de la empresa Amazon España, lo que permite complementar el trabajo con una perspectiva práctica y enfocada en una empresa concreta.

Por último y como aportación final del trabajo, se ha diseñado una propuesta de intervención organizacional orientada a la prevención y gestión de los riesgos psicosociales en el entorno laboral, con el objetivo de reducir tanto el impacto sobre el bienestar de los trabajadores como los costes asociados para las corporaciones. Esta propuesta se apoya en una visión interdisciplinar derivada de la experiencia como estudiante de Psicología y Administración y Dirección de Empresas, integrando un análisis del comportamiento humano con la perspectiva estratégica y estructural propia del ámbito empresarial.

## 1.4 ESTRUCTURA

El trabajo se estructura en los siguientes capítulos:

1. Introducción (Capítulo 1): presenta el contexto general en el que se sitúa la investigación, destacando la creciente relevancia de la salud mental en el ámbito laboral. Además, en esta parte se justifica el interés de estudio, se formulan los objetivos y se describe el enfoque metodológico adoptado.
2. Marco teórico (Capítulo 2): recoge fundamentos conceptuales necesarios para el desarrollo del trabajo, abordando la salud mental desde una perspectiva laboral e identificando los principales factores psicosociales y las alteraciones emocionales más frecuentes.
3. Salud mental en el entorno laboral (Capítulo 3): examina cómo es la situación actual en el contexto español, apoyándose en datos e indicadores que permiten comprender la evolución del fenómeno y su relevancia en comparación con otros países.
4. Factores de riesgo psicosocial (Capítulo 4): analiza los diversos elementos del entorno de trabajo que afectan negativamente al bienestar psicológico, así como aquellos sectores donde estos riesgos se presentan con mayor incidencia.
5. Costes organizacionales (Capítulo 5): estudia las consecuencias que los problemas de salud mental generan en las empresas, enfatizando variables como la pérdida de productividad, el absentismo o la rotación de personal.
6. Estrategias de bienestar y caso práctico (Capítulo 6): revisa las principales iniciativas orientadas a mejorar el bienestar de los empleados e incorpora un análisis aplicado que ilustra su implementación en un contexto empresarial real.
7. Propuesta de intervención y conclusiones (Capítulos 7 y 8): expone el programa CUIDA(r), diseñado para la prevención y gestión de los riesgos psicosociales y recoge las principales conclusiones derivadas del estudio.

## CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

### 2.1 CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN EL ENTORNO LABORAL

La salud mental constituye uno de los pilares fundamentales del bienestar humano y del funcionamiento de las empresas. La Organización Mundial de la Salud entiende la salud mental no solo como la ausencia de trastornos, sino como un estado de bienestar en el que la persona es capaz de desarrollar sus capacidades, afrontar el estrés cotidiano, trabajar de forma productiva y contribuir activamente a su comunidad (OMS, 2022). Esta definición es especialmente relevante en el contexto laboral, ya que el trabajo constituye uno de los lugares principales de socialización y desarrollo personal en la vida adulta.

El entorno laboral puede actuar como factor protector y como factor de riesgo para la salud mental. Cuando las condiciones de trabajo son favorables, donde se promueve la autonomía, el apoyo social, el reconocimiento y la claridad del rol, el trabajo contribuye a la creación del bienestar psicológico y al desarrollo personal. Por el contrario, cuando estas condiciones son adversas, pueden desencadenar o intensificar trastornos emocionales existentes con consecuencias significativas tanto para el trabajador como para la organización (LaMontagne et al., 2014). La evidencia científica ha demostrado que factores como el desequilibrio esfuerzo-recompensa, la baja justicia organizacional y las altas demandas psicológicas incrementan el riesgo de padecer un trastorno mental entre un 60% y un 90% (Van der Molen et al., 2020)

Los factores psicosociales presentes en el entorno laboral, entendidos como las condiciones relacionadas con la organización del trabajo, el contenido y la carga de las tareas, así como las relaciones interpersonales, constituyen algunos de los principales determinantes del bienestar emocional de los trabajadores. Si estos factores se vuelven adversos, se convertirán en desencadenantes de malestar psicológico con consecuencias tanto individuales como organizacionales. En un metaanálisis de Niedhammer et al. (2021), se integraron 72 revisiones sistemáticas que confirmaron que las asociaciones entre factores psicosociales laborales y trastornos mentales son muy significativas y de mayor magnitud que las observadas para enfermedades cardiovasculares. Esto pone de manifiesto la importancia de este problema en el ámbito de la salud pública y empresarial.

## 2.2 MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS

Con el objetivo de comprender los mecanismos a través de los cuales las condiciones laborales afectan a la salud mental de los trabajadores, se exponen los tres modelos de mayor relevancia y aplicación en el ámbito de la psicología del trabajo y las organizaciones.

### 2.2.1 El modelo de demandas y control de Karasek

Uno de los modelos que más influye en el estudio del estrés laboral es el modelo de demandas y control de Karasek. Se planteó que el estrés en el trabajo no depende únicamente de las exigencias a las que se enfrenta el trabajador, sino de la combinación entre dichas demandas y el grado de control o autonomía que este tiene sobre su propio trabajo. Las situaciones que conllevan un mayor riesgo para la salud mental son aquellas en las que coexisten altas demandas laborales con un bajo nivel de control, lo que el propio autor denominó “trabajo de alta tensión”. En cambio, cuando el trabajador dispone de autonomía suficiente, el impacto negativo de las demandas se reduce considerablemente (Karasek, 1979).

Posteriormente se amplió este modelo incorporando el apoyo social como tercera dimensión, ya que Johnson y Hall reconocieron que el respaldo por parte de compañeros y superiores actúa como un factor amortiguador del estrés laboral, especialmente cuando se trata de un contexto de alta tensión (Johnson & Hall, 1988).

### 2.2.2 El modelo de demandas y recursos laborales de Bakker y Demerouti

El modelo de demandas y recursos laborales consta de una evolución y ampliación de los modelos anteriores. Baker y Demerouti establecieron que cualquier característica del entorno laboral podía clasificarse en dos grandes categorías. Por una parte, existen las demandas laborales, entendidas como los aspectos físicos, psicológicos o sociales del trabajo que requieren un esfuerzo sostenido y, por otra parte, existen los recursos laborales definidos como aquellos aspectos que facilitan el logro de objetivos, reducen demandas y estimulan el crecimiento personal y profesional (Bakker & Demerouti, 2007).

Estos autores demostraron cómo las demandas elevadas y la escasez de recursos activan un proceso de deterioro de la salud que puede desembocar en agotamiento emocional,

pudiendo desembocar en el síndrome de *burnout*. En cambio, la disponibilidad de recursos laborales activa un proceso motivacional que favorece el compromiso, la satisfacción y el bienestar psicológico del trabajador (Bakker & Demerouti, 2007).

### 2.2.3 El síndrome de *burnout*: el modelo de Maslach y Jackson

El síndrome de *burnout* o síndrome de desgaste profesional fue conceptualizado por Maslach y Jackson, quienes lo definieron como una respuesta prolongada al estrés crónico en el trabajo. Este síndrome está caracterizado por tres dimensiones que son el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción de la realización personal (Maslach & Jackson, 1981).

El agotamiento emocional se relaciona con la sensación de sentirse emocionalmente exhausto por las demandas del trabajo, sin recursos internos para seguir respondiendo a las exigencias del entorno. Por otro lado, la despersonalización se manifiesta como una actitud de distanciamiento, cinismo o frialdad hacia las personas de tu entorno con las que se trabaja, que funciona como un mecanismo de defensa ante el agotamiento. Por último, la reducción de la realización personal implica una valoración negativa de la propia competencia y los logros profesionales, lo que conlleva una pérdida significativa de motivación y compromiso (Maslach & Jackson, 1981).

Los autores señalaron que su impacto organizacional es enorme ya que se asocia con elevados niveles de absentismo, rotación de personal, disminución de la productividad y deterioro del clima laboral (Maslach & Leiter, 2016).

## 2.3 EVOLUCIÓN DEL ENFOQUE ORGANIZACIONAL HACIA LA SALUD MENTAL

La percepción empresarial respecto a la salud mental en el entorno laboral ha cambiado de manera profunda a lo largo de las últimas décadas. Tradicionalmente, los centros de trabajo centraban su enfoque en la productividad, en el control absoluto de procesos y la eficiencia operativa, mientras que el bienestar psicológico de los trabajadores se consideraba una cuestión individual, ajena a la responsabilidad empresarial.

Sin embargo, las prácticas organizativas modernas han conseguido impulsar un giro progresivo hacia enfoques más integrales y preventivos. Se ha puesto de manifiesto la

necesidad de avanzar hacia modelos de intervención que identifiquen y gestionen los factores organizativos que son capaces de prevenir o mitigar los problemas de salud mental antes de que se conviertan en daños graves. Estos nuevos enfoques reconocen que las condiciones de trabajo, la distribución de las tareas, el estilo de liderazgo y el clima laboral desempeñan un papel determinante en la salud mental de los empleados, por lo que la prevención debe abordarse desde una perspectiva sistémica y no únicamente individual (LaMontagne et al., 2014).

En este sentido, la OMS publicó en 2022 unas guías específicas sobre salud mental en el trabajo que establecen recomendaciones concretas para que las instituciones desarrollen entornos laborales que protejan y promuevan el bienestar psicológico de los trabajadores (OMS, 2022).

Tradicionalmente las empresas se habían limitado a ofrecer un apoyo puntual a sus empleados cuando el problema ya era grave y estaba instalado, sin abordar sus causas profundas ni el contexto laboral que las generaba. La literatura internacional señala que es esencial que los altos directivos reconozcan cómo la salud mental influye directamente en la productividad, innovación, compromiso y sostenibilidad del negocio (Ballard et al., 2025).

Esta evolución tan positiva no ha ocurrido en el vacío, ya que está influenciada por cambios sociales mucho más amplios, empezando por la gran difusión que ha habido del concepto de salud mental como bienestar y no solo como ausencia de enfermedad mental. Es necesario desarrollar políticas internas como la implementación de horarios flexibles, programas de asistencia al empleado y medidas que contribuyan a reducir el estrés y mejorar la satisfacción laboral. Además, la formación de mandos intermedios que sepan identificar señales de malestar, normalizar las conversaciones sobre salud mental y fomentar la intervención temprana se consolida como un elemento clave de los enfoques más avanzados (Memish et al., 2024).

Es esencial que cada empresa fomente un cambio cultural orientado a la apertura y la eliminación del estigma en torno a la salud mental, para que todas las iniciativas puedan tener un impacto real y sostenido a largo plazo. Si no existe este cambio cultural, las intervenciones puntuales tienden a quedarse en la superficie sin generar reestructuraciones profundas.

## 2.4 COSTES DERIVADOS DE LA SALUD MENTAL

Más allá del impacto individual, las problemáticas relacionadas con la salud mental generan consecuencias económicas y operativas de gran alcance para las compañías. Parsonage y Saini (2017) estimaron que los costes asociados se manifiestan principalmente en forma de absentismo, presentismo y rotación de personal.

**Tabla 1.** Principales costes organizacionales derivados de los problemas de salud mental en el entorno laboral.

COSTE	DESCRIPCIÓN	IMPACTO EN LA EMPRESA
Absentismo laboral	Bajas médicas prolongadas por ansiedad, depresión o estrés.	Aumento de los costes salariales y reducción de la productividad.
Presentismo	Asistencia al trabajo con malestar psicológico.	Disminución del rendimiento individual.
Rotación de personal	Abandono del puesto debido al desgaste emocional.	Costes de selección, formación y pérdida de talento.
Deterioro del clima laboral	Conflictos, desmotivación, bajo compromiso.	Menor cohesión y eficacia de los equipos.
Pérdida de innovación	Falta de implicación y creatividad.	Menor competitividad organizacional.

*Fuente.* Elaboración propia a partir de Parsonage y Saini (2017).

Como se observa en la Tabla 1, los problemas de salud mental no solo afectan al bienestar individual de los trabajadores, sino que generan costes significativos para las organizaciones. Estos costes impactan directamente en indicadores clave del desempeño laboral, como la productividad, la eficiencia operativa, la retención del talento y la capacidad de innovación.

En los Países Bajos, las enfermedades relacionadas con el estrés laboral que incluyen principalmente el *burnout* representan una de las principales causas de absentismo. El coste es aproximadamente 20.000 euros por trabajador de baja laboral y un impacto económico que asciende a miles de millones de euros anuales para las empresas (Wolvetang et al., 2022).

## **CAPÍTULO 3: SALUD MENTAL EN EL TRABAJO Y PRINCIPALES TRASTORNOS EMOCIONALES**

### **3.1 RELEVANCIA DE LA SALUD MENTAL EN EL ENTORNO LABORAL**

En 2019, se estimó que aproximadamente el 15% de los adultos en edad de trabajar presentaba algún trastorno mental, siendo la depresión y la ansiedad las principales causas de disminución de la productividad a nivel mundial, con una pérdida estimada de 12.000 millones de días de trabajo al año y un coste económico de un billón de dólares anuales (OMS, 2024).

Estos problemas no solo generan absentismo, sino también presentismo, entendido como la asistencia al trabajo en condiciones de malestar psicológico que conlleva la reducción significativa del rendimiento individual (Parsonage & Saini, 2017).

Si bien España cuenta con un marco normativo que reconoce la importancia de la prevención de riesgos laborales, la integración explícita de la salud mental como prioridad en las empresas sigue siendo desigual. Si comparamos España con otros países europeos, persiste una dificultad para identificar, prevenir y abordar los riesgos psicosociales que afectan al trabajador, lo que refuerza la necesidad de ir avanzando hacia modelos de gestión más alineados con las recomendaciones internacionales de la OMS.

### **3.2 COMPARATIVA DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA FRENTE AL CONTEXTO INTERNACIONAL**

Es importante analizar cómo se encuentra España en relación con otros países europeos para poder identificar qué aspectos están bien desarrollados y cuáles requieren mejoras, con el objetivo de aproximarse a las prácticas implementadas por aquellos países que actúan como referentes internacionales en materia de salud mental.

Un estudio de Arango et al. (2025) analiza la capacidad de respuesta de los países europeos frente a las necesidades de salud mental en diferentes ámbitos, basándose en 54 indicadores clave que abarcan dimensiones como políticas públicas, recursos disponibles, programas de prevención e iniciativas orientadas a promover el bienestar psicológico en entornos laborales, educativos y sociales. Este estudio incluye un total de 27 países pertenecientes a la Unión Europea y al Reino Unido, evaluando a cada uno de ellos en

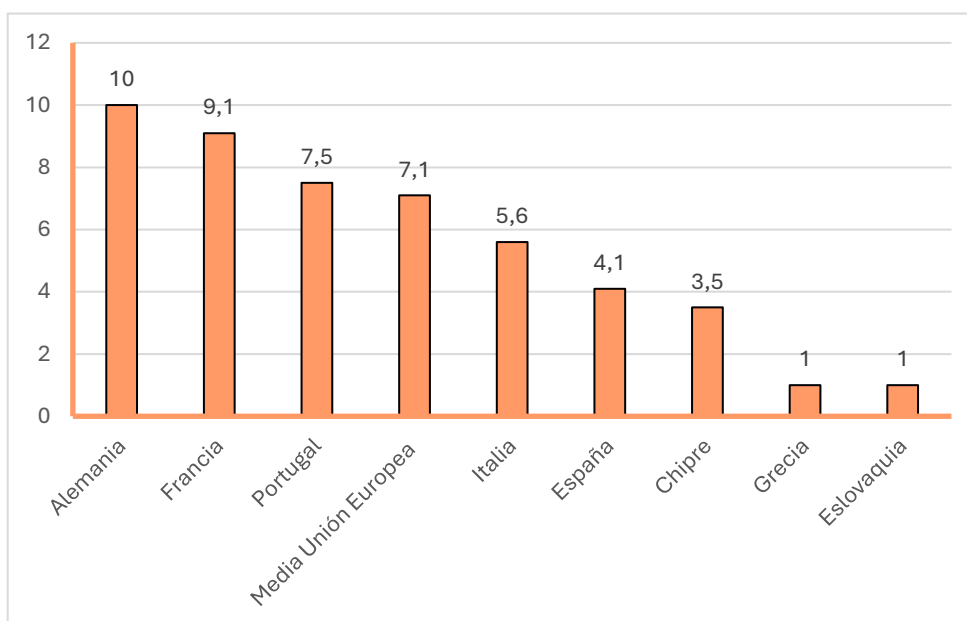
una escala de 1 (peor desempeño) a 10 (mejor desempeño). Este estudio permite establecer comparaciones y detectar diferencias significativas en cuanto a las estrategias y políticas aplicadas en cada país.

En lo referente al entorno laboral, se evalúan seis indicadores clave: la brecha salarial entre personas con y sin trastorno mental, la tasa de empleo de personas con enfermedades mentales, las prestaciones por baja laboral y por desempleo, la calidad del empleo y la disponibilidad de programas de promoción de la salud mental en las empresas.

Específicamente, España obtiene una puntuación de 4,1 sobre 10 en el subíndice de entornos laborales, situándose por debajo de la media europea, que alcanza un 7,1. Esta diferencia explica el margen de mejora en áreas como la prevención de riesgos psicosociales, la implementación de programas de bienestar mental en empresas y el apoyo continuado a trabajadores con problemas psicológicos.

De acuerdo con el estudio, la brecha se hace aún más notoria cuando comparamos nuestra puntuación con la de países que lideran este ámbito como Alemania (10,0) o Francia (9,1), cuyas políticas cuentan con estrategias sistemáticas para promover el bienestar psicológico en el entorno laboral.

**Gráfico 1.** Comparativa europea del índice global de respuestas en salud mental (índice sobre 10). 2023.



Fuente. Elaboración propia a partir de Arango et al. (2025).

Resulta especialmente significativo que países que se encuentran geográficamente y culturalmente próximos a España, como Portugal (7,5) e Italia (5,6), obtengan puntuaciones considerablemente superiores, lo que evidencia que la brecha no es exclusivamente de los países del norte de Europa, sino que también existe con respecto a países mediterráneos más cercanos al nuestro.

No obstante, la comparativa muestra cómo España no ocupa la peor posición del ranking ya que se posiciona por encima de Chipre, con una puntuación de 3,5. Los países con peor desempeño son Grecia y Eslovaquia, ambos con una puntuación de 1,0 (Arango et al., 2025). En conjunto, este posicionamiento medio-bajo refleja la necesidad de reforzar las iniciativas actuales y avanzar hacia modelos más sólidos y estructurados que permitan reducir la brecha con los países de referencia europeos.

Cabe señalar que el Gráfico 1 no incluye la totalidad de los países analizados en el estudio original, sino una selección de los considerados más relevantes para el análisis comparativo. Se han seleccionado los países líderes, la media europea, los países mediterráneos de referencia, España y los países con menores desempeños, con el objetivo de facilitar una interpretación clara y visual de la posición relativa de nuestro país.

Una de las ventajas de las que podemos aprovecharnos es que, al identificar países europeos con puntuaciones superiores a las de España, podemos tomarlos como referentes para orientarnos hacia la mejora y comprender aún mejor qué tipo de políticas o estrategias podrían resultar más eficaces en el contexto español.

A pesar de este posicionamiento, datos recientes muestran cómo la presencia de programas de apoyo psicológico en las empresas ha aumentado significativamente, fluctuando de un 41% a un 62% en el periodo de un año (Europa Press, 2025). Este avance refleja cómo hay una mayor sensibilidad en el tejido empresarial español hacia la inversión en salud mental. Todavía queda mucho trabajo por delante, ya que la posición de España con respecto a Europa, como se ha visto anteriormente, sigue siendo inferior a la media.

Como conclusión, España experimenta un déficit estructural en políticas de salud mental especialmente en lo relativo al entorno laboral. La baja puntuación obtenida muestra cómo las iniciativas existentes no son suficientes para abordar los riesgos psicosociales emergentes ni para ofrecer un apoyo adecuado a los trabajadores.

### 3.3 PRINCIPALES TRASTORNOS EMOCIONALES EN EL ÁMBITO LABORAL

#### 3.3.1 Prevalencia y condiciones laborales

Diversos estudios epidemiológicos indican que los trastornos mentales más frecuentes entre la población trabajadora son los denominados trastornos mentales comunes y son principalmente la ansiedad y la depresión. Un estudio de Sanderson y Andrews (2006) puntualiza que estos trastornos no psicóticos representan la mayor parte de los problemas de salud mental en el ámbito laboral, siendo estos más prevalentes que los trastornos mentales graves. En el contexto español, el 34% de la población activa padece algún tipo de trastorno mental y un 37% declara sufrir estrés, depresión o ansiedad vinculados con el entorno laboral (UGT, 2024). La depresión constituye el motivo más frecuente de incapacidad laboral de larga duración, con una duración media de 167,9 días (INSST, 2025).

Las condiciones laborales constituyen un factor determinante en la aparición y el mantenimiento de estos trastornos. Alrededor de un 60% de los trabajadores expuestos a condiciones psicosociales negativas reportan síntomas de sufrimiento psíquico (Ministerio de Sanidad, 2024).

Además, existe una gran comorbilidad entre ansiedad y depresión en el contexto laboral. Muchos trabajadores no solo presentan trastornos puros, sino combinaciones de síntomas ansiosos y depresivos, lo que incrementa aún más el impacto negativo sobre el bienestar psicológico y el desempeño laboral. Estos trastornos comunes tienen consecuencias significativas tanto para el trabajador como para la empresa, ya que la ansiedad y depresión se asocian con mayores niveles de absentismo, presentismo y reducción de la productividad (Sanderson y Andrews, 2006).

#### 3.3.2 Otros trastornos de especial relevancia laboral

Más allá de la ansiedad y la depresión, otros trastornos también tienen una presencia significativa en el entorno laboral. El *mobbing* o acoso laboral se define como un conjunto de conductas hostiles, reiteradas y prolongadas en el tiempo, ejercidas por superiores, compañeros o la propia organización, que afectan directamente a la dignidad y la salud psicológica del trabajador (Suco Gómez et al., 2024). En España, la cifra de acoso laboral alcanza el 15% de la población trabajadora, cifra que supera la media europea del 9%

(CCOO, 2022), haciendo que sus víctimas puedan desarrollar estrés postraumático y manifestaciones psicósomáticas de gran impacto.

El síndrome de *burnout*, reconocido desde el 2022 por la CIE-11 como fenómeno vinculado al contexto laboral, presenta una elevada prevalencia. En España, 7 de cada 10 trabajadores han experimentado síntomas de desgaste profesional (Adecco, 2023).

La investigación reciente evidencia una relación directa entre el *mobbing* y el síndrome de *burnout*, ya que el hostigamiento psicológico reiterado actúa como desencadenante del agotamiento emocional, dado que el trabajador acosado experimenta altos niveles de estrés, ausencia de reconocimiento y deterioro de sus relaciones sociales. Esta combinación favorece la aparición de *burnout* e incrementa el riesgo de absentismo y rotación laboral (Suco Gómez et al., 2024).

La manifestación más grave del deterioro de la salud mental laboral es la ideación suicida, que resulta de la interacción entre factores personales y condiciones adversas como el estrés crónico, el *mobbing* o el *burnout* (Niedhammer et al., 2024).

En España se han registrado un total de 3.952 suicidios en 2023, con una media de 11 diarios, lo que evidencia la urgencia de integrar la prevención del riesgo suicida en la gestión de los riesgos psicosociales. En este sentido, diversos estudios apuntan a la influencia de factores laborales en una parte significativa de estos casos (UGT, 2024).

**Tabla 2.** Principales trastornos emocionales en el ámbito laboral: factores y consecuencias.

TRASTORNO	FACTORES LABORALES	CONSECUENCIAS
Ansiedad y depresión	Alta demanda, inseguridad, falta de control.	Dificultades de concentración, bajo rendimiento, absentismo.
<i>Mobbing</i>	Relaciones conflictivas, hostigamiento por parte de superiores o compañeros.	Ansiedad, depresión, insomnio, estrés, rotación laboral.
<i>Burnout</i>	Sobrecarga, estrés crónico, relaciones deterioradas.	Desmotivación, bajo rendimiento, absentismo.
Ideación suicida	Estrés crónico, sobrecarga, <i>mobbing</i> y <i>burnout</i> .	Riesgo de suicidio, aislamiento, impacto organizacional.

*Fuente.* Elaboración propia a partir de Suco Gómez et al. (2024), Maslach & Jackson (1981), Adecco (2023), Niedhammer et al. (2024) y CCOO (2022).

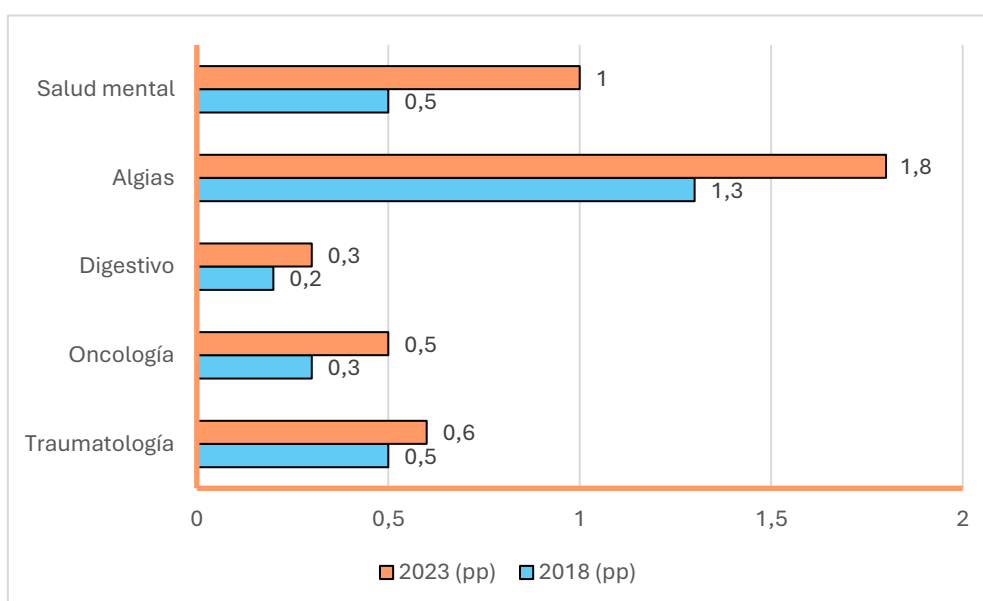
Como se observa, todos los trastornos comparten un origen o agravamiento vinculado con condiciones organizacionales adversas, lo que evidencia la necesidad de una respuesta preventiva desde las compañías.

### 3.3.3 Impacto en la incapacidad laboral

Los trastornos mentales no solo son prevalentes, sino que, en muchas ocasiones, generan bajas laborales de especial gravedad. Durante los primeros nueve meses de 2023, se registraron un total de 468.000 bajas por razones de salud mental en España, siendo su duración media 2,5 veces superior a la del resto del conjunto de diagnósticos de baja laboral (UGT, 2024). Este dato muestra cómo estos problemas de salud mental tienen un carácter crónico, ya que tienden a prolongarse hasta comprometer de forma duradera la capacidad laboral del trabajador.

Un estudio socioeconómico ha determinado que entre 2018 y 2023, la patología que más ha incrementado su contribución de absentismo por incapacidad temporal es la salud mental, pasando de 0,5 a 1,0 puntos porcentuales. El resto de las patologías han crecido de forma mucho más moderada: de 1,3 a 1,8 pp en las algias, la traumatología de 0,5 a 0,6 pp y la oncología de 0,3 a 0,5 pp. En cambio, la salud mental se ha duplicado (Umivale Activa e Ivie, 2025).

**Gráfico 2.** Crecimiento de incapacidades temporales por patología en España (puntos porcentuales, pp). 2018-2023



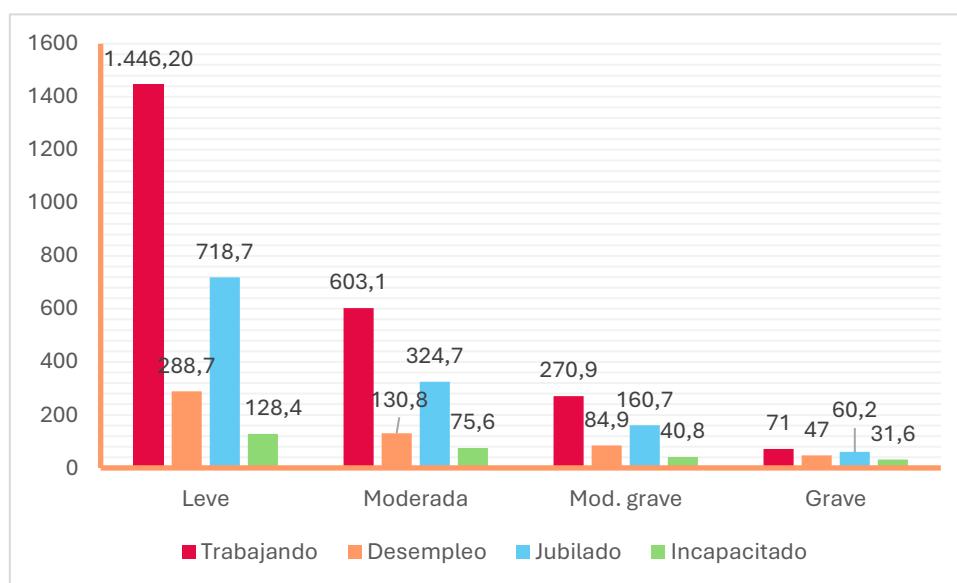
Fuente. Elaboración propia a partir de Umivale Activa / Ivie (2025).

Nota. Los puntos porcentuales (pp) expresan la contribución de cada patología al total de jornadas laborales perdidas por incapacidad temporal en España en cada año analizado. La diferencia entre el valor de 2018 y 2023 refleja el incremento registrado en dicho periodo.

### 3.3.4 Análisis cuantitativo: distribución por sexo y situación laboral

Con el objetivo de ilustrar cuantitativamente la prevalencia de la sintomatología depresiva en la población española en función de la situación laboral y el sexo, se presentan a continuación los Gráficos 2 y 3, elaborados a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (INE,2020). Se recogen cuatro niveles de intensidad depresiva medidos mediante el cuestionario PHQ-8 (Patient Health Questionnaire), una escala de ocho ítems que puntúa de 0 a 24: leve (5-9 puntos), moderada (10-14 puntos), moderadamente grave (15-19 puntos) y grave (20-24 puntos) (Kroenke et al., 2009).

**Gráfico 3.** Severidad de la sintomatología depresiva en hombres según su situación laboral (miles de personas). 2020.



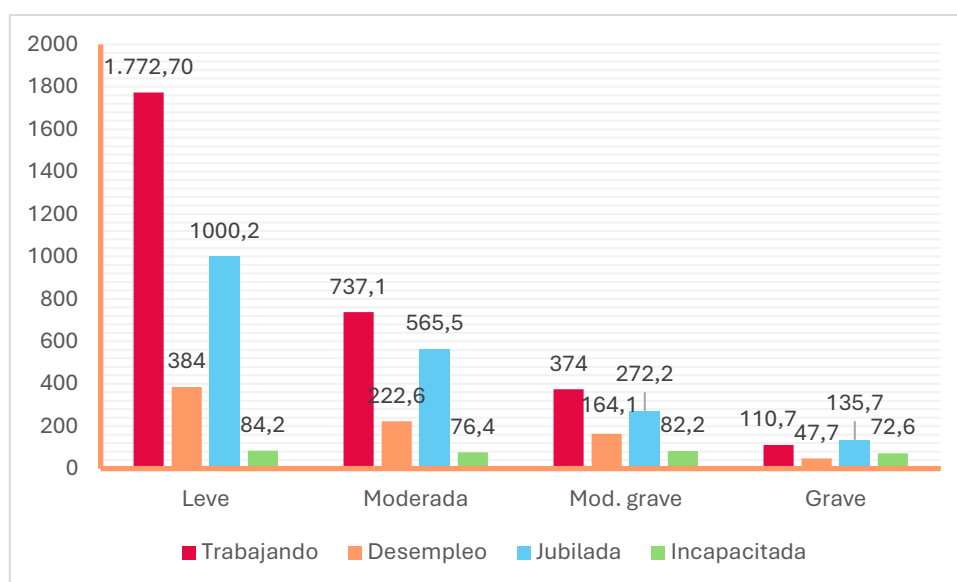
Fuente. Elaboración propia a partir de datos del INE (2020)

Los datos representados en el Gráfico 3 muestran que 1.446.200 hombres en activo presentan síntomas depresivos de intensidad leve. Esta cifra desciende progresivamente hacia las intensidades más graves, pero en ningún caso resultan despreciables. Estos datos muestran cómo el trabajo no nos protege de los problemas de salud mental y refuerzan la necesidad de intervenir dentro del propio entorno organizacional (INE,2020).

En este gráfico destaca el grupo en situación de desempleo, donde los síntomas moderados tienen un peso proporcionalmente elevado, evidenciando la inseguridad laboral sobre la salud mental masculina.

Cabe señalar que los datos correspondientes al año 2020 coinciden con el contexto de la pandemia COVID-19, lo que puede haber influido en una mayor prevalencia de sintomatología depresiva respecto a años anteriores. No obstante, los patrones que se observan reflejan tendencias estructurales que van más allá del impacto puntual de la pandemia.

**Gráfico 4.** Severidad de la sintomatología depresiva en mujeres según su situación laboral (miles de personas). 2020.



*Fuente.* Elaboración propia a partir de datos del INE (2020)

El Gráfico 4 revela unos resultados de especial relevancia. Las mujeres superan a los hombres en todas las categorías de intensidad y en todas las situaciones laborales recogidas. Esta diferencia no puede atribuirse exclusivamente a factores biológicos, ya que la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados actúa como un factor de riesgo añadido, pudiéndose considerar como una doble jornada.

El hallazgo que más llama la atención es el de las mujeres incapacitadas para trabajar, donde la depresión grave alcanza los 72.600 casos, una cifra que se iguala prácticamente a la depresión leve (84.200) (INE, 2020). Este perfil que difiere mucho de las mujeres trabajando apunta a una problemática estructural de detección tardía. El malestar no ha

sido abordado a tiempo en fases tempranas y ha cronificado hasta comprometer la propia capacidad laboral de esta población.

En este gráfico, también es llamativo el dato de las mujeres jubiladas, que presentan 135.700 casos de depresión grave, superando incluso a las trabajadoras en activo (110.700) (INE, 2020). Esto desmiente la creencia de que el cese de la actividad laboral conlleva automáticamente una mejora del bienestar psicológico y pone de manifiesto cómo el trabajo, cuando se desarrolla en condiciones adecuadas, actúa también como factor de protección para la salud mental. Una jubilación implica, más allá del cese de la actividad, la pérdida de la estructura cotidiana, del sentido del rol y de los vínculos sociales que el entorno laboral proporciona. Estos elementos, una vez ausentes, pueden convertirse en factores de vulnerabilidad psicológica significativos.

En conjunto, tanto el gráfico que representa el sexo masculino como el femenino confirman que los problemas de salud mental en el ámbito laboral son prevalentes y deberían ser integrados en las estrategias de gestión de cada organización.

## **CAPÍTULO 4: FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN EL ENTORNO LABORAL**

### **4.1 DEFINICIÓN Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO**

Los riesgos psicosociales en el trabajo se refieren a aspectos del diseño del puesto, la organización, la gestión del trabajo y el contexto social (relaciones, cultura, apoyo, etc.) que pueden convertirse en fuentes de daño cuando se gestionan de manera inadecuada.

En este marco, no se trata solo de eventos puntuales, sino de condiciones estructurales del trabajo que, por su exposición continuada, elevan la probabilidad del estrés laboral y afectan al bienestar del empleado y al desempeño de la corporación (Di Tecco et al., 2023).

La evidencia indica que la exposición a riesgos psicosociales se asocia con resultados adversos a nivel individual (malestar psicológico, síntomas emocionales y cognitivos) y organizativos (absentismo, disminución del rendimiento y aumento de costes). Desde una perspectiva más empresarial, esto convierte los riesgos psicosociales en un problema de competitividad y sostenibilidad del capital humano, al afectar directamente a la productividad, calidad del trabajo y retención del talento (Schulte et al., 2024).

Principales factores de riesgo y su relación con problemas de salud mental:

#### 1) Carga de trabajo y presión de tiempo.

La sobrecarga laboral suele expresarse como exceso de tareas, ritmos acelerados, multitarea y necesidad de trabajar “al límite”. Estas dinámicas hacen que se dificulte la recuperación, favoreciendo la aparición de problemas como la fatiga, nerviosismo, alteraciones del sueño y sintomatología depresiva. En contextos donde existen cambios internos dentro de la corporación, estas demandas tienden a intensificarse, elevando el riesgo psicosocial y empeorando indicadores de salud mental (Backhaus et al., 2024).

Además, la evidencia internacional ha demostrado que las jornadas laborales prolongadas constituyen un factor de riesgo no solo para la salud mental, sino también para la salud cardiovascular. En 2016 trabajar 55 horas o más por semana estuvo asociado con 398.000 muertes por ictus y 347.000 por cardiopatía isquémica a nivel mundial (Pega et al., 2021).

La relación que existe entre jornadas extensas y enfermedad cardiovascular se explica a través de mecanismos fisiológicos que están vinculados al estrés crónico. La exposición prolongada a elevadas demandas laborales incrementa la activación sostenida del sistema nervioso y los niveles de cortisol, favoreciendo procesos inflamatorios, hipertensión y alteraciones metabólicas que aumentan el riesgo de complicaciones cardiovasculares (Pega et al., 2021).

Por tanto, estos datos evidencian cómo la intensificación del trabajo no es únicamente un problema organizativo o emocional, sino también un riesgo de salud pública de gran magnitud.

En la Tabla 3 se presenta la comparación entre el año 2000 y el 2016, mostrando la evolución estimada de las muertes que son atribuibles a jornadas laborales prolongadas. Como se puede observar, ambas patologías experimentaron un incremento significativo en términos absolutos, siendo especialmente notable el aumento en los casos de cardiopatía isquémica.

**Tabla 3.** *Muertes atribuibles a jornadas laborales iguales o superiores a 55 horas semanales (número de fallecimientos). 2000-2016*

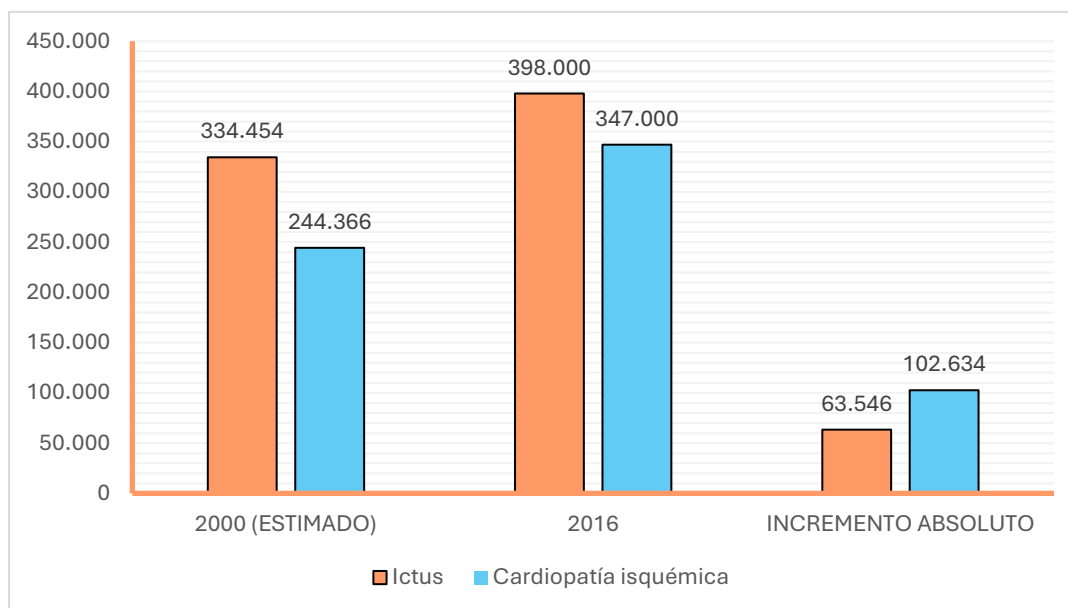
CAUSA	2000	2016	INCREMENTO ABSOLUTO
Cardiopatía isquémica	244.366	347.000	+102.634
Ictus	334.454	398.000	+63.546

*Fuente.* Elaboración propia a partir de los datos de Pega et al. (2021).

Nota. Los valores correspondientes al año 2000 han sido estimados a partir de los porcentajes de incremento reportados en el estudio (+19% en ictus y +42% en cardiopatía isquémica).

Con el objetivo de facilitar la interpretación visual de esta evolución, el Gráfico 5 representa gráficamente la comparación entre ambos años, permitiendo apreciar con mayor claridad la magnitud del incremento asociado a las jornadas laborales prolongadas.

**Gráfico 5.** Comparación de muertes atribuibles a jornadas laborales iguales o superiores a 55 horas semanales por patología (número de fallecimientos). 2000-2016.



*Fuente.* Elaboración propia a partir de datos de Pega et al. (2021).

Como se observa, el incremento absoluto en muertes atribuibles a jornadas prolongadas es especialmente llamativo en el caso de la cardiopatía isquémica. Esto refuerza la idea de que la carga de trabajo sostenida y la intensificación laboral no solo incrementan el riesgo de estrés y trastornos mentales, sino que pueden desencadenar efectos fisiológicos acumulativos con consecuencias severas.

Desde una perspectiva empresarial, estos resultados evidencian que las decisiones relativas a la organización del tiempo de trabajo tienen un impacto directo sobre variables estratégicas como la productividad, el absentismo y la rotación, lo que convierte la prevención de la sobrecarga en una cuestión que ayudará con el funcionamiento global de la empresa, además de convertirse en un aspecto relevante para conservar la salud de los trabajadores.

## 2) Falta de control/autonomía y participación.

La ausencia de autonomía, que se conoce como la poca capacidad para decidir sobre métodos, ritmo u organización del trabajo, funciona como un amplificador del estrés, especialmente cuando coexiste con altas exigencias. En términos psicosociales, un bajo control reduce los recursos de afrontamiento disponibles, incrementa la percepción de indefensión y favorece respuestas emocionales sostenidas y asociadas a una peor salud

mental. Este factor es particularmente crítico porque limita la capacidad del trabajador para regular la carga y prevenir la cronificación del estrés (Di Tecco et al., 2023).

### 3) Liderazgo tóxico.

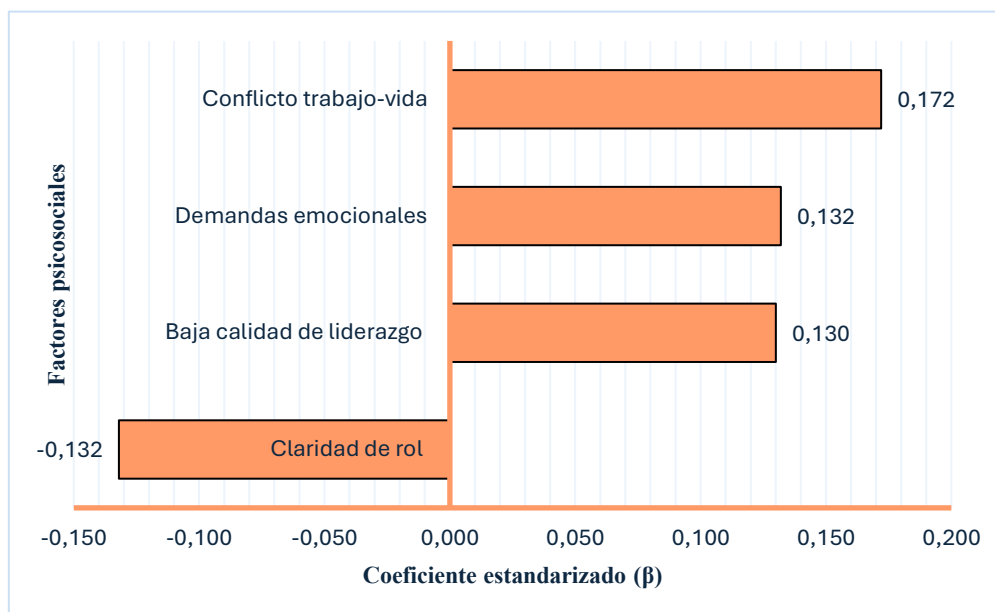
La calidad del liderazgo es un determinante clave del entorno psicosocial, ya que una comunicación deficiente, el bajo apoyo o la percepción de injusticia generan contextos de alta tensión y menor seguridad psicológica. Un liderazgo de mala calidad no solo eleva el riesgo de estrés y desgaste (*burnout*), sino que también deteriora la satisfacción laboral y la relación empleado-organización, actuando como un factor de riesgo para el malestar psicológico y la desconexión emocional con el trabajo.

Con el objetivo de aportar evidencia empírica que permita medir la magnitud del impacto de riesgos psicosociales sobre la salud mental de los trabajadores, resulta especialmente relevante un estudio realizado con 1.054 profesionales sanitarios en China. A través de modelos de regresión multivariada, Wang et al. (2025) identificaron los predictores principales de problemas de salud mental tras controlar variables sociodemográficas y ocupacionales.

Los resultados mostraron que el conflicto trabajo-vida fue el predictor con más fuerza de problemas de salud mental ( $\beta = 0.172$ ), seguido por las demandas emocionales ( $\beta = 0.132$ ) y la baja calidad de liderazgo ( $\beta = 0.130$ ) que actuaban como predictores significativos de problemas de salud mental. Sin embargo, la claridad de rol presentó una relación negativa ( $\beta = -0.132$ ), actuando como un factor protector.

El modelo completo explicó el 40,47% de la varianza en los problemas de salud mental, lo que indica que los factores psicosociales analizados presentan un peso significativo a la hora de explicar el malestar psicológico en el entorno laboral. El Gráfico 6 representa estos coeficientes estandarizados ( $\beta$ ), lo que permite comparar visualmente el peso que cada factor psicosocial tiene sobre la salud mental.

**Gráfico 6.** Predictores psicosociales de problemas de salud mental (coeficientes  $\beta$  estandarizados). 2023.



*Fuente.* Elaboración propia a partir de Wang et al. (2025)

Como podemos observar en este gráfico, el conflicto trabajo-vida presenta el mayor peso predictivo, por lo que podemos concluir que la interferencia constante entre las exigencias laborales y la vida personal constituye uno de los estresores más relevantes en términos psicológicos. Las demandas emocionales también se posicionan como variable de gran impacto significativo, especialmente en entornos con exigencias interpersonales elevadas.

Por otra parte, el factor que hace referencia a la claridad del rol aparece como un elemento protector, con una beta en negativo. Esto implica que, a medida que aumenta la definición clara de funciones, responsabilidades y expectativas laborales, disminuyen los problemas de salud mental. El signo negativo del coeficiente indica una relación inversa, mostrando cómo mayores niveles de claridad del rol se asocian con una menor sintomatología psicológica. Por tanto, es importante que existan estructuras organizativas bien definidas y expectativas laborales delimitadas, ya que funcionan como recursos psicosociales que amortiguan el impacto de otras demandas del trabajo (Wang et al., 2025).

#### 4) Inestabilidad laboral y cambios organizativos.

La incertidumbre ante reestructuraciones, reducciones de plantilla o transformaciones tecnológicas incrementa la percepción de amenaza y debilita la sensación de control futuro, lo que impacta directamente en el bienestar psicológico. Estos contextos, suelen

elegir la presión, la intensidad del trabajo y la ambigüedad, configurando un escenario propicio para alteraciones del sueño, irritabilidad y síntomas depresivos. La inseguridad mantenida en el tiempo favorece decisiones de salida (rotación), con implicaciones en términos de coste y continuidad operativa para la empresa (Backhaus et al., 2024).

#### 5) Clima laboral negativo y malas relaciones interpersonales.

Los conflictos, la falta de apoyo social, el aislamiento o las conductas ofensivas (acoso, violencia o humillación) constituyen riesgos psicosociales de alto impacto que influyen gravemente en la seguridad emocional de los trabajadores. Un clima laboral deteriorado incrementa el estrés y puede desencadenar o agravar sintomatología ansiosa y depresiva, además de erosionar la cooperación y la confianza interna, afectando a la eficacia organizativa y a la salud mental del trabajador (Fernandes & Pereira, 2016).

#### 6) Desequilibrio trabajo-vida personal e hiperconexión.

La interferencia que existe entre el trabajo y la vida personal (horarios prolongados, disponibilidad permanente, límites difusos) dificulta la recuperación y eleva la probabilidad de estrés mantenido. Este riesgo se ha hecho especialmente visible con el auge del teletrabajo y la digitalización acelerada, donde la ausencia de desconexión y la simultaneidad de roles han incrementado la presión y el malestar psicológico. El desequilibrio trabajo-vida es relevante porque convierte al estrés en una vivencia que va más allá del horario laboral (Koren et al., 2023).

Por tanto, los riesgos psicosociales operan, en gran medida, como estresores crónicos cuando las demandas del trabajo superan los recursos disponibles como la autonomía, el apoyo y la estabilidad. En estos casos el estrés deja de ser reactivo y pasa a ser persistente. Esta persistencia se expresa en síntomas emocionales como la ansiedad o la irritabilidad, cognitivos como las dificultades atencionales, conductuales como el absentismo o la desconexión y físicos como las alteraciones del sueño. Hay que tener precaución ya que todas estas reacciones tanto físicas como mentales pueden acarrear consecuencias clínicamente relevantes (Schulte et al., 2024).

## 4.2 SECTORES CON MAYOR INCIDENCIA DE RIESGOS PSICOSOCIALES

La exposición a riesgos psicosociales se presenta de manera desigual entre diferentes sectores, concentrándose especialmente en aquellos caracterizados por elevadas demandas emocionales, presión laboral sostenida en el tiempo o altos niveles de responsabilidad dentro de la empresa. Estas condiciones hacen que se incremente la probabilidad de desarrollar síntomas de estrés crónico, ansiedad o agotamiento emocional, configurando entornos cada vez más vulnerables desde el punto de vista de la salud mental (Győri et al., 2025).

Un estudio comparativo a nivel europeo confirma que los sectores vinculados a los servicios de atención a las personas presentan una mayor probabilidad de exposición a factores de riesgo psicosocial, en comparación con otros sectores profesionales. Győri et al. (2025) analizaron la *European Labour Force Survey*, con una muestra de 379.759 trabajadores de 19 países distintos y se halló que el 45,1% de los empleados reportó al menos un factor laboral que afectaba de manera negativa a su bienestar mental, estimando con un 19,9% la sobrecarga de trabajo, el trato con personas difíciles en un 10,2% y la inseguridad laboral en un 5,8%. Un análisis sectorial del mismo estudio evidenció que el sector de sanidad y de cuidados sociales muestra probabilidades significativamente superiores de exposición a riesgos psicosociales en comparación con otros sectores económicos.

El sector sanitario destaca especialmente por la combinación de alta carga asistencial, toma de decisiones bajo presión, contacto permanente con el sufrimiento humano y escasos periodos de recuperación. Estos factores generan entornos laborales con elevada intensidad psicosocial. Las revisiones sistemáticas han evidenciado que existe una mayor prevalencia de ansiedad, depresión y *burnout* en profesionales sanitarios en comparación con la población trabajadora de otros sectores (De Hert, 2020).

El ámbito educativo presenta un patrón similar. El personal docente se enfrenta a demandas emocionales continuas que derivan de la gestión del aula, la presión por resultados académicos y el incremento de tareas administrativas. Estas condiciones se asocian nuevamente con el síndrome de *burnout*, especialmente en su dimensión de agotamiento emocional, así como con mayores niveles de estrés percibido, situando al sector educativo en un entorno con mayor incidencia de riesgos psicosociales (Agyapong et al., 2022).

El sector de la hostelería constituye otro ámbito de alta vulnerabilidad psicosocial, aunque frecuentemente infravalorado en la literatura. Los trabajadores de hostelería están expuestos de forma estructural a turnos irregulares, largas jornadas y alta exigencia emocional que deriva de un contacto continuo con clientes, inseguridad laboral y escasa autonomía. Un estudio de Rosemberg et al. confirma que los riesgos psicosociales en el trabajo hotelero constituyen predictores significativos del agotamiento emocional, con especial incidencia en trabajadores que tienen una mejor cualificación y mayor precariedad contractual (Rosemberg et al., 2025).

En términos generales, los sectores de sanidad, educación y hostelería concentran una mayor exposición estructural a factores psicosociales adversos y, por tanto, presentan una incidencia más elevada de trastornos emocionales relacionados con el trabajo. Esta exposición no es aleatoria, sino que responde a características propias de la organización del trabajo en cada sector (Győri et al., 2025).

Dado este patrón sectorial consistente, resulta especialmente relevante que las organizaciones que pertenecen a estos ámbitos puedan desarrollar medidas específicas de prevención y gestión de riesgos psicosociales que estén orientadas a reducir la sobrecarga y mejorar el apoyo organizativo.

## **CAPÍTULO 5: COSTES DE LAS ORGANIZACIONES DERIVADOS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

### **5.1 COSTES DERIVADOS DE LA AUSENCIA DE INTERVENCIÓN**

Los problemas de salud mental en el entorno laboral han adquirido una dimensión económica estructural que los sitúa como uno de los principales factores que condicionan la productividad y la sostenibilidad empresarial.

De manera global, la Organización Mundial de la Salud estima que cada año se pierden aproximadamente 12.000 millones de días de trabajo por depresión y ansiedad, lo que se asemeja a una pérdida que ronda el billón de dólares anuales en productividad (OMS, 2024).

En términos europeos, los costes asociados a la mala salud mental superan el 4% del PIB de los Estados miembros, siendo los costes indirectos vinculados a la pérdida de empleo y de productividad los responsables de 240.000 millones de euros anuales (Ministerio de Sanidad, 2024). En España, el impacto económico total se sitúa alrededor del 4,2% del PIB, representando una pérdida de productividad aproximadamente del 50% del coste total. En cuanto a las incapacidades temporales, las bajas laborales por motivos de salud mental superaron los 600.000 casos anuales en 2023, más del doble que en 2016 lo que amplifica significativamente los costes de sustitución y reorganización interna. Como dato significativo, el 40% de los trabajadores españoles vincula directamente su ansiedad o depresión al entorno laboral, once puntos por encima de la media europea (UGT, 2024).

Desde la perspectiva empresarial, los costes se distribuyen en tres componentes principales que son el absentismo, el presentismo y la rotación de personal. Tras un estudio de Parsonage y Saini (2017) elaborado en el Reino Unido, se estimó un coste anual de 34.900 millones de libras esterlinas para el ejercicio 2016/17, lo que equivale aproximadamente a 41.182 millones de euros aplicando el tipo de cambio medio del periodo, con un incremento del 35% respecto a la estimación equivalente de una década anterior. La Tabla 4 recoge el desglose de dicha distribución, expresando los valores tanto en libras esterlinas como en su equivalente aproximado en euros:

**Tabla 4.** Estructura de costes organizacionales de los problemas de salud mental en el trabajo (£ y €). 2016-2017

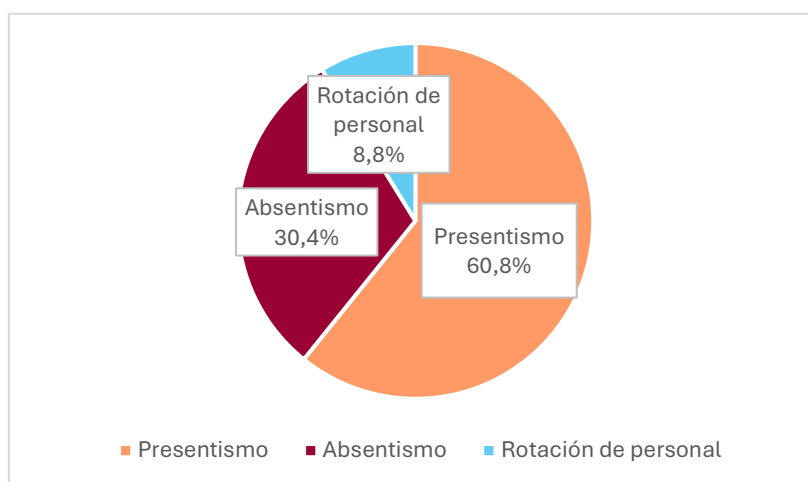
Componentes del coste	Coste medio por empleado (£)	Coste medio por empleado (€)	Coste total empresa (miles de mill. £)	Coste total empresa (miles de mill. €)	% sobre el total
Absentismo	395	≈ 466	10,6	≈ 12,5	30,4
Presentismo	790	≈ 932	21,2	≈ 25,0	60,8
Rotación de personal	115	≈ 136	3,1	≈ 3,7	8,8
TOTAL	1.300	≈ 1.534	34,9	≈ 41,2	100,0

Fuente. Elaboración propia a partir de Parsonage y Saini (2017).

Nota. Conversión a euros aplicando el tipo de cambio medio del periodo 2016/2017 (1 GBP≈1,18 EUR), calculado a partir de los tipos de cambio de referencia históricos publicados por el Banco Central Europeo (BCE, 2017)

El dato más relevante de la Tabla 4 es que el presentismo concentra el 60,8% del coste total, duplicando el absentismo. Esta asimetría se explica por el temor que se tiene al estigma y a las posibles represalias, que lleva a muchos trabajadores a no solicitar la baja a pesar de encontrarse en condiciones de rendimiento deteriorado (Parsonage y Saini, 2017).

**Gráfico 7.** Distribución porcentual de los costes empresariales asociados a la salud mental (%). 2016-2017.



Fuente. Elaboración propia a partir de Parsonage y Saini (2017).

Con el objetivo de facilitar la interpretación de esta distribución de costes, el Gráfico 7 representa visualmente el peso relativo de cada componente sobre el coste empresarial.

No obstante, más allá de los costes cuantificables, las organizaciones también soportan consecuencias indirectas asociadas al deterioro del clima laboral, el incremento de conflictos internos y la reducción del compromiso organizativo. La evidencia que se ha ido acumulando señala cómo los problemas de salud mental no gestionados se asocian a menores niveles de desempeño y peor capacidad para retener talento (Kelloway et al., 2022).

## 5.2 COSTES DE IMPLEMENTACIÓN Y RETORNO DE LA INVERSIÓN EN SALUD MENTAL

Frente a los costes derivados de la ausencia de intervención, la literatura coincide en señalar que las estrategias de prevención y promoción de la salud mental en el trabajo generan retornos económicos positivos. Un metaanálisis de Hawrilenko et al. (2025) que integra 19 estudios de cohorte realizados en empresas estadounidenses estimó que las corporaciones ahorraron una media de 2,3 dólares en costes sanitarios totales por cada dólar invertido en programas de salud mental laboral. Esta evidencia explica por qué intervenir no solo es éticamente deseable, sino económicamente rentable.

Para poder evaluar la rentabilidad de este tipo de intervenciones es necesario disponer de un indicador que permita comparar de forma directa el beneficio obtenido con el coste de implementación. Existen varias fórmulas económicas utilizadas en el ámbito empresarial para analizar la rentabilidad de una inversión, como el Valor Actual Neto (VAN) o la Tasa Interna de Retorno (TIR). Sin embargo, tras analizar estas alternativas, el indicador que mejor se adapta al contexto de la salud mental organizacional es el *Return on Investment* (ROI), por varias razones. Este indicador es de aplicación inmediata sin necesidad de proyecciones temporales complejas, permite comparar entre diferentes intervenciones y es el más utilizado en programas de bienestar laboral (Kelloway et al., 2022).

EL ROI expresa de forma clara y directa cuánto beneficio económico genera cada euro invertido, lo que facilita su interpretación por parte de la empresa.

La fórmula del ROI se expresa de la siguiente manera:

$$\text{ROI} = \frac{\text{Beneficio obtenido} - \text{Coste de la inversión}}{\text{Coste de la inversión}}$$

Un valor positivo del ROI indica que la inversión genera beneficios superiores al coste inicial. Por ejemplo, un ROI con un valor de 1,0 significa que, por un euro invertido, se recupera un euro adicional, es decir, se duplica el euro invertido. En cambio, un ROI de un 0,3 indica que, por cada euro invertido, se obtienen 30 céntimos de beneficio neto. Por tanto, cuanto mayor sea la inversión, mayor será la eficiencia de la misma.

Con el objetivo de ilustrar cómo aplicar este indicador en un contexto empresarial, se va a exponer un ejemplo numérico construido a partir de parámetros reales extraídos de estudios previos.

Se considera una empresa de 200 empleados. Según Parsonage y Saini (2017), el coste medio anual que los problemas de salud mental generan por empleado en términos de absentismo, presentismo y rotación asciende a 1.300 libras esterlinas, que equivale aproximadamente a 1.500 euros. Si se aplica a una plantilla de 200 personas, el coste total estimado por problemas de salud mental no gestionados ascendería a 300.000 euros anuales. Esta cifra ilustra la magnitud del problema e indica la necesidad de intervenir.

Supongamos que esta empresa decide implementar un programa de salud mental que incluye formación de mandos intermedios, evaluación de riesgos psicosociales y acceso a apoyo psicológico, con un coste anual de 50.000 euros. Para poder estimar el retorno de dicha inversión, se aplica la ratio coste-beneficio de 4:1 de Chisholm et al. (2016), incorporado por la OMS a sus recomendaciones en materia de salud mental laboral, que establece que por cada euro invertido en intervenciones de salud mental se generan cuatro euros de retorno en costes evitados. Aplicando esta ratio sobre la inversión de 50.000 euros, se estima un beneficio de 200.000 euros derivado de la reducción del absentismo, el presentismo y la rotación de personal.

**Tabla 5.** Ejemplo de aplicación del ROI en una empresa mediana de 200 empleados.

CONCEPTO	VALOR ESTIMADO
Número de empleados	200
Coste estimado por problemas de salud mental (1.500 € por empleado × 200 empleados)	300.000 €
Inversión en programa de intervención en salud mental	50.000 €
Beneficio estimado (ratio 4:1 Chisholm et al., 2016)	200.000€
Beneficio neto (beneficio estimado – inversión)	150.000€
<b>ROI = (200.000 – 50.000) / 50.000</b>	3,0 → 3 € de beneficio neto por cada euro invertido

*Fuente.* Elaboración propia a partir de Parsonage y Saini (2017) y OMS (2024).

Nota. Estos valores son orientativos y pueden variar según el sector, tamaño y características de cada organización.

Como puede observarse, una inversión de 50.000 euros en un programa de salud mental generaría un beneficio neto de 150.000 euros, lo que equivale a un ROI de 3,0, es decir, un ROI del 300% expresado en términos porcentuales. Esto quiere decir que, por cada euro invertido en el programa, la organización obtiene 3 euros de beneficio neto adicional.

Es importante señalar que los 200.000 euros de beneficio estimado no cubren la totalidad del coste del problema identificado (300.000 euros), lo que refleja que una intervención de esta escala reduce de forma significativa el impacto económico de la mala salud mental, aunque su eliminación completa requeriría una inversión sostenida en el tiempo.

Por tanto, gracias al ROI se supera la creencia de que estos programas suponen un gasto y se sitúan en el terreno de la inversión estratégica (Kelloway et al., 2022). Aun así, no todo es cuantificable en términos monetarios, ya que hay algunos aspectos como la mejora del clima laboral, el compromiso o la reducción del sufrimiento humano que, siendo variables de enorme valor, resultan difíciles de cuantificar en términos monetarios. Por ello, el ROI debería entenderse como una herramienta complementaria y no como un único criterio para evaluar la conveniencia de estas intervenciones.

## **CAPÍTULO 6: ESTRATEGIAS ACTUALES DE PROMOCIÓN DEL BIENESTAR EN LAS EMPRESAS**

### **6.1 HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES DE APOYO AL BIENESTAR PSICOLÓGICO**

En los últimos años, las organizaciones han comenzado a incorporar diversas estrategias que se orientan a promover el bienestar psicológico de sus empleados para contribuir a la prevención de la aparición de los problemas de salud mental en el entorno laboral.

Las herramientas que más destacan son el coaching organizacional, los programas de mindfulness, la incorporación de servicios de apoyo psicológico y las formaciones que se focalizan en el liderazgo emocional. Estas herramientas tienen el objetivo de fortalecer los recursos personales de los trabajadores, mejorar la gestión emocional en el trabajo y fomentar entornos laborales más saludables.

El coaching organizacional es uno de los recursos que se ha consolidado como herramienta de acompañamiento que facilita el desarrollo personal y profesional de los empleados. Mediante procesos estructurados que implican reflexión, feedback y establecimiento de objetivos, el coaching contribuye a mejorar la motivación, el desempeño laboral y la capacidad que tienen las personas de afrontar situaciones de presión o incertidumbre en el trabajo. Diversos estudios han demostrado que las intervenciones de coaching en contextos organizacionales generan mejoras significativas en variables como el rendimiento, la satisfacción laboral y el bienestar psicológico de los trabajadores (Theeboom, Beersma, y Van Vianen, 2013).

Además del coaching, otras prácticas han ganado relevancia en las estrategias de bienestar laboral. Existen los programas de mindfulness aplicados al entorno laboral que han demostrado efectos positivos en la reducción del estrés, el agotamiento emocional y los niveles de ansiedad, así como mejorías en el bienestar general de los trabajadores (Lomas et al., 2017).

Las formaciones complementarias en liderazgo emocional y fortalecimiento de competencias socioemocionales contribuyen a que se desarrollen entornos laborales más saludables, ya que los líderes que desarrollan habilidades como la empatía, la

comunicación efectiva y la regulación emocional tienden a fomentar climas organizativos más positivos y mayores niveles de compromiso organizativo (Inceoglu et al., 2018).

En conjunto, la literatura señala cómo la implementación de estos programas puede mejorar el bienestar psicológico de los empleados y reducir el riesgo de *burnout*, contribuyendo al mismo tiempo a mejorar el rendimiento empresarial. Es por ello que algunas compañías han desarrollado programas específicos orientados al bienestar integral de sus trabajadores. Un ejemplo relevante en el contexto español es el caso de Amazon, cuya estrategia de bienestar organizacional se analiza a continuación.

## 6.2 AMAZON COMO CASO PRÁCTICO DE PROMOCIÓN DEL BIENESTAR LABORAL

### 6.2.1 Ecosistemas de bienestar y recursos de apoyo al empleado

En los últimos años, las empresas han comenzado a desarrollar programas específicos orientados a promover el bienestar psicológico de sus empleados y facilitar el acceso a recursos de apoyo ante situaciones personales o emocionales complejas. Amazon constituye un ejemplo relevante de empresa que ha implementado diferentes iniciativas destinadas a mejorar la calidad de vida laboral de sus trabajadores e integrar la promoción de la salud mental dentro de su estrategia de bienestar organizacional.

El modelo de bienestar que ha implantado Amazon se estructura como un ecosistema de recursos complementarios que combinan apoyo psicológico, asistencia social, conciliación familiar y acceso a servicios sanitarios especializados.

### 6.2.2 Principales recursos de bienestar disponibles para empleados de Amazon

El recurso principal dentro de este ecosistema es el *Employee Assistance Program* (EAP), implantado por la compañía en 2022 en colaboración con *Workplace Options*. Este programa ofrece asistencia gratuita y confidencial tanto a los empleados como a los miembros de su unidad familiar conviviente. El beneficio principal del programa es que está disponible las 24 horas del día durante todo el año y permite recibir orientación profesional en relación con problemas personales, emocionales o laborales, incluyendo

situaciones de estrés, ansiedad, dificultades familiares o problemas financieros (Amazon, 2022).

Además del EAP, Amazon ofrece otros recursos orientados a apoyar el bienestar personal y familiar de sus trabajadores, destacando un servicio gratuito de cobertura médica de la aseguradora Sanitas que además incluye un número de sesiones de atención psicológica presenciales o virtuales para el empleado y sus convivientes. Amazon cuenta en todo el territorio nacional con el servicio de trabajador social, que ofrece acompañamiento cuando existe una situación personal compleja y facilita la coordinación con recursos externos cuando es necesario.

Por último, este sistema de bienestar se complementa con herramientas orientadas a facilitar la conciliación familiar y apoyar a empleados con necesidades específicas. Destaca la plataforma *Worklife*, que se encarga de gestionar servicios de cuidado y apoyo doméstico, además del programa *Rethink at Home* dirigido a hijos de empleados que presentan dificultades en el aprendizaje o discapacidades de desarrollo.

### 6.2.3 Intervenciones del equipo de trabajadores sociales de Amazon en las regiones del noreste de España durante 2024

Los apartados anteriores han descrito el marco de recursos de bienestar con el que cuenta Amazon España desde el EAP hasta la figura del trabajador social. Esta última figura cobra un papel estratégico que va más allá de la intervención directa con los trabajadores, ya que se encarga de registrar sistemáticamente cada caso y conocer de manera efectiva quién demanda ayuda, por qué y con qué frecuencia.

Los datos que se exponen a continuación provienen de un informe elaborado por el equipo de trabajadores sociales de Amazon España, correspondientes al año 2024, al que se tuvo acceso autorizado por parte de la organización en el marco del periodo de prácticas realizadas en el departamento de RRHH, con autorización expresa para su uso académico en el presente trabajo. Los datos se han tratado de forma anónima garantizando en todo momento la confidencialidad de las personas atendidas (Amazon España, 2024).

Se han seleccionado las regiones de Barcelona con dos centros logísticos (BCN1 y BCN4) y Zaragoza (ZAZ1) que son las regiones donde existe mayor profundidad de datos y desde las que se ha podido analizar con mayor rigor analítico. El análisis se estructura en torno

a dos ejes, el volumen e impacto de las intervenciones on-site realizadas y la tipología de los casos atendidos.

#### 6.2.4 Volumen de intervenciones y alcance sobre la plantilla

Durante el año 2024, se registraron un total de 1.066 intervenciones distribuidas entre los tres centros analizados. BCN1 concentró el mayor número de intervenciones con 431, seguida de BCN4 con 379 y ZAZ1 con 256 (Amazon España, 2024). Este dato explica la importancia de contar con servicios de apoyo como los trabajadores sociales dentro de las organizaciones, especialmente en entornos laborales de gran dimensión como sucede en los centros logísticos. Cabe señalar que el número de intervenciones no equivale necesariamente al número de trabajadores atendidos, ya que una misma persona puede requerir varias sesiones de acompañamiento, seguimiento o derivación a lo largo de su proceso de apoyo.

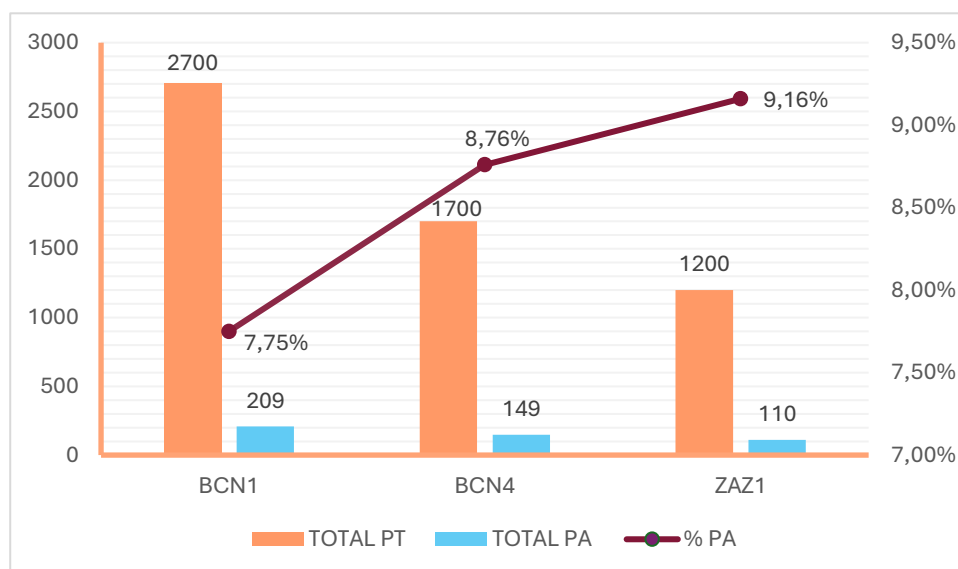
Además del volumen absoluto de intervenciones, resulta especialmente relevante analizar el porcentaje de personas atendidas (PA) sobre el total de la plantilla (PT) de cada centro logístico. Los datos recopilados muestran que en BCN1, con una plantilla total de 2.700 personas, fueron atendidas 209 que representa un 7,75%. En BCN4, con 1.700 personas, fueron atendidas 149, representando un 8,76%. Por último, en ZAZ1, con 1.200 personas, se atendieron a 110 que representa un 9,16% (Amazon España, 2024).

**Tabla 6.** *Intervenciones totales registradas y porcentaje de trabajadores atendidos sobre la plantilla total (%). 2024.*

CENTRO LOGÍSTICO	TOTAL PT	TOTAL PA	% PA
BCN1	2.700	209	7,75%
BCN4	1.700	149	8,76%
ZAZ1	1.200	110	9,16%

*Fuente.* Elaboración propia a partir de datos facilitados por Amazon España (Amazon, 2024).

**Gráfico 8.** Intervenciones totales registradas y porcentaje de trabajadores atendidos sobre plantilla total (%). 2024.



*Fuente.* Elaboración propia a partir de los datos facilitados por Amazon España (2024)

En el Gráfico 8 se permite visualizar de forma comparativa el tamaño de la plantilla, el número de trabajadores atendidos y el porcentaje que esto representa en cada centro logístico.

Resulta llamativo que ZAZ1, a pesar de ser el centro con menor plantilla y menor número absoluto de intervenciones, presente la tasa más elevada de trabajadores atendidos en relación con el tamaño de su plantilla (9,16%). Este resultado sugiere que el grado de utilización del servicio no depende únicamente del tamaño del centro, sino también de factores organizativos que pueden facilitar el acceso al recurso, como el nivel de conocimiento de este servicio, la cercanía o visibilidad del trabajador social dentro del centro o la percepción de confianza de los empleados hacia este tipo de apoyo.

Como recopilatorio, entre los tres centros analizados se atendió a 468 trabajadores distintos sobre una plantilla de 5.600 personas. Esto supone que aproximadamente uno de cada doce trabajadores hizo uso del servicio durante el año estudiado, que equivale a una tasa efectiva del servicio de un 8,36% y revela que el 91,64% restante no hizo uso del recurso. Este resultado permite plantear si ello responde a la ausencia de necesidad o, más probablemente, a barreras de acceso, desconocimiento del servicio o estigma asociado a la búsqueda de ayuda.

### 6.2.5 Tipología de casos: análisis comparado entre centros logísticos

Con el objetivo de profundizar en el análisis de las problemáticas psicológicas detectadas en cada centro, se ha analizado de forma específica la principal tipología de casos atendidos registrados durante el año 2024. Esta comparación permite analizar la demanda de cada centro logístico y en qué medida el perfil de necesidades es homogéneo o varía según el territorio.

En el plano psicológico, la ansiedad constituye la casuística dominante de forma transversal en los tres centros analizados, concentrando más de la mitad de las intervenciones registradas en cada uno de ellos.

La depresión aparece como la segunda problemática más frecuente en las tres localizaciones, confirmando con la literatura que los trastornos de ansiedad y depresión se posicionan como los más prevalentes en el entorno laboral (Lomas et al., 2017)

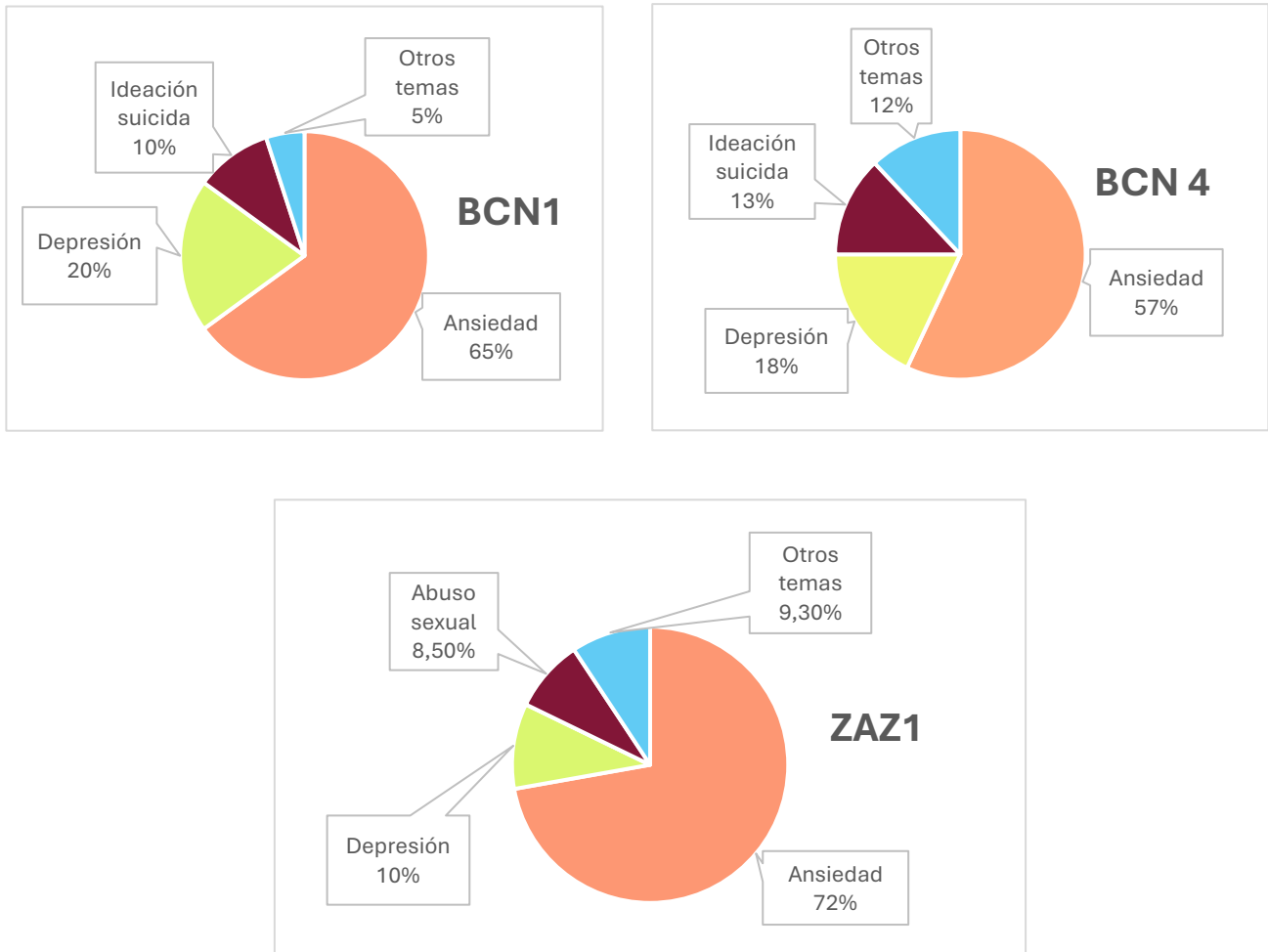
La tercera posición es la que marca la principal diferencia entre los centros. En BCN1 y BCN4, la tercera casuística corresponde a la ideación suicida, con un 10% y 13% respectivamente. En cambio, en ZAZ1 esta problemática no aparece entre los casos registrados, siendo sustituida por el abuso sexual, que representa aproximadamente el 8,5% de las intervenciones psicológicas (Amazon, 2024).

Aunque estas problemáticas presentan una frecuencia menor que la ansiedad o la depresión, su presencia resulta especialmente relevante desde el punto de vista clínico y organizativo.

La presencia de ideación suicida entre las principales demandas psicológicas en dos de los tres centros es el dato de mayor gravedad clínica del conjunto y refuerza la importancia de contar con profesionales capacitados para detectar señales de riesgo y activar los protocolos adecuados de intervención.

A continuación, se representan de manera visual las principales casuísticas psicológicas atendidas en cada uno de los centros logísticos analizados.

**Gráfico 9.** Distribución de las principales problemáticas psicológicas atendidas en los centros logísticos BCN1, BCN4, ZAZ1 (%). 2024.



*Fuente.* Elaboración propia a partir de datos facilitados por Amazon España (2024).

El gráfico 9 representa de manera visual la distribución de las principales problemáticas psicológicas atendidas en cada centro, pudiendo apreciar de forma comparativa tanto los patrones comunes como las diferencias entre localizaciones.

## **CAPÍTULO 7: PLAN DE INTERVENCIÓN ORGANIZACIONAL EN SALUD MENTAL. PROGRAMA CUIDA(r)**

### **7.1 INTRODUCCIÓN**

Durante los apartados previamente expuestos en este trabajo se ha analizado en profundidad la realidad de la salud mental en el entorno laboral indagando en factores importantes como su prevalencia, sus factores de riesgo, las consecuencias para las personas trabajadoras y para la propia organización, etc. Este último punto tiene el propósito de traducir todo ese conocimiento en acción y diseñar e implementar un plan integral de promoción de la salud mental y prevención del malestar psicológico en el entorno laboral, adaptado a cada uno de los niveles jerárquicos de una organización.

El plan de intervención propuesto se titula CUIDA(r), acrónimo de Conciencia, Unidad, Intervención, Detección y Acción, añadiendo la “r” del final que simboliza el autocuidado como principio transversal.

Los objetivos específicos de este plan son:

1. Sensibilizar a toda la plantilla sobre la salud mental y reducir el estigma asociado a su abordaje.
2. Dotar a los niveles senior y perfiles directivos de herramientas de detección precoz y gestión emocional.
3. Establecer los posibles canales accesibles de derivación y acompañamiento psicosocial.
4. Fomentar el autocuidado como competencia profesional desde el momento de la incorporación a la empresa.
5. Evaluar el impacto del plan mediante indicadores cuantitativos y cualitativos que permitan una mejora continua.

### **7.2 FASES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN**

El plan se estructura en cinco fases progresivas e interconectadas, que van desde intervenciones de carácter universal dirigidas a toda la plantilla hasta actuaciones específicas orientadas a personas en situación de malestar activo. Esta estructura, basada en un enfoque escalonado similar a un modelo de embudo, garantiza una adecuación

progresiva de los recursos a las necesidades de cada trabajador. A continuación, se detallan las distintas fases del plan:

### **C- CONCIENCIA: Sensibilización y reducción del estigma.**

Esta primera fase está dirigida a toda la plantilla, desde las nuevas incorporaciones hasta perfiles directivos y tiene como objetivo construir una cultura organizacional que normalice la salud mental como parte de un bienestar integral de la persona trabajadora. Se llevarán a cabo campañas de sensibilización periódicas, talleres grupales de psicoeducación y la exposición de contenidos sobre salud mental en el proceso de *onboarding* de las nuevas incorporaciones. Esta es la base sobre la que se sostiene todo el plan, ya que, sin conciencia colectiva, ninguna de las fases posteriores tendrá el alcance esperado. Reducir el estigma sobre la salud mental no es un objetivo menor, evidenciando la literatura que es uno de los obstáculos principales por los que las personas no buscan ayuda a tiempo (Corrigan, 2004).

### **U – UNIDAD: Formación de mandos intermedios y directivos.**

Los mandos intermedios y directivos son el eslabón clave para poder detectar precozmente el malestar psicológico en sus equipos. Esta fase tiene como objetivo formarles específicamente en habilidades de escucha activa, gestión de conversaciones difíciles y primeros auxilios psicológicos siguiendo el modelo *Mental Health First Aid* (MHFA) que está avalado internacionalmente con evidencia de eficacia en entornos laborales (Kitchener y Jorm, 2002). Además, se garantizará el autocuidado del propio mando con herramientas preventivas, ya que cuidar a quien cuida es una condición indispensable, siendo conscientes de que estos perfiles presentan también altas tasas de *burnout* y agotamiento emocional.

### **I – INTERVENCIÓN: Red de referentes de salud mental (*peer support*).**

En esta fase se propone la creación de una red interna de referentes de salud mental de entre las personas de la propia plantilla. Estas personas estarán previamente formadas para ofrecer un primer nivel de apoyo emocional entre iguales y se denominará “*peer support*”. Estos referentes no sustituirán al profesional especializado, pero sí facilitarán la derivación cuando sea necesario, ya que su cercanía y su conocimiento del contexto los convierten en un activo con gran valor.

#### **D – DETECCIÓN: Protocolo de detección precoz y derivación.**

En esta fase se diseñará un protocolo estructurado de detección precoz dirigido al equipo de Recursos Humanos, Prevención de Riesgos Laborales y Trabajo Social. Este protocolo incluirá indicadores observables como el aumento del absentismo, cambios conductuales durante su jornada laboral y bajo rendimiento prolongado. Este protocolo se integrará en el equipo de prevención de riesgos laborales, en cumplimiento de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y del marco normativo sobre riesgos psicosociales (BOE, 1995). Lo más importante de esta fase es la agilidad, cuanto antes se detecte el malestar, menor será la cronicidad y el coste organizacional para la empresa.

#### **A – ACCIÓN: Acompañamiento individualizado y seguimiento.**

Esta fase está dirigida a personas trabajadoras en situación activa de malestar psicológico y se encarga de gestionar la correcta derivación e intervención directa de personas que han sido detectadas o que han solicitado apoyo de manera voluntaria. Se realizará un seguimiento psicosocial individualizado, la coordinación con los recursos externos y el acompañamiento en los procesos de reincorporación tras una baja por motivos de salud mental. Es importante destacar que esta fase no acaba con la reincorporación del trabajador, sino que el seguimiento posterior es imprescindible para evitar una recaída.

#### **r – RESPONSABILIDAD: Cuidar(se) como parte del plan**

La “r” entre paréntesis no actúa como un elemento decorativo del nombre, sino que es la premisa sobre la que descansa todo el programa. La empresa tiene el deber de proteger la salud mental de sus trabajadores; al mismo tiempo, las personas trabajadoras tienen la responsabilidad de reconocer su propio malestar y utilizar de forma eficiente los recursos que les ofrece la organización, además de incorporar el autocuidado como una práctica activa y consciente. La “r” es el fiel recordatorio de que cuidar(se) es una responsabilidad compartida.

### 7.3 INDICADORES DE ÉXITO

Con el fin de permitir una evaluación rigurosa del programa, cada fase del plan CUIDA(r) queda vinculada a un indicador concreto y medible que permite valorar tanto una correcta ejecución como el impacto real generado en el bienestar de la plantilla. Dicha evaluación se apoya en los siguientes indicadores cuantitativos y cualitativos:

**Tabla 7.** Sistema de indicadores de evaluación del programa CUIDA(r) por fases de intervención.

FASE	INDICADOR	TIPO	MÉTODO DE RECOGIDA	META ORIENTATIVA
<b>C - Conciencia</b>	% de plantilla que conoce los recursos de salud mental disponibles.	Cuantitativo	Encuesta de conocimiento pre/post taller	> 70% al finalizar el 1 <sup>er</sup> taller
<b>U - Unidad</b>	Nº de mandos formados en detección precoz y <i>Mental Health First Aid</i>	Cuantitativo	Registro de asistencia a la formación	100% de mandos intermedios
<b>I - Intervención</b>	Nº de referentes <i>peer support</i> activos por centro	Cuantitativo	Registro interno del número total de referentes activos	Mínimo 1 referente cada 50 empleados
<b>D - Detección</b>	Tiempo medio entre detección y primera intervención	Cuantitativo	Registro de casos con fecha de apertura	< 10 días hábiles
<b>A - Acción</b>	Valoración del acompañamiento por las personas atendidas	Cualitativo	Encuesta anónima de satisfacción al cierre del caso	Promedio $\geq 4/5$

*Fuente.* Elaboración propia.

El conjunto de indicadores recogidos en la tabla 7 permite valorar no solo si el programa se ha ejecutado según lo previsto, sino también si ha generado un impacto real y medible en el bienestar de la plantilla. De este modo, cada fase del acrónimo CUIDA(r) queda vinculada a un resultado concreto y cuantificable, lo que aporta rigor al análisis y facilita la mejora continua. En este contexto, el plan de intervención tiene como finalidad dar respuesta a los problemas de salud mental presentes en el entorno laboral, con el objetivo de convertir su atención y prevención en el eje central de la cultura organizacional.

## CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES

### 8.1 RESPUESTA A LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo ha partido de una premisa que la evidencia científica confirma con contundencia: la salud mental en el entorno laboral no es una cuestión secundaria ni exclusivamente individual, sino un problema estructural con consecuencias económicas, organizativas y humanas de primer orden que ninguna organización puede permitirse ignorar.

El primer objetivo del trabajo trataba de analizar los factores psicosociales del entorno laboral y los trastornos emocionales más frecuentes entre los trabajadores. Tras el análisis desarrollado, se ha permitido confirmar que las condiciones en las que se trabaja, las demandas cognitivas y emocionales, la autonomía, el apoyo social, la justicia organizacional o la estabilidad del empleo actúan como un determinante directo del bienestar psicológico. Se ha demostrado que factores como el desequilibrio esfuerzo-recompensa o las altas demandas psicológicas incrementan el riesgo de desarrollar un trastorno mental entre un 60% y un 90% (Van der Molen et al., 2020). Los trastornos de ansiedad y depresión se consolidan como las patologías más prevalentes en la población trabajadora, con un impacto estimado de 12.000 millones de días de trabajo perdidos al año a nivel mundial (OMS, 2024). Estos datos no son cifras abstractas, son personas que sufren, equipos que se deterioran y organizaciones que pierden su activo más valioso.

El segundo objetivo buscaba estudiar los costes empresariales derivados de los problemas de salud mental. El análisis económico desarrollado demostró con claridad que el coste de no actuar supera con creces el de intervenir. Aplicando la ratio coste-beneficio de 4:1 de Chisholm et al. (2016) junto con los datos de Parsonage y Saini (2017), se estimó un ROI de 3,0 para una empresa de 200 trabajadores, es decir, tres euros de beneficio neto por cada euro invertido. Estos resultados refuerzan una de las premisas centrales de todo el trabajo que sostiene que la inversión en salud mental no constituye un gasto, sino una decisión estratégica con retornos económicos demostrables.

El tercer objetivo consistía en evaluar las estrategias y los modelos actuales de promoción del bienestar emocional en las organizaciones. El análisis realizado ha demostrado que herramientas como el coaching organizacional, los programas de *mindfulness* y la

formación en liderazgo emocional cuentan con respaldo empírico sólido para mejorar el bienestar de los trabajadores y reducir el riesgo de *burnout*.

El análisis del caso de Amazon España ha permitido mostrar cómo una multinacional de gran escala puede estructurar un ecosistema de recursos complementarios como su programa de Asistencia al Empleado (EAP), que traduce ese conocimiento en intervención real y cotidiana.

Los datos del equipo de trabajadores sociales en los centros de BCN1, BCN4 y ZAZ1 durante 2024 han aportado una dimensión empírica especialmente valiosa, mostrando cómo la ansiedad y la depresión concentran la mayoría de las demandas psicológicas y cómo la presencia de la ideación suicida en dos de los tres centros analizados evidencia la gravedad clínica de las situaciones que se gestionan en el día a día de las organizaciones, lejos de cualquier imagen idealizada del entorno laboral.

El cuarto y último objetivo consistía en diseñar un plan de intervención adaptado a las necesidades reales del mercado laboral. El programa CUIDA(r), da respuesta a este objetivo proponiendo un modelo estructurado en cinco fases progresivas que abarcan desde la sensibilización colectiva hasta el acompañamiento individualizado de las personas en situaciones activas de malestar. Este modelo destaca por su lógica de embudo, garantizando que ningún trabajador quede sin cobertura. Por último, su sistema de indicadores vincula cada fase a resultados concretos y medibles, dotando al programa de rigor evaluativo y capacidad de mejora continua.

De manera transversal, este trabajo ha revelado la tensión real que atraviesa toda la materia: la salud mental sigue siendo un tema estigmatizado en muchos entornos laborales y ese estigma actúa como una barrera que impide que las personas busquen ayuda a tiempo (Corrigan, 2004). ¿Refleja esto ausencia de necesidad o refleja desconocimiento, desconfianza y estigma? La respuesta más probable es la segunda y eso exige a las organizaciones trabajar no solo en la oferta de recursos dirigidos a la salud mental, sino en la cultura que determina si esos recursos se utilizan o no.

## 8.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente trabajo presenta una serie de limitaciones que han de reconocerse para contextualizar adecuadamente el alcance de sus conclusiones. En primer lugar, la metodología que se ha empleado se fundamenta principalmente en la revisión de la literatura académica y en el análisis de datos secundarios procedentes de organismos nacionales e internacionales. Si bien los estudios en los que se apoya este trabajo incluyen investigaciones experimentales y longitudinales de gran rigor, la ausencia de datos primarios propios hace que las conclusiones del trabajo reflejen tendencias generales de la literatura que pueden no captar la totalidad de la realidad empresarial española, dada la diversidad de contextos organizacionales, culturales y sectoriales existentes.

En segundo lugar, el análisis empírico desarrollado a partir de los datos de Amazon España, si bien aporta una perspectiva de gran valor, lo cierto es que corresponde a una organización de gran escala en el sector logístico, cuyos recursos y estructura difieren significativamente de los de la mayoría del tejido empresarial español, compuesto en más de un 99% por pymes.

Por último, cabe destacar que, aunque el programa CUIDA(r) incorpora un sistema de indicadores de evaluación propio, no ha sido implementado en ninguna organización real hasta la fecha, por lo que no podemos disponer de datos empíricos que permitan validar su eficacia en la práctica.

## 8.3 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Las limitaciones que han sido identificadas abren un conjunto de líneas futuras de investigación que podrían complementar los resultados del presente trabajo. Para comenzar, la más directa y prioritaria sería la implementación real del programa CUIDA(r) en una empresa, lo que permitiría contrastar los indicadores diseñados con datos empíricos reales y poder validar o ajustar el modelo según las necesidades.

En segundo lugar, futuras investigaciones deberían centrarse en el diseño de modelos de intervención adaptados específicamente a pymes, que, aunque representan la inmensa mayoría del tejido empresarial español, suelen contar con recursos muy limitados para implementar programas de bienestar. Debido a que sus estructuras, recursos y capacidades difieren significativamente de las grandes organizaciones, existe una necesidad real de desarrollar enfoques adaptados a su realidad, lo que convierte a las

pymes en un objeto de estudio prioritario para avanzar hacia una mejora del bienestar laboral en el contexto empresarial español.

Por último, aportaría un gran valor poder profundizar en el análisis comparativo entre sectores, identificando qué factores de riesgo psicosocial son propios de cada ámbito y qué intervenciones resultan más eficaces en cada contexto. Aunque este trabajo ha identificado los sectores de sanidad, educación y hostelería como los de mayor exposición psicosocial, el análisis realizado tiene un carácter general y no determina con precisión qué estrategias de prevención son más adecuadas para cada uno de ellos.

En definitiva, este trabajo permite concluir que invertir en el bienestar psicológico de los trabajadores es una obligación ética, una exigencia normativa y una decisión económicamente racional. Las organizaciones que consigan entenderlo así no solo reducirán sus costes y mejorarán su productividad, sino que construirán entornos más humanos, resilientes y sostenibles. En un mundo laboral que sigue acelerándose a pasos agigantados, no es un lujo. Es una necesidad.

## DECLARACIÓN DEL USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA EN TRABAJOS DE FIN DE GRADO

Por la presente, yo, Cristina Herrero Muñoz, estudiante de 5º del Doble Grado de Psicología y ADE de la Universidad Pontificia Comillas al presentar mi Trabajo Fin de Grado titulado “Salud mental en el entorno laboral: análisis del contexto español y propuesta de intervención organizacional”, declaro que he utilizado la herramienta de Inteligencia Artificial Generativa ChatGPT u otras similares de IAG de código sólo en el contexto de las actividades descritas a continuación:

1. **Brainstorming de ideas de investigación:** Utilizado para idear y esbozar posibles áreas de investigación.
2. **Referencias:** Usado conjuntamente con otras herramientas, como Science, para identificar referencias preliminares que luego he contrastado y validado.
3. **Estudios multidisciplinares:** Para comprender perspectivas de otras comunidades sobre temas de naturaleza multidisciplinar.
4. **Corrector de estilo literario y de lenguaje:** Para mejorar la calidad lingüística y estilística del texto.
5. **Sintetizador y divulgador de libros complicados:** Para resumir y comprender literatura compleja.
6. **Generador de problemas de ejemplo:** Para ilustrar conceptos y técnicas.
7. **Revisor:** Para recibir sugerencias sobre cómo mejorar y perfeccionar el trabajo con diferentes niveles de exigencia.
8. **Traductor:** Para traducir textos de un lenguaje a otro.

Afirmo que toda la información y contenido presentados en este trabajo son producto de mi investigación y esfuerzo individual, excepto donde se ha indicado lo contrario y se han dado los créditos correspondientes (he incluido las referencias adecuadas en el TFG y he explicitado para que se ha usado ChatGPT u otras herramientas similares). Soy consciente de las implicaciones académicas y éticas de presentar un trabajo no original y acepto las consecuencias de cualquier violación a esta declaración.

Fecha: 23/03/2026

Firma: \_\_\_\_\_



## BIBLIOGRAFÍA

- Adecco. (2023). *Global Workforce of the Future 2023*. Grupo Adecco.  
<https://www.adecgroup.com/future-of-work/latest-research/global-workforce-of-the-future/>
- Agyapong, B., Obuobi-Donkor, G., Burbach, L., y Wei, Y. (2022). Stress, burnout, anxiety and depression among teachers: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10706.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph191710706>
- Amazon. (2022). *Situando la salud mental en primer plano*. About Amazon España.  
<https://www.aboutamazon.es/noticias/trabajar-en-amazon/situando-la-salud-mental-en-primer-plano>
- Arango, C., Fiorillo, A., Dom, G., y Lopez-Morinigo, J.-D. (2025). Responsiveness of European countries to the population mental health needs: A cross-national comparison study. *European Psychiatry*, 68(1), e102.  
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.2448>
- Backhaus, I., Tisch, A., y Wöhrmann, A. M. (2024). Psychosocial working conditions and mental health during organizational change: Evidence from longitudinal data. *BMC Public Health*, 24, Article 19815.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19815>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.  
<https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Banco Central Europeo. (2017). *Euro foreign exchange reference rates*.  
[https://www.ecb.europa.eu/stats/policy\\_and\\_exchange\\_rates/euro\\_reference\\_exchange\\_rates/html/index.en.html](https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/index.en.html)
- Ballard, D. W., Lodge, A., y Pike, E. (2025). Mental health at work: a practical framework for employers. *Frontiers in Public Health*, 13, 1552981.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1552981>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., y Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

- De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171–183.  
<https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- Di Tecco, C., Persechino, B., y Iavicoli, S. (2023). Psychosocial risks in the changing world of work: Moving from the risk assessment culture to the management of opportunities. *La Medicina del Lavoro*, 114(2), e2023013.  
<https://doi.org/10.23749/mdl.v114i2.14362>
- España. (1995). Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, 269, 32590-32611. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>
- Europa Press. (2025, 3 de julio). La salud mental está presente en el 62 % de las empresas, según un estudio. *Europa Press*.  
<https://www.europapress.es/epsocial/responsables/noticia-salud-mental-presente-62-empresas-estudio-20250703110446.html>
- Fernandes, C., y Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the workplace: A systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 50, 24.  
<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>
- Györi, Á., Perpék, É., y Ádám, S. (2025). Mental health risk in human services work across Europe: The predictive role of employment in various sectors. *Frontiers in Public Health*, 12, 1407998.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1407998>
- Hawrilenko, M., Smolka, C., Ward, E., Kavelaars, R., Brown, M., y Chekroud, A. M. (2025). The impact of enhanced behavioral health services on total healthcare costs among US employers: A site-level analysis of 19 cohort studies. *Journal of Health Economics and Outcomes Research*, 12(1), 246–251.  
<https://doi.org/10.36469/001c.138634>
- Inceoglu, I., Thomas, G., Chu, C., Plans, D., y Gerbasi, A. (2018). Leadership behavior and employee well-being: An integrated review and a future research agenda. *The Leadership Quarterly*, 29(1), 179–202.  
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2017.12.006>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta Nacional de Salud de España 2020*. INE.  
[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175)
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2025). *Los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja por incapacidad temporal en España*. INSST.  
<https://www.insst.es/noticias-insst/los-trastornos-mentales-suponen-la-segunda-causa-de-baja-por-incapacidad-temporal-en-espana>
- Johnson, J. V., & 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.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1336>

- Kelloway, E. K., Dimoff, J. K., y Gilbert, S. (2022). Mental health in the workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(1), 363–387.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-050527>
- Kitchener, B. A., y Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2(1), 10.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>
- Koren, M., Shinan-Altman, S., y Gelkopf, M. (2023). Work–life balance, teleworking and mental health in the post-COVID era. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4571.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph20054571>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.  
<https://doi.org/10.2307/2392498>
- Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Berry, J. T., y Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 114(1–3), 163–173.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026>
- LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., Keegel, T., y Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14(1), 131.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-131>
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivztan, I., Rupperecht, S., Hart, R., y Eiroa-Orosa, F. J. (2017). The impact of mindfulness on well-being and performance in the workplace: An inclusive systematic review of the empirical literature. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(4), 492–513.  
<https://doi.org/10.1080/1359432x.2017.1308924>
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113.  
<https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Memish, K., Martin, A., Bartlett, L., Dawkins, S., y Sanderson, K. (2024). A mentally healthy framework to guide employers and policy makers. *Frontiers in Public Health*, 12, 1430540.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1430540>

- Ministerio de Sanidad. (2024). *Salud mental y trabajo: Evolución 1981–2023 y propuestas preventivas en el entorno laboral*. Ministerio de Sanidad.  
[https://www.sanidad.gob.es/areas/saludLaboral/saludMentalTrabajo/docs/Salud\\_mental\\_y\\_trabajo\\_Accesible.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/saludLaboral/saludMentalTrabajo/docs/Salud_mental_y_trabajo_Accesible.pdf)
- Niedhammer, I., Bertrais, S., y Witt, K. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(7), 489–508.  
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>
- Niedhammer, I., Pineau, E., y Rosankis, E. (2024). The associations of psychosocial work exposures with suicidal ideation in the national French SUMER study. *Journal of Affective Disorders*, 356, 699–706.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.070>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Salud mental en el trabajo*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Parsonage, M., y Saini, G. (2017). *Mental health at work: The business costs ten years on*. Centre for Mental Health.  
<https://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/mental-health-work-business-costs-ten-years>
- Pega, F., Náfrádi, B., Momen, N. C., Ujita, Y., Streicher, K. N., Prüss-Üstün, A. M., Technical Advisory Group, Descatha, A., Driscoll, T., Fischer, F. M., Godderis, L., Kiiver, H. M., Li, J., Magnusson Hanson, L. L., Rugulies, R., Sørensen, K., y Woodruff, T. J. (2021). Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000–2016: A systematic analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environment International*, 154, 106595.  
<https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106595>
- Rosemberg, M. A. S., Ghosh, B., Jun, J., Armijo, J., y Marriott, D. J. (2025). Psychosocial stress at work and risks for burnout among hotel workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 67(3), 223–227.  
<https://doi.org/10.1097/JOM.00000000000003280>
- Sanderson, K., y Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 63–75.  
<https://doi.org/10.1177/070674370605100202>
- Schulte, P. A., Delclos, G., Felknor, S. A., y Chosewood, L. C. (2024). An urgent call to address work-related psychosocial hazards and improve worker mental health. *American Journal of Industrial Medicine*, 67(4), 499–514.  
<https://doi.org/10.1002/ajim.23583>

- Suco Gómez, J. G., Quintana Jami, M. F., Monar Puente, J. J., y García Ruiz, G. S. (2024). La relación del mobbing y el síndrome de burnout: Efectos psicosociales en el trabajador. *RECIMUNDO: Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 8(2), 283–296.  
[https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(2\).abril.2024.283-296](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(2).abril.2024.283-296)
- Theeboom, T., Beersma, B., y Van Vianen, A. E. (2013). Does coaching work? A meta-analysis on the effects of coaching on individual level outcomes in an organizational context. *The Journal of Positive Psychology*, 9(1), 1–18.  
<https://doi.org/10.1080/17439760.2013.837499>
- Umivale Activa e Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas. (2025). *Estudio socioeconómico de la evolución de la incapacidad temporal y la siniestralidad en España*. Ivie.  
[https://umivaleactiva.es/dam/umivale-activa/absentismo-y-competitividad/Informe\\_final\\_Umivale\\_Activa\\_IVIE\\_2025.pdf](https://umivaleactiva.es/dam/umivale-activa/absentismo-y-competitividad/Informe_final_Umivale_Activa_IVIE_2025.pdf)
- Unión General de Trabajadoras y Trabajadores. (2024). *Informe: Salud mental y trabajo 2024*.  
[https://www.ugt.es/sites/default/files/informes/2024\\_Informe\\_Salud\\_Mental\\_Trabajo.pdf](https://www.ugt.es/sites/default/files/informes/2024_Informe_Salud_Mental_Trabajo.pdf)
- Van der Molen, H. F., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H. W., y de Groene, G. (2020). Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(7), e034849.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034849>
- Wang, F., Zhang, M., Huang, Y., Tang, Y., He, C., Fang, X., Wang, X., y Zhang, Y. (2025). Impact of psychosocial factors on mental health and turnover intention among health workers at different occupational statuses: An exploratory cross-sectional study in China. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(5), 73.  
<https://doi.org/10.3390/ejihpe15050073>
- Wolvetang, S., van Dongen, J. M., Speklé, E., Coenen, P., y Schaafsma, F. (2022). Sick leave due to stress, what are the costs for Dutch employers? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(4), 764–772.  
<https://doi.org/10.1007/s10926-022-10042-x>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. OMS.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>