



Reflexiones

La prevención de los trastornos mentales en el ámbito laboral

ANGEL PALOMARES MARTÍNEZ

Centro de Estudios de Terapia Cognitivo Conductual. Apto. 2649. 28080 MADRID

RESUMEN

Este artículo intenta exponer la prevención de los trastornos mentales como parte integrante de la prevención de riesgos laborales y perfilar las directrices a seguir en el diseño de actuaciones preventivas en el marco laboral. Para ello se hace referencia a la inclusión de los trastornos mentales en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y se destaca la importancia que este tipo de patologías tienen en el rendimiento laboral. Se acotan términos de acuerdo a los dos últimos documentos de importancia publicados sobre la prevención de trastornos mentales (informes del I.O.M. y del N.I.M.H.), y se formulan los pasos a seguir en el diseño de intervenciones que reduzcan la incidencia de desórdenes mentales, mediante la reducción de los factores de riesgo y el incremento de factores protectores en el puesto de trabajo. Resulta evidente que en ciertas áreas de trabajo, la salud mental de los individuos participa en un alto porcentaje de bajas laborales. Existen medios para investigar si las diferentes características del puesto de trabajo desempeñado constituyen factores protectores o de riesgo para el desarrollo de patologías mentales y, en base a los resultados obtenidos, diseñar actuaciones que resulten efectivas en la protección de salud laboral.

ABSTRACT

This paper attempts to expose the mental disorders prevention as a integrating part of the occupational risks, and to outline the way in the preventive actions design in the occupational framework. For this is taken issue with the incorporation of the mental disorders in the occupational yield. They are annotated terms according to the two last important documents published on the mental disorders prevention (I.O.M. and N.I.M.H. reports), and are formulated the steps in the interventions design that reduce the mental disorders incidence, through the reduction of the risk factors and the incidence, through the reduction of the risk factors and the protective factors increase in the work place. Result evident that in certain work areas, the mental health from the individuals participates in a high percentage of occupational absences. There are ways to investigate if the characteristics of the performed work place constitute protective or risk factors for the mental pathologies development and, in base to the obtained results, to design effective interventions in the protection from the occupational health.

Algunas partes de este trabajo se han presentado en las II Jornadas de Salud Laboral de la Comunidad de Madrid. 29-30 de Mayo de 1997, Madrid.

PALABRAS CLAVE

Prevención de riesgos laborales, Salud laboral, Prevención de trastornos mentales.

KEY WORDS

Prevention of labor ricks, Occupational Health, Mental disorders prevention.

1. Introducción

En el Artículo 4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (L.P.R.L.) se considera como «daños derivados del trabajo a la enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo». Teniendo presente esta definición y la de Salud, establecida por la OMS., que indudablemente debe ser aceptada por la pertenencia de España a este organismo internacional, tienen cabida en la Ley, trastornos que pueden ser comprendidos en el ámbito de la Salud Mental. El artículo 25 de la L.P.R.L. establece la protección de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, así como la obligación del empresario de tener en cuenta las características personales que les hagan especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo, especificando que los trabajadores que a causa de sus características personales puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro, o en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo, no serán empleados en esos puestos de trabajo.

Además, el Reglamento de los Servicios de Prevención, refiriéndose al contenido general de la evaluación de los riesgos, en

su Artículo 4, apartados 1.a) y 2, reconoce las características personales del trabajador como objeto a tener en cuenta al realizar la evaluación de los riesgos, por su posibilidad de interactuar con las condiciones de trabajo para hacer especialmente sensible al trabajador que ocupe el puesto. La consideración de la interacción entre las características personales y el entorno (condiciones de trabajo) entronca con las ideas vertidas en el informe del National Institute of Mental Health (N.I.M.H.) (1995) donde se reconoce la relación entre los atributos de la persona y los del entorno como uno de los elementos que puede conformar un mecanismo de riesgo específico.

El artículo 15 de la L.P.R.L. sitúa como primer principio general la evitación de los riesgos y más adelante señala como otro principio la planificación de la prevención, integrando para ello la técnica, la organización, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales. Es más, la voluntad del legislador de contemplar las características personales del trabajador y su interacción con el entorno como un posible elemento generador de riesgos, queda reflejada en los artículos 47 y 48 cuando al tratar de los infracciones a la Ley, considera como falta grave o muy grave la adscripción de trabajadores a puestos cuyas condiciones fuesen incompatibles con sus características per-

sonales o que se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

Recientemente se ha considerado como idea central de la prevención, la posibilidad de alterar los factores protectores y de riesgo (Reiss y Price, 1996). La prevención de los trastornos mentales también comparte esa idea, y la importancia de su estudio puede calibrarse al conocer que en las estadísticas publicadas en Estados Unidos en 1994, aparecía una mayor número de fallecimientos por suicidio que los ocurridos por homicidio (U.S. Bureau of the Census, 1994), o que la depresión afecta al 17% de los adultos en algún momento de su vida (Kessler y cols., 1994).

Ahora bien, ¿cómo aplicar los conceptos de la prevención de los trastornos mentales en el ámbito laboral? Comenzaremos trasladando las definiciones principales realizadas por Rutter (1985) al lenguaje que se utiliza en la empresa. Llamaremos factor de riesgo en el trabajo a toda característica, variable o suceso que si está presente para un individuo dado, hace más probable que este individuo desarrolle un trastorno mental. A su vez, definiremos el factor protector, como toda característica o variable que altera la respuesta de un sujeto determinado ante un suceso del entorno, de forma que se reduzca la probabilidad de desarrollar un trastorno mental. En este sentido, los factores protectores y de riesgo en el trabajo jugarían un papel similar al de los inmunógenos y patógenos conductuales definidos por Matarazzo (1983).

Tanto el informe del N.I.M.H. (1995) ya citado, como el del Institute of Medicine (I.O.M.) (Mrazek y Haggerty, 1994), con-

cluyen que diversos factores protectores y de riesgo son comunes a varios trastornos, y en los casos de patologías graves, es necesaria la concurrencia de varios factores de riesgo para su desarrollo. De la misma forma, algunos factores de riesgo son generales y de suficiente gravedad como para desencadenar o influir en la aparición de diversos trastornos mentales. Estos dos documentos consideran que a mayor número de factores de riesgo a los que se encuentre expuesto un individuo, existirá mayor probabilidad de desarrollar un trastorno mental.

Es importante distinguir entre factores de riesgo, y mecanismos de riesgo, definiendo éstos últimos como los mecanismos específicos mediante los cuales los factores de riesgo llegan a producir un trastorno mental determinado. En muchos casos, estos mecanismos incluyen una secuencia compleja de eventos, que implican las características personales, el entorno y la interacción entre ambos. Se han identificado dos tipos de mecanismos de riesgo. El primero de ellos es la correlación entre las características personales y las del entorno; los individuos no se distribuyen aleatoriamente a través de diferentes entornos, sino que a lo largo del tiempo, las características de la persona (psicológicas, sociales, culturales, biológicas y económicas) aumentan la probabilidad de ser encontrados en determinados entornos. Un segundo tipo de mecanismo de riesgo es la interacción persona-entorno, en la que un factor de riesgo personal puede ser modificado, aumentándolo o disminuyéndolo, por un factor ambiental. Así, en un puesto de trabajo determinado, la presión de la tarea a desarrollar, el apoyo de los compañeros, el clima organizacional existente y la disponibilidad de estrategias de afrontamiento del sujeto pueden conjuntarse para facilitar

o evitar la aparición de una patología mental.

2. La intervención preventiva en el ámbito laboral

Parece evidente por tanto, que si queremos desarrollar intervenciones preventivas eficaces, deberemos estudiar los diferentes factores protectores y de riesgo para cada uno de los trastornos mentales, y los mecanismos que siguen para desencadenar la aparición del síndrome. Como ejemplo puede citarse el modelo explicativo del síndrome del burnout propuesto por Cherniss (1993) en el que la autoestima y la autoeficacia percibida son consideradas como variables que juegan un papel fundamental en el desarrollo del síndrome, pudiendo considerárselas por tanto, como factores protectores o de riesgo (según sean altas o bajas) para la aparición del síndrome.

En el puesto de trabajo, parece poco útil la discusión sobre si es preferible dirigir las intervenciones a reducir específicamente la incidencia de trastornos mentales determinados, reducir factores de riesgo generales, o promover la salud mental en general, ya que este último objetivo queda, salvo en situaciones muy concretas, fuera del ámbito de la prevención de riesgos laborales. De hecho, la L.P.R.L. insiste en que la tarea primordial es la supresión de riesgos, sea de trastornos mentales o de otro tipo, como se hace explícito en el artículo 15. Esta tarea se complejifica al tratar específicamente de los trastornos mentales ya que es necesario introducir en el estudio no sólo los elementos físicos del entorno y la tarea y su interrelación, sino la combinación de todos ellos con los factores personales del operario que incluyen constructos como

el estilo de afrontamiento, los esquemas cognitivos, la percepción de autoeficacia, etc., que implican una mayor dificultad de medida y de manipulación.

Por todo ello, cuando el objetivo es la prevención de los trastornos mentales, se reconocen como fructíferas tres aproximaciones: 1) Intentar reducir los factores de riesgo y/o fortalecer o aumentar los factores protectores; 2) Identificar los casos preclínicos, o que se encuentran en sus prodromos y dirigir los esfuerzos a evitar el desarrollo completo del síndrome; y 3) Estudiar la asociación de los diferentes trastornos, y una vez aparecido uno de ellos, prevenir el desarrollo del trastorno secundario (NIMH, 1995).

2.1. Dimensiones de la intervención

En el cumplimiento de estos objetivos generales, se debe elegir entre diversas estrategias, que podemos diferenciar en dos dimensiones: la primera en relación con el momento apropiado para implementar la intervención, y la segunda en relación con la amplitud de foco de la intervención.

2.1.1. Momento de la intervención

La primera dimensión se ocupa del momento en el que se puede obtener una optimización de los resultados en la aplicación de la intervención o «ventana de oportunidad». Hace referencia a los estudios que han relacionado la aparición de determinadas alteraciones en momentos evolutivos determinados. Una estrategia de intervención es aprovechar esta «ventana de oportunidad» para variar los factores que se encuentran asociados al mantenimiento de esta ansiedad, más allá de su período evolutivo de aparición.

En la mayoría de los puestos de trabajo, tarde o temprano existe un período de adaptación a una nueva tarea, cuando se produce un ingreso en la empresa, un cambio de puesto por cualquiera que sea el motivo, o una variación significativa de las tareas a llevar a cabo, bien por variaciones de la tecnología productiva bien por cambios del contenido productivo. Este período de adaptación vuelve a la persona que ocupa el puesto especialmente vulnerable a las exigencias del mismo, debido a que todavía no ha desarrollado los recursos de afrontamiento adecuados para responder a las exigencias. Dependerá del cúmulo de recursos que la historia del individuo le haya procurado, y del concepto de autoeficacia que posea, así como de la evaluación que haga de la situación potencialmente estresante, el que la ansiedad provocada pase a desarrollar un trastorno, o sea adecuadamente manejada por el trabajador (Bandura, 1996; Lazarus y Folkman, 1986). Si previamente a, o durante este período, se provee al trabajador de estrategias adecuadas de afrontamiento, la posibilidad de la aparición de patología será menor, habiendo aprovechado así la «ventana de oportunidad» que brinda el conocimiento de que determinados cambios laborales provocan períodos de adaptación en los trabajadores. Este tipo de actuación está contemplado en el artículo 19 de la L.P.R.L. que obliga al empresario a garantizar que cada trabajador reciba «una formación básica y práctica, suficiente y adecuada, tanto en el momento de su contratación, como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe» que deberá centrarse específicamente en el puesto de trabajo en cuestión y repetirse periódicamente si es necesario.

2.1.2. *Foco de intervención*

La segunda dimensión se ocupa del foco de la intervención y puede distinguirse entre intervenciones cuyo foco es universal, selectivo o indicado según el informe del IOM (Mrazek y Haggerty, 1994). Se considera que una intervención es universal cuando se dirige a la población en general, o al menos la aplicación no se realiza tras la detección de un grupo con mayor riesgo que el resto de la población. Tiene como características que el coste por individuo suele ser relativamente bajo, que es aceptable para la población a la que se aplica y existe una probabilidad muy baja de que aparezcan efectos negativos de la intervención. Las intervenciones selectivas son aquellas que se dirigen a individuos o a subgrupos de población que están en mayor riesgo que el resto de sufrir el trastorno que el promedio poblacional. Normalmente el coste de estas intervenciones es superior al de las universales, y su aceptabilidad por el subgrupo a que se aplica, y la posibilidad de efectos negativos deben ser estudiadas con anterioridad a su aplicación. Por último, las intervenciones indicadas, se dirigen a subgrupos o a individuos de alto riesgo, con predisposición a sufrir el trastorno mental, que han sido detectados mediante estudios previos en los que se han hecho evidentes factores de riesgo psicológicos, sociales o biológicos. Este tipo de intervenciones pueden estar justificadas incluso cuando el coste por individuo sea alto y el riesgo de efectos negativos mayor que en los tipos anteriores de intervención, siempre que dicho riesgo sea adecuadamente evaluado y se considere asumible (Mrazek y Haggerty, 1994).

En el ámbito laboral, por definición las intervenciones tendrán un carácter selectivo o indicado, puesto que la L.P.R.L. orde-

na la realización de una evaluación de riesgos de cada puesto de trabajo, para proceder a la supresión de los riesgos detectados o, en caso de no ser posible éste, a la reducción de los mismos, y dado que las intervenciones universales, sólo podrán realizarse en casos en que la inmensa mayoría de los puestos de una empresa compartan características comunes que convenga incrementar (en el caso de los factores protectores) o reducir (en el caso de los factores de riesgo).

2.2. Implantación de la intervención

Tanto si entendemos la cultura como la forma común y aprendida de vivir que comparten los miembros de una sociedad, la cual está constituida por la totalidad de instrumentos, técnicas, actitudes, creencias, motivaciones, organización y sistemas de valores que conoce un grupo humano y por los cuales dicho grupo puede a su vez ser reconocido (Deal y Kennedy, 1986), como si la entendemos como las creencias, valores y normas de comportamiento que mantienen los miembros de una organización en relación con múltiples aspectos de la vida del equipo: su estructura formal e informal, su misión, sus objetivos, los criterios de ejecución y eficiencia, el poder y la autoridad, los servicios que la organización presta a los ciudadanos, las relaciones informales, los estilos de dirección y muchos otros aspectos (Costa y López, 1996), parece claro que influirá en la forma en que una intervención preventiva será aceptada y adoptada por la organización como conjunto y por sus miembros a nivel individual.

Por ello, se debe considerar la cultura organizacional en la que se va a implantar la intervención, realizando las adaptaciones que sean necesarias para convertirla en

aceptable e integrable dentro del grupo al que se va a implantar. Las características de una cultura organizacional pueden influir en los momentos de aparición de los trastornos, afectando así a los que hemos llamado «ventana de oportunidad» para aplicar un programa preventivo determinado. También puede influir en la prevalencia de un determinado trastorno, o de los factores de riesgo para el mismo.

Todas estas influencias derivadas de la cultura, no solo actúan a través del conjunto global de la organización, sino también a través de la respuesta que cada trabajador da a la estrategia preventiva que se está usando, características fácilmente detectables en encuestas internas, como el nivel de satisfacción, el grado de motivación o el nivel, tono e intensidad de las comunicaciones (Andersen Consulting, 1990) harán que el trabajador contemple la implantación con expectativas positivas o negativas y haciendo que sea más o menos receptivo a la misma. Los programas preventivos que han tenido éxito son aquellos que han conseguido ser adoptados como propios y apoyados por los miembros de la comunidad en la que se han implantado. Si esto ha sido de importancia capital en los resultados de los programas de foco más amplio, parece claro que en el caso de la prevención de riesgos laborales, esta importancia se acentúa, ya que es fundamental que el trabajador asuma que es por su propio interés el apoyar las acciones del programa, cosa que por otra parte, prescribe la L.P.R.L. en su artículo 29, apartado 2, punto 6º.

3. Areas de investigación prioritarias.

Basándonos en todas estas nociones, vamos a intentar señalar las áreas de investigación que pueden resultar más prometedoras a nuestro entender, para pasar des-

pués a señalar los pasos a seguir en el diseño de intervenciones preventivas en el ámbito laboral.

Es prioritario aumentar el conocimiento actual sobre los factores protectores y de riesgo para los trastornos mentales, que existen en los puestos de trabajo. Aunque finalmente será necesario evaluar el riesgo concreto para cada puesto de trabajo específico siguiendo el mandato de la L.P.R.L. en su artículo 16, inicialmente es necesario establecer un conocimiento de base genérico que pueda ser aplicado a diferentes tipos de organizaciones. De hecho existen ya diversos estudios sobre temas concretos tales como el síndrome del «Burnout» en profesiones asistenciales y se han llegado a definir antecedentes específicos para el desarrollo del síndrome (Chermiss, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1996; Leiter, 1992), pero es necesario ampliar el número y la diversidad de temas estudiados.

También es necesario realizar estudios epidemiológicos que permitan definir qué características generales de ciertos puestos de trabajo deben considerarse asociadas a la aparición de trastornos mentales, así como establecer las relaciones entre las condiciones mentales y las enfermedades físicas en el trabajo. Como ejemplo de lo primero puede citarse el estudio de Parker y Brody (1982) en el que hallaron que el estrés laboral, operativizado como altos niveles de demandas y rutina en la tarea, se asociaba con un mayor consumo de alcohol y problemas con la bebida. Como representación de lo segundo, Kittel, Kornitzer y Dramaix (1980) realizaron un estudio longitudinal a lo largo de 10 años con empleados de dos bancos, encontrando una tasa de enfermedades cardíacas graves (infartos y muerte súbita) un 50% más alta en los trabajadores del banco que exigía

mayores demandas y que había tenido más cambios en su política, una vez controlados los principales factores de riesgo coronario (taquismo, obesidad, sedentarismo, etc.).

En relación con los estudios epidemiológicos y basándose en ellos se deben formular modelos de la evolución de los distintos trastornos, que establezcan una base teórica explicativa que permita diseñar programas preventivos efectivos. También en este campo se han dado algunos pasos, si bien todavía son insuficientes (Edelwich y Brodsky, 1980; Gil-Monte y Peiró, 1996; Montalbán, Bonilla e Iglesias, 1996).

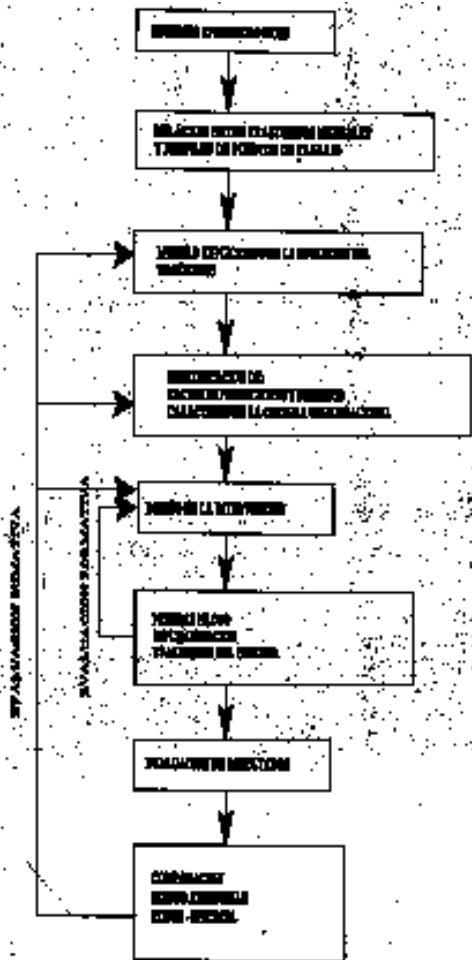
Otro campo de estudio importante es el de la evaluación de las intervenciones preventivas, haciendo hincapié en cuáles son los componentes efectivos de cada intervención, para posteriormente, diseñar intervenciones de mayor eficiencia. Tan solo desarrollando intervenciones eficientes, es decir, con una proporción coste/eficacia que resulte rentable, se conseguirá que las organizaciones las asuman y que los individuos las contemplen como algo digno de tener presente en su trabajo.

4. Fases en la prevención de trastornos mentales en el ámbito laboral.

En la figura 1 podemos ver la secuencia que se propone en la prevención de los trastornos mentales en el ámbito laboral. Como puede verse, el primer paso consistiría en establecer una relación entre los puestos o sus características con la aparición de los distintos trastornos mentales conocidos, lo que puede ser llevado a cabo mediante estudios epidemiológicos que definan los perfiles más frecuentes en los puestos en los que aparece un determinado trastorno. Estos estudios también pueden detectar los puestos en

los que aparecen con mayor frecuencia patologías físicas que presenten componentes mentales.

Figura 1



Una vez establecidos los trastornos mentales que aparecen en los diferentes tipos de puestos, es necesario proponer modelos explicativos de la evolución del trastorno, de forma que puedan ser identificados los

distintos factores protectores y de riesgo, los momentos óptimos para implementar las intervenciones, y las peculiaridades de la cultura organizacional que van a permitir adecuar la intervención a la organización concreta en la que se implante.

La siguiente fase será realizar el diseño de intervenciones específicas, encaminadas a reducir los factores de riesgo o a incrementar los factores protectores que hayan sido determinados como objetivos a variar, de acuerdo con el modelo explicativo del desarrollo del trastorno.

Se llevará a cabo la implantación de la intervención preventiva, tras haber efectuado las pruebas piloto necesarias, realizando la evaluación del proceso de aplicación, de forma que cada aplicación pueda servir como una evaluación formativa que permita introducir rectificaciones y mejoras en las sucesivas aplicaciones.

El último paso consistirá en realizar una evaluación de los resultados obtenidos con la intervención llevada a cabo, estableciendo el riesgo atribuible, es decir, la máxima proporción de casos que se evitarían si la intervención fuese efectiva al 100% en la eliminación de un factor de riesgo determinado, y comparándola con la prevención realmente alcanzada. Así mismo, debe estimarse el coste que hubiera supuesto la no aplicación del programa, para decidir, al compararlo con el coste del programa, si el llevarlo a cabo ha sido rentable para la organización.

CONCLUSIONES

La L.P.R.L. en su artículo 2 define como su objeto «promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención

de los riesgos derivados del trabajo», y en tanto la salud del trabajador implica la salud mental del mismo, es necesario el estudio de los factores de riesgo en los puestos de trabajo, que pueden facilitar el desarrollo de los trastornos mentales englobados en las clasificaciones nosológicas al uso, o de síndromes específicos del ámbito laboral, como el del «burnout».

Como se ha expuesto, existen ya directrices adecuadas para emprender investigaciones que permitan determinar las características de los puestos de trabajo, de los trabajadores que los ocupan, o de la interacción entre el trabajador y el medio, que pueden constituir factores protectores o de riesgo para la aparición de trastornos mentales. También se han citado algunos estudios en este sentido, que han definido antecedentes de trastornos o han propuesto modelos secuenciales de desarrollo de los mismos, si bien son claramente insuficientes y restringidos a problemas concretos, siendo necesario seguir en el mismo camino, ampliándolos a una mayor diversidad y profundizando en los ya iniciados.

Se ha evidenciado la posibilidad de diseñar intervenciones preventivas que reduzcan la probabilidad de aparición de los diferentes trastornos y se ha propuesto un modelo de las etapas a seguir en la actividad preventiva de los trastornos mentales en las organizaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSEN CONSULTING. (1990). Monografía de cultura empresarial. *Gestión de cambio*, 2.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. NJ: Prentice Hall.
- CHERNISS, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 135-149). Washington, DC: Hemisphere.
- COSTA, M. Y LOPEZ, E. (1996). *Los secretos de la dirección. Manual práctico para dirigir organizaciones y equipos*. Madrid: Pirámide.
- DEAL, T. Y KENNEDY, A. (1986). *Culturas corporativas. Ritos y rituales de la vida organizativa*. Buenos Aires: Fei.
- EDELWICH, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Science Press.
- GIL-MONTE, P.R. Y PEIRÓ, J.M. (1996). *El síndrome de quemarse en el trabajo*.
- GIL-MONTE, P.R. Y PEIRÓ, J.M. (1996). Un estudio sobre antecedentes significativos del «Síndrome de quemarse por el trabajo» (burnout) en trabajadores de centros ocupacionales para discapacitados psíquicos. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12, (1), 67-80.
- KESSLER, R.C., MCGONAGLE, K.A., SHANYANG, Z., NELSON, C.B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S. WITTCHEN, H.U. Y KENDLER, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- KITTEL, F., KORNITZER, M. Y DRAMAIX, M. (1980). Coronary heart disease and job stress in two cohorts of bankk

clerks. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 110-123.

LAZARUS, R. S. Y FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

LEITER, M.P. (1992). Burnout as a crisis in professional role structures: Measurement and conceptual issues. *Anxiety, Stress and Coping*, 5, (1), 79-93.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. *B.O.E n° 269 de 10-XI-95*.

MATARAZZO, J.D. (1983). Graduate education in health psychology, behavioral immunogens, and behavioral pathogens. *Health Psychology*, 2, 53-62.

MONTALBÁN, F.M., BONILLA, J. E IGLESIAS, C. (1996). Actitudes laborales y estrés asistencial: Un modelo de relación secuencial. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12, (1), 81-88.

MRAZEK, P.J. Y HAGGERTY, R.J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: National Academy Press.

N.I.M.H. Committee on Prevention

Research. (1995). *A plan for prevention research for the National Institute of Mental Health* (A report to the National Advisory Mental health Council). Washington, DC: Autor.

N.I.M.H. Prevention Research Steering Committee. (1994). *The prevention of mental disorders: A national research agenda*. Washington DC: Autor.

PARKER, D. Y BRODY, J. (1982). Risk factors for alcoholism and alcohol problems among employed women and men. En *Occupational alcoholism: A review of research*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph n° 8, Washington, DC, US Government Printing Office.

REISS, D. Y PRICE, R.H. (1996). National research agenda for prevention research. *American Psychologist*, 51, (11), 1109-1115.

RUTTER, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

U.S. Bureau of the Census. (1994). *Statistical abstracts of the United States* (114th.ed.). Washington DC: U.S. Government Printing Office.