

# EL ESPECIALISTA DE LA SALUD MENTAL EN CUBA ANTE LA ACTIVIDAD LABORAL

**Jorge Juan Román Hernández**  
*Academia de Ciencias de Cuba*

## **Resumen**

La actividad laboral es fuente de realizaciones, de crecimiento personal; pero lo es también de malestares, conflictos, tensiones, enfermedades. Muchas de estas alteraciones de la salud, y de modo particular de la salud mental afectan de manera sensible también a los familiares de las personas que trabajan. Existen síndromes cuya identificación y caracterización han sido específicas del comportamiento humano en contextos organizacionales. Sin embargo, por lo general los especialistas en salud mental, psiquiatras y psicólogos, cuentan con una formación profesional limitada en este tema. La elevada y creciente solicitud de atención en los servicios de salud mental hace suponer que se corresponda con la frecuencia con que esa demanda también se asocie a problemas relacionados con la actividad laboral. Se aportan evidencias documentales que apoyan esos criterios y se analizan posibles explicaciones de esas contradicciones. El artículo concluye con propuestas de acciones para superar la situación actual de la salud mental ocupacional en Cuba.

**Palabras clave:** Salud laboral, salud mental, salud mental ocupacional

## **Abstract**

*Work is a source of achievement, personal growth; but also of physical ailments, conflicts, tensions and diseases. Many of these health disorders have a negative impact not only on the workers but on their families, too. Some syndromes have been ethiological linked to organizational contexts. However, the specialists in mental health, psychiatrists and psychologists mainly, have a limited professional training in this topic and also a scarce interest in it. These facts are in contrast with the awareness of the common Cuban population about the negative implications of work for your mental health, as well as with the increasing application of care in mental health services. In the article are analyzed some possible explanations of these anecdotes. A similar lack of specialists in mental health exists in the field of occupational health. The article concludes with proposals of actions to overcome the current situation of occupational mental health in Cuba.*

**Key words:** Occupational health, mental health, occupational mental health

*“En efecto, el trabajo ocupa un lugar decisivo en los procesos involucrados en la construcción de la salud mental, como también así en el desencadenamiento de los trastornos psicopatológicos”.*

C. Dejours e I. Gernet

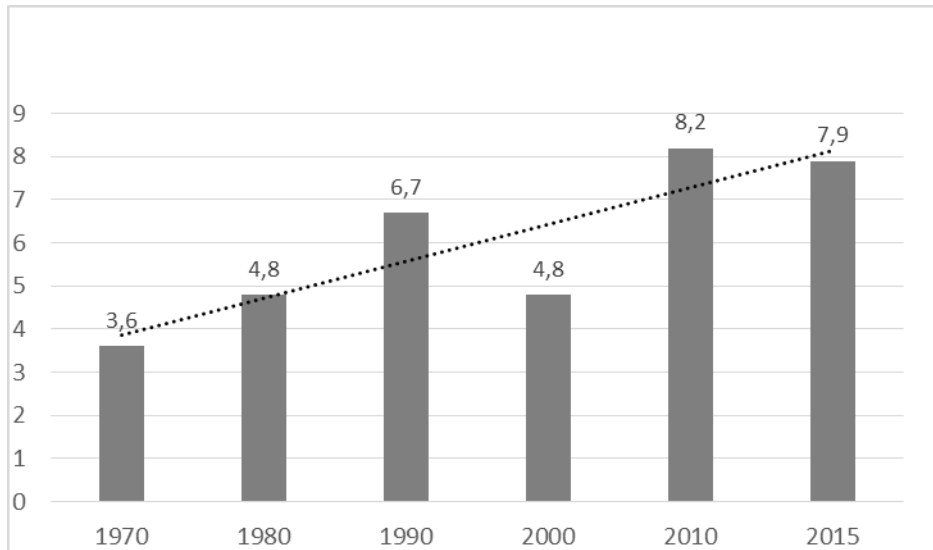
## **Preocupación introductoria**

Este artículo es motivado por mi preocupación acerca de la significación que nuestros profesionales de la salud mental conceden a la actividad laboral en su profesión y en las prácticas del trabajo que cotidianamente realizan con sus pacientes. Los especialistas en salud mental que trabajan en servicios generales no siempre indagan la esfera laboral, a menos que el paciente se refiera a ella.

Psicólogos y psiquiatras con frecuencia concentran su trabajo e inclusive se especializan en determinados objetos específicos de su interés, tales como la familia, las adicciones, adolescencia, sexualidad, o en determinados trastornos cuya lista sería sumamente extensa. Todos ellos pertinentes e importantes; sin embargo, sobre los problemas de salud mental vinculados al trabajo, no son sino muy escasos los profesionales que en Cuba se dedican principalmente a ese tema.

Según los últimos datos publicados en 2015 por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información de Cuba (ONEI, 2014, 2015), al 31 de diciembre de 2014 la población total fue estimada en 11 238 317 habitantes, de los cuales 7 097 200 se encontraban en edad laboral, y 4 969 800 se encontraban ocupados; es decir, un 44,2 % de la población total y un 70 % de la población en edad laboral eran trabajadores. Estas proporciones son considerablemente altas en relación con las probabilidades de que los especialistas en salud mental reciban a un trabajador en su servicio. Haciendo abstracción de otras condiciones, un profesional de cada diez casos que atiende tiene la probabilidad de que cuatro de ellos sean trabajadores; pero si esos diez casos estuvieran en edad laboral, siete serían trabajadores. En tales condiciones, ¿pueden estos profesionales prescindir del conocimiento acerca de la influencia de los riesgos del trabajo para la salud mental de los trabajadores?

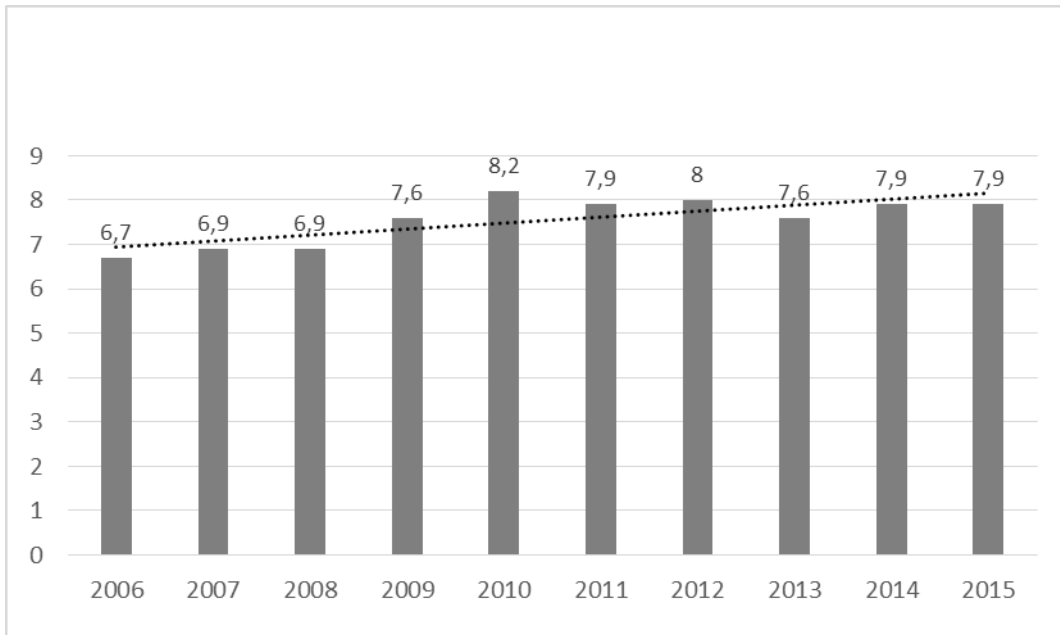
Una evidencia más la aportan los datos siguientes. En el gráfico 1 se muestran las tasas por 100 habitantes de casos atendidos en consultas de psiquiatría en las pasadas cinco décadas, además del año 2015, último del que aparecen los datos en el sitio de estadísticas de salud.



Fuente: Anuarios Estadísticos de Salud, MINSAP

Gráfico 1. Casos atendidos en servicios de psiquiatría. Tasas por 100 habitantes (1970-2015)

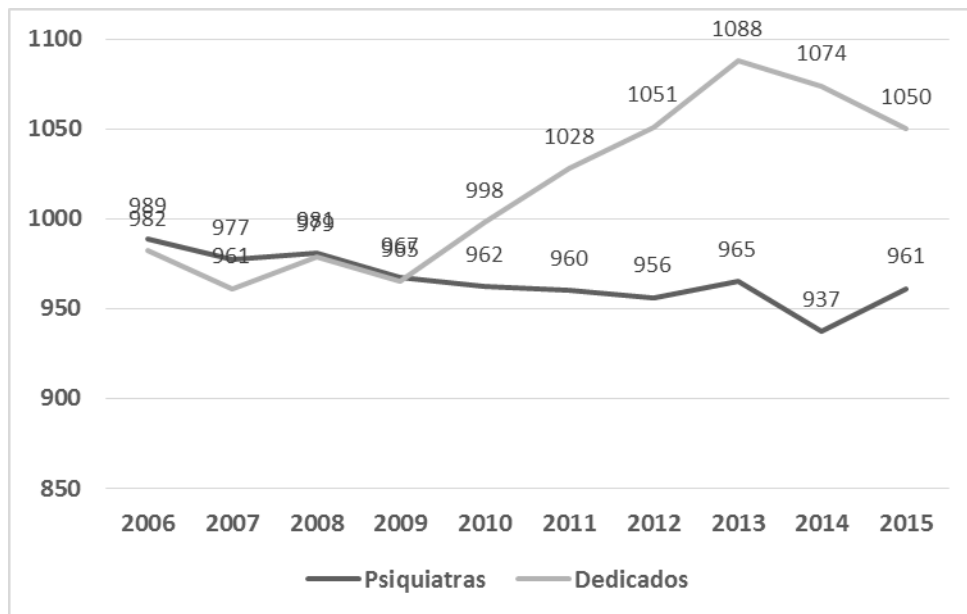
En el gráfico 2 aparecen similares datos pero de los diez años anteriores a 2015. Se aprecia una tendencia creciente de la demanda de atención en los decenios anteriores y cierta estabilización en los últimos diez años, en sentido general. Es preciso decir además que las consultas psiquiátricas ocuparon en todos esos años los lugares 2º al 4º en cuanto a los casos atendidos entre las diversas especialidades clínicas.



Fuente: Anuarios Estadísticos de Salud, MINSAP

Gráfico 2. Casos atendidos en servicios de psiquiatría. Tasas por 100 habitantes (2006-2015)

Sin embargo, si como muestra el gráfico 3 dirigimos nuestra atención a la cantidad de especialistas en psiquiatría clínica; la tendencia es francamente decreciente. Esa disminución resulta numéricamente compensada por la capacitación de otros médicos, por ejemplo, de Medicina General Integral para prestar servicios en el campo de la salud mental, los que son llamados “Dedicados”.



Fuente: Anuarios Estadísticos de Salud, MINSAP

Gráfico 3. Profesionales de la atención psiquiátrica: Especialistas y Dedicados (2006-2015)

Con suma frecuencia los trabajadores tienen que realizar considerables esfuerzos adaptativos ante las condiciones materiales y humanas que les toca enfrentar en sus organizaciones laborales. Es usual que esos esfuerzos les generen tensión emocional, la que no siempre es eficientemente

controlada. En estos casos, cuando el malestar surge, aparece también la demanda de atención que es asumida por los especialistas. Si estos últimos carecen de una adecuada formación y de una información actualizada, o no están motivados por esta esfera de la vida, lo más probable es que su atención al paciente trabajador no sea óptima.

Algunos temas han captado más la atención de nuestros profesionales de la salud mental. Tal es el caso del *burnout* y más recientemente del acoso psicológico laboral. Evidencias de ello son los programas científicos de los eventos “Psicohabana”, convocados por la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud (2014) en el último de los cuales se presentaron 26 trabajos sobre el tema de “Salud del trabajador”. De ese total 13 eran de autores cubanos; 10 (38%) eran sobre los temas de *burnout* (7) y sobre acoso laboral (3). La temática de salud mental y trabajo fue la octava (8ª) en cuanto a cantidad de trabajos, superada por las siguientes: psicología infanto-juvenil (76 ponencias), enfermedades crónicas (50), intervención (39), problemas teóricos y metodológicos (38), adicciones, tercera edad y familia (igualados con 34), calidad de vida (31), y también igualados sexualidad y temas varios (27).

### **Motivos de desmotivación**

Caben diversas explicaciones de las actitudes y hechos antes comentados. Sin pretensiones de compendiarlas todas, se referirán algunas seguidamente. No son meras especulaciones. Ellas se derivan de la experiencia de numerosos intercambios con profesionales de la salud mental en diversos escenarios y durante años.

#### *Limitaciones de la cultura sobre salud y seguridad en el trabajo*

Esta es una condición que no se limita a los profesionales de la salud mental; sino que alcanza a amplios sectores de la población. Su origen en gran medida pudiera deberse a que en todo el recorrido escolar estos contenidos apenas se abordan, a pesar de que el artículo 142 del Código de trabajo (Cuba. Asamblea Nacional del Poder Popular, 2014) establece que el sistema nacional de educación debe garantizar la presencia de estos contenidos en los planes y programas de estudio.

#### *Limitaciones de la formación superior*

En los programas de formación de pregrado de quienes se forman como profesionales de la salud mental los contenidos relacionados con la salud y la protección de los trabajadores han sido y aún hoy son escasos, cuando existen. El postgrado no presenta una situación muy diferente, excepción hecha de la Maestría en Salud Ocupacional del Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT) del Ministerio de Salud Pública. Otros programas de postgrado sobre salud mental dan poco espacio a este tema, en ocasiones solo con carácter opcional.

#### *Presión asistencial*

La demanda de atención en los servicios de salud mental es elevada. Los profesionales deben hallar estrategias que les permitan dar una atención satisfactoria a sus pacientes. Las sesiones de consulta se enfocan hacia los problemas de mayor relevancia que se identifican o que motivan la solicitud de atención. Si la actividad laboral no ocupa esos lugares, puede que no sea objeto de una mayor exploración.

#### *Desvalorización del trabajo*

El trabajo aporta los recursos para el sostenimiento material de las personas que trabajan, de sus familias y de la sociedad. Es determinante en el modo y el estilo de vida. El trabajo se relaciona estrechamente con otros géneros de actividades vitales de las personas, como la vida familiar, el desarrollo personal, así como la recreación y el ocio (Abuljánova, 1989). Condiciona el presupuesto de tiempo, un ritmo de vida, el nivel y el carácter del consumo, los contactos sociales, así como otros aspectos de la conducta de las personas (Sicinski, 1983). De ahí que cobre mayor significación.

Dado que casi la mitad de los ciudadanos cubanos son trabajadores, la dimensión poblacional del sector laboral es otra razón para valorar su relevancia, ya que esto incrementa la probabilidad de que

quienes solicitan los servicios de salud sean personas que trabajan. A pesar de esas razones el trabajo suele ser menos valorado que otros escenarios sociales, como el familiar, por ejemplo, a los efectos del interés que despiertan en nuestros profesionales de la salud mental.

*Desgaste asociado al trabajo como experiencia laboral propia*

El especialista en salud mental es también un trabajador. Él tiene su propia experiencia de desgaste físico, mental e intelectual producto de su labor. En condiciones adversas de organización de su trabajo, cuando su labor es altamente demandante, los recursos y condiciones ambientales no son óptimas y sus posibilidades de hacer valer su control e introducir cambios sobre esas condiciones, son muy restringidas. Surge el malestar y el conflicto entre su compromiso, sus valores profesionales y la necesidad de distanciarse de las fuentes de desgaste.

Si bien es cierto que se encuentra profesionalmente preparado para enfrentar el desgaste, no por gusto los profesionales de la salud –sin excluir a los de la salud mental– son de los más afectados por el *burnout* (Román, 2007).

No hay que olvidar que el trabajo no solo es fuente de sufrimiento humano, sino también de realizaciones y placer; aunque en el trabajo clínico por razones que aún hoy resultan obvias, el malestar y el daño ocupan más la atención de los especialistas.

En este punto se nos presenta una contradicción. ¿Cómo resulta posible que siendo los especialistas en salud mental afectados por el desgaste en el trabajo no despierte la actividad laboral su interés profesional? No pudiera expresar un juicio concluyente, pero sus vivencias de malestar no conducen a sentir el atractivo de enfocar el trabajo como objeto de estudio. Puede también que precisamente el rechazo a sus vivencias de malestar le desmotiven a dedicarse a su investigación y estudio.

*Reduccionismo y banalización del estrés laboral*

Las teorías del estrés laboral han aportado un volumen de información considerable producto de numerosas investigaciones realizadas en las últimas décadas. Sin embargo, aún permanecen relativamente desconocidas por muchos de los especialistas en salud mental, en quienes impera el concepto del estrés como un estado genérico de tensión emocional que puede desorganizar el comportamiento, alterar el equilibrio de funciones vitales del cuerpo e incrementar la probabilidad de otros daños a la salud de las personas, infligidos tanto a la psique como al soma. No obstante esa información, profesionales más inclinados a un enfoque biológico, subvaloran o rechazan la mediación subjetiva de la mayor parte de los trastornos de la salud, en particular los de los trabajadores.

Una segunda manifestación de reduccionismo es propio del concepto de estrés y del modo en que este se maneja en las investigaciones empíricas. En todo caso las teorías del estrés aportan asociaciones del trabajo, del comportamiento humano y los daños a la salud; mas al perder la vinculación con sus determinantes objetivos, la organización del trabajo, y los subjetivos, es decir, el sistema de necesidades del sujeto y su dinámica en relación con el contexto organizacional, no es posible desentrañar los móviles del comportamiento, ni la dinámica del estrés como un proceso vital (Dejours, 2013).

Las tensiones emocionales que origina la vida cotidiana han pasado a ser parte de la vida de las personas, lo que no quiere decir que carezcan de consecuencias para el bienestar y la salud. Es posible que las vivencias de estrés continuas aunque de baja significación e intensidad, lleguen a producir más inestabilidad emocional que un evento más intenso.

De otra parte, si las fuentes de estrés poseen una significación positiva para la persona y su intensidad es cuando más, moderada, suele considerarse que el estrés solo cumple una función de activación de la conducta y no solo no es nocivo; sino inclusive un fenómeno favorable. Es este el llamado “estrés bueno” o eustrés.

Sin restar validez a ambas situaciones y a las consideraciones que producen, deben analizarse

prudentemente. Con no poca frecuencia su inadecuada generalización es el sustento de una actitud negligente respecto al estrés que banaliza sus reales peligros para la salud de las personas, en particular de los trabajadores.

### **¿Problemas o retos?**

Producto de la abstracción humana, se desintegra la salud en los trastornos del soma (“salud física”) y los trastornos de la psique (“salud mental”). Si bien esto abre un espacio propio para estas últimas alteraciones, no deja de tener inconvenientes separar ambos campos; sobre todo porque en la práctica clínica con no poca frecuencia se soslaya su integración, o ella se asume declarativamente sin una expresión real en el trabajo profesional.

El concepto del humano como ser bio-psico-social formulado por el epidemiólogo británico George L. Engel en los años 70 del pasado siglo ha devenido en una fórmula más veces repetida que interpretada y elaborada en la práctica profesional como un fundamento de valor metodológico. Es por ello que Benedetto Saraceno (1994) ha manifestado que “el adjetivo bio-psico-social se está tornando cada vez más privado de sentido”.

De hecho, el adjetivo psicosocial es anfibológico. Pudiera significar la determinación social del surgimiento y desarrollo de lo psicológico en el humano; lo grupal o colectivo también denominado sociopsicológico; la diferenciación respecto a lo individual; o lo que considero más probable, la denominación inclusiva e integradora de cuanto no es primariamente biológico en la tríada de Engel, fundiéndose ambos términos en una sola palabra que de manera acrítica incluiría diversos niveles de los fenómenos sociales e individuales.

A pesar de lo antes dicho, el término ha devenido en algo usual y facilitador de la comunicación entre especialistas de las ciencias sociales y las biológicas. Y aun cuando a los psicólogos al menos no nos añade nada de particular a lo propiamente psicológico, pues conocemos de su determinación social, dada su capacidad de facilitar la comunicación interdisciplinaria, el término es acogido por todos.

Aunque existen suficientes evidencias del impacto de las condiciones sociales sobre la salud de la población (Wilkinson y Marmot, 2003), tanto de la salud “física” como “mental”, los determinantes psicológicos y sociales constituyen un objeto de frecuente discusión. A los efectos de la salud ocupacional, entre esas condiciones se encuentran las que son propias de los contextos laborales: del ambiente laboral, de la organización del trabajo y de las relaciones sociales en el trabajo (Neffa, 2015).

### *Dos enfoques*

La teoría del estrés y la epidemiología han aportado dos vías de acceso no contradictorias entre sí a la investigación de la salud en el trabajo.

Las investigaciones del estrés han seguido tres orientaciones fundamentales en la consideración de su objeto: el estrés como respuesta psicobiológica a la necesidad de adaptación, el estrés como estímulo desencadenante de esa respuesta (usualmente llamados estresores), y el estrés como proceso de adaptación en que estresores y respuestas de estrés se integran para impactar el comportamiento. Estas investigaciones han contribuido a identificar la asociación de los estresores con particularidades positivas o negativas de la salud mental o física (Grau, Hernández y Vera, 2005).

La investigación higiénica laboral avanzó en este terreno cuando, al aplicar el enfoque de riesgos al examen de las condiciones de trabajo, convirtió el factor humano en una fuente de condiciones potencialmente nocivas o protectoras de la salud. De ahí los factores de riesgos y en particular los factores protectores psicosociales.

En la 27ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1974) se tomó la decisión de abrir esa línea de investigaciones.

Bajo el enfoque del estrés, así como mediante el enfoque epidemiológico de riesgos, se han realizado numerosas investigaciones que han ofrecido evidencias sobre la contribución de la subjetividad en la

probabilidad de enfermar de los trabajadores, tanto de su salud mental como física. Los estresores laborales y los factores psicosociales de riesgos del trabajo por igual se asocian a estados emocionales, los que a su vez condicionan el malestar subjetivo y hasta enfermedades mentales y somáticas (Schnall, Belkic, Landsberguis y Baker, 2000; Román, 2009; Gordon y Schnall, 2011; Dobson y Schnall, 2011).

#### *Carácter subjetivo del factor de riesgo psicosocial laboral*

En fin de cuentas, es la organización del trabajo la que determina la existencia de los factores de riesgo; pero su acción depende de la significación que les otorgue la persona, por ello su característica variabilidad.

Desde la definición de los factores psicosociales que aportó la 9ª reunión del Comité Mixto OIT-OMS (El-Batawi, Cooper y Kalimo, 1984) de hecho se reconoce la intermediación de la subjetividad. En ese documento se expresa que los factores psicosociales resultan de interacciones entre el individuo, las condiciones laborales y extra-laborales que actúan “a través de percepciones y experiencias” y que tienen efectos sobre la salud y el desempeño.

Para ejemplificar lo antes dicho, piénsese en la imposibilidad de tomar decisiones en el trabajo. Éste se considera un factor de riesgo psicosocial, pues es una condición de la organización del trabajo que constriñe la capacidad de control de la persona. Si bien teóricamente existe razón para considerarlo así, en la práctica algunas personas les confieren una valoración opuesta. Para estas últimas el tomar decisiones es lo que condiciona su malestar, pues perciben que decidir entraña una responsabilidad y una carga adicional en su trabajo.

Así también ocurre con otras condiciones del trabajo en que se presume una valoración homogénea de los trabajadores en el sentido de considerarlas generadoras de tensión emocional, de malestar y sufrimiento. Entre ellas, las elevadas exigencias del trabajo, la inseguridad en el empleo, las urgencias temporales, la indefinición del rol a desempeñar, y otras muchas. Cualquiera de ellas está sujeta a la variabilidad de los juicios de valor de los trabajadores evaluados. Son sus “percepciones y experiencias” las que propician el riesgo del sufrimiento y de la enfermedad o la lesión.

Los factores de riesgo psicosocial laboral son construcciones subjetivas. En su génesis participan los modos de organización del trabajo, los contextos sociocultural y organizacional, y las necesidades de las personas que constituyen su núcleo.

#### *La evaluación*

La naturaleza subjetiva de los factores de riesgo psicosocial tiene implicaciones prácticas que no pueden ser pasadas por alto, entre las cuales se encuentra el problema de su evaluación. La aspiración a una evaluación cuantitativa precisa y aséptica de sesgos debidos a juicios apreciativos del evaluado no es posible, pues justamente se trata de evaluar esos juicios, no tanto o no tan solo la condición objetiva *per se* que los provoca.

La evaluación de los factores de riesgos psicosociales por medio de cuestionarios con frecuencia identifica una condición del trabajo con una condición interna del sujeto. Estos instrumentos, contruidos sobre la base de consideraciones teóricas y de evidencias de investigaciones anteriores, asumen que la respuesta en las diversas personas es homogénea y coincidente con los criterios de construcción del cuestionario. Ni todas las personas identifican una misma condición objetiva del trabajo como riesgosa para su salud y seguridad, ni todos los que coinciden en su respuesta lo hacen bajo las mismas razones.

Por consiguiente, estos instrumentos no evalúan los factores de riesgo psicosociales laborales; sino la percepción de condiciones objetivas que tienen alta probabilidad de conformar subjetivamente un riesgo para la salud y la seguridad.

Es así que penetrar en el conocimiento de los factores de riesgo psicosociales exige emplear técnicas de indagación que permitan conocer las vivencias subjetivas de las personas ante su trabajo. Las

técnicas que hasta el presente permiten obtener ese conocimiento son de tipo cualitativo; es decir, la observación, la entrevista, sesiones de grupo y otras similares.

Sin embargo, las técnicas cualitativas presentan algunos inconvenientes para determinadas exigencias que debe satisfacer el especialista en salud mental. Estas técnicas requieren una considerable inversión de tiempo para obtener la información y procesarla; no es posible satisfacer determinadas demandas institucionales, como la incidencia y la prevalencia de determinado daño de salud mental o la exposición a uno u otro factor de riesgo psicosocial, etc. El número goza de preferencia en gran parte de los decisores de políticas.

Por tanto, con independencia de que los especialistas en salud mental empleen técnicas cualitativas para conocer y atender adecuadamente a los trabajadores expuestos a determinado factor de riesgo psicosocial, en ocasiones no puede soslayar la demanda de su institución, lo que con gran frecuencia exige manejar cifras. Por ello, la técnica del cuestionario en sus diversas modalidades, tiene un espacio que ocupar en la labor del especialista en salud mental.

Algunos autores han recurrido a la doble pregunta sobre un mismo objeto. Es decir, se le pregunta si una característica determinada está presente en su trabajo. De responder positivamente, se le pregunta, si considera que esa condición afecta en alguna medida su salud, su bienestar o su desempeño (Siegrist, Starke, Chandola, Godin, Marmot, Niedhammer, y Peter, 2004; Marrero y Román, 2015).

Constituye una mayor aproximación a la valoración de la experiencia subjetiva, al añadir el juicio de valor sobre su nocividad, pero se privilegia el aspecto cognitivo más que el emocional, que queda a expensas de la apreciación que se haga.

#### *Psicopatología... ¿laboral?*

La primera entidad diagnóstica en salud mental, formulada en 1868 por el neurólogo estadounidense George Miller Beard, fue la neurastenia. Durante muchos años, conjuntamente con la histeria de conversión y el trastorno de personalidad múltiple, estas tres entidades lideraron el panorama diagnóstico. Aún en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS permanecía esta entidad. Como dato curioso, los síntomas de la neurastenia, como fatiga, falta de energía, debilidad, agotamiento psíquico y otros, fueron asociados por Beard a causas sociales, entre las cuales el trabajo, la competitividad, la introducción de tecnologías y la urbanización, de ahí que la mayoría de los casos vistos por él pertenecían a la clase trabajadora (Frances, 2014).

Durante la primera mitad del siglo XX los psiquiatras incursionaron en las organizaciones laborales, comenzando en los años de la Primera Guerra Mundial, lo que estimuló el acercamiento de estos profesionales al mundo laboral. En 1919 el director del *Boston Psychopathic Hospital*, E. E. Southard evaluó más de 4 000 trabajadores y un año después argumentó que del mismo modo que existía la medicina industrial, debía existir la psiquiatría industrial con una finalidad más bien preventiva. Es así que en 1927 Sherman publicó la primera revisión sobre ese tema. Durante los años sucesivos la literatura especializada registró estudios realizados por psiquiatras en organizaciones laborales, pero no fraguaron en un cuerpo de conocimientos que permitiera identificar cuadros sintomatológicos propiamente relacionados con el trabajo ni un enriquecimiento de la psicopatología vinculada a este (McLean, 1982).

Los especialistas en salud mental hasta entonces no habían trascendido la psicopatología general, la cual aplicaban en su trabajo profesional.

En los años que sucedieron, el interés de los psiquiatras por el mundo laboral fue discreto, aunque continuó existiendo. Desde 1952 en que fue publicado el primer manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales hasta la fecha en que el texto vigente es su quinta revisión (*DSM-V, por sus siglas en inglés*), las entidades psiquiátricas específicas del trabajo esperan por abrirse paso entre sus páginas (American Psychiatric Association, 1952).



En ese itinerario cronológico es preciso mencionar que en los años 60 del pasado siglo se operaron cambios a nivel global en el mundo del trabajo, a expensas sobre todo de la creciente aplicación de las tecnologías informáticas y del crecimiento de la esfera de los servicios. Lejos de aliviar el esfuerzo humano, la intensificación del trabajo aumentó el desgaste, las tensiones y la morbilidad. Con sus particularidades, esos cambios se hicieron sentir tanto en países industrializados como en los de economía no desarrollada. La incidencia sobre el factor humano fue elevando progresivamente la atención a las condiciones psicosociales del trabajo.

Con itinerarios relativamente paralelos y originados en un mismo país, Italia, en los campos de la salud mental y en el de la salud ocupacional surgieron iniciativas en favor de la humanización del tratamiento del paciente psiquiátrico y de las condiciones de trabajo. Estas fueron la reestructuración de la atención del paciente mental con énfasis en el enfoque comunitario, en el nivel primario y la rehabilitación psicosocial. En la salud ocupacional, fue el Modelo obrero italiano, el que priorizó la participación del trabajador en la identificación de los factores de riesgo en el proceso laboral.

Ambas iniciativas fueron introducidas en América, donde encontraron respaldo en influyentes instituciones y círculos profesionales.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990) promovió la reestructuración de la atención psiquiátrica hacia la atención primaria de salud entre los estados miembros de la organización y en el otoño de 1990 firmaron en la capital de Venezuela un protocolo de compromisos a fin de humanizar la atención al paciente psiquiátrico, liberarlo de estigmas y propiciar su inclusión en la sociedad. El documento fue conocido como la "Declaración de Caracas". En esa oportunidad Cuba no estuvo entre los firmantes de la Carta. Sin embargo, en 1996 en una nueva reunión celebrada en La Habana, Cuba firmó su adhesión a la reestructuración propuesta (Cuba, 1995).

La reestructuración de la psiquiatría en realidad fue mucho más que un nuevo modo de organización de los servicios de atención médica a los pacientes mentales. Significó un cambio cultural profundo y trascendente desde el punto de vista ético, de respeto a los derechos humanos y a la dignidad de los pacientes mentales. No solo fueron beneficiados los pacientes y sus familiares. Fue prestigiada toda la sociedad.

El movimiento en favor de la humanización del tratamiento al paciente psiquiátrico para su rehabilitación psicosocial recibió un amplio respaldo internacional y sentó un patrón moral de un alto valor. Con su adhesión a esta iniciativa, Cuba enriqueció su imagen ética, profesional y humanitaria ante los ojos del mundo.

En relación con la salud ocupacional, el Modelo obrero italiano fue promovido fundamentalmente por instituciones académicas y sindicales, y contribuyó a una visión de mayor compromiso social de la investigación higiénico-laboral. Este procedimiento permitió acceder de modo más directo y profundo a las vivencias de los trabajadores del sufrimiento humano infligido por condiciones de trabajo inadecuadas.

En salud ocupacional, los trastornos de la salud mental en general, tal como son descritos en las clasificaciones de uso internacional (CIE-10 y DSM-V) tienen una utilidad relativa para comprender las alteraciones mentales que ocasiona el trabajo.

De hecho, portadores de los trastornos contenidos en esos documentos, obviamente se suelen encontrar en centros laborales, bien sea porque sus padecimientos no perjudican su desempeño laboral o porque bajo un tratamiento efectivo pueden realizar sus tareas con aceptable eficiencia.

Así una persona con una enfermedad mental severa como la esquizofrenia, pudiera desempeñar un trabajo si la terapia aplicada controla adecuadamente sus síntomas. Sin embargo, otra persona sana expuesta a elevada presión laboral, a una supervisión estrecha, a largas jornadas de trabajo, al acoso psicológico, o a otros factores de riesgo psicosocial, pudiera experimentar una elevada y sistemática tensión nerviosa, denominada estrés que no aparece en las mencionadas clasificaciones ni es un trastorno grave; pero la disposición para el trabajo y el desempeño pudieran afectarse, al punto de

llegar a ser un estado al menos temporalmente incapacitante.

Una necesidad imperiosa y apremiante en la actualidad, tanto en Cuba como en otros países, es que los especialistas en salud mental requieren de una capacitación complementaria para ser capaces de atender eficientemente a la población trabajadora.

A cincuenta y siete años de la propuesta de Sherman, los autores del prefacio de una obra de la Organización Mundial de la Salud sobre factores psicosociales laborales y salud expusieron que, en ausencia de un desarrollo teórico propio, hasta ese momento los problemas de salud mental de los trabajadores continuaban siendo abordados por los especialistas de acuerdo con los clásicos cuadros clínicos de la psiquiatría (Kalimo, El-Batawi y Cooper, 1988).

Transcurridos veintisiete años de que fuera emitido ese juicio, la situación de nuestros especialistas en salud mental, básicamente psiquiatras y psicólogos, no ha experimentado un cambio considerable. Existen conocimientos y no pocas investigaciones producidas en Cuba sobre ciertos cuadros clínicos derivados de condiciones de trabajo, entre los cuales el ya significado *burnout* o desgaste profesional (Pacheco, Hernández y Román, 2012), el estrés laboral (Román 2007: Chacón, Grau y Reyes, 2012) y las consecuencias del acoso u hostigamiento psicológico (Castillo, Román, Bertot, Pacheco, 2010). Sin embargo, su dominio por quienes atienden los problemas de salud mental en las instituciones del sistema nacional de salud (SNS) no es similar. Más aún, entre especialistas vinculados a la salud ocupacional, la falta de reconocimiento médico-legal les conduce a banalizar estas alteraciones.

En esa propia obra se exponen trastornos de la salud mental que, dado que sus síntomas son inespecíficos, no son considerados enfermedades, aunque su prevalencia entre los trabajadores es elevada. Ellos pueden conducir a trastornos mentales más severos, a la inadaptación social o asociarse a enfermedades físicas o a propiciar la ocurrencia de accidentes. Esos trastornos fueron enunciados a partir de la experiencia de los efectos nocivos de ciertos ambientes y procesos laborales. Ellos describen una “zona” de alteraciones psíquicas previas a la enfermedad psiquiátrica. Entre ellos el estado de estrés, el *burnout*, el síndrome por acoso moral en el trabajo.

Almirall (2001) ha compendiado formulaciones de este tipo de alteraciones por diversos autores, quienes coinciden en denominarlas “efectos negativos del trabajo”. Obviamente, no son estas las únicas alteraciones como consecuencia del trabajo, aunque sí las más frecuentes. Por ejemplo, Ritcher y Ritcher consideran tres estados debidos a la acción de esos efectos negativos: fatiga, monotonía y hastío psíquico; en tanto Kulka menciona el estrés, la monotonía, el *burnout* y la fatiga.

Aparte de estos cuadros o alteraciones de la salud mental que marcan una zona “preclínica” o “subclínica” anterior a las enfermedades mentales propiamente dichas, es obvio que los trabajadores pueden padecer y muchos de hecho padecen, de las alteraciones comunes de la salud mental cuya etiología pudiera contar con la atribución de una cuota causal a cuenta de nuestro proyecto. Los trabajadores pudieran desarrollar una enfermedad mental común, y de hecho así ocurre. Así pues, el especialista en la clínica de la salud mental, puede concluir en la presencia de una enfermedad psiquiátrica común, aunque muy probablemente matizada en su etiología, evolución y pronóstico por su actividad y ambiente laboral.

Son significativos los aportes de C. Dejours a la psicopatología del trabajo. Este autor, psiquiatra francés de formación psicoanalítica, considera que las formas actuales de organización del trabajo han conducido entre los trabajadores a un incremento de las patologías mentales contemporáneas. Las clasifica en cuatro tipos: a) Trastornos debidos a sobrecarga de trabajo (ej. *burnout*, *karoshi*, disfunciones musculoesqueléticas); b) patologías postraumáticas; c) patologías a consecuencia de asedio moral en el trabajo; d) intentos suicidas o suicidios consumados en relación con situaciones de trabajo.

Dejours denominó su concepción de la enfermedad y la salud en el trabajo y su práctica profesional “Psicodinámica del trabajo”. Y queda claro que su investigación no se limita al aporte de una clasificación de los trastornos mentales a consecuencia del proceso del trabajo; sino que aborda las estrategias de enfrentamiento colectivas e individuales de los trabajadores de las condiciones que les

provocan vivencias de sufrimiento. El sufrimiento, según este autor tiene un destino incierto, pues puede permanecer como dolencia o ser transformado en una experiencia positiva en función de su enfrentamiento. Su procedimiento terapéutico que denomina “Clínica del trabajo” se basa en la escucha atenta de las vivencias de sufrimiento por el trabajador, y la creación de una situación tal que colectivamente se reestructure con el apoyo del profesional, pero como producto del grupo laboral.

La Psicodinámica del trabajo ofrece una apreciación singular del efecto nocivo de las condiciones de trabajo sobre la salud mental; pero enfatiza (al igual que lo hiciera antes el Modelo obrero italiano) la importancia de la experiencia del trabajador y su participación en construir defensas colectivamente válidas (Canes da Cruz, Méndes y Fernández, 2015).

Los problemas de salud mental de los trabajadores, salvo excepciones, han sido insuficientemente desarrollados y, entre nuestros especialistas psicólogos y psiquiatras, no han recibido la atención merecida si se toma en cuenta su significación para la sociedad y para la vida misma de las personas, cuyos conflictos y sufrimientos psíquicos con gran frecuencia, directa o indirectamente, se vinculan a su vida laboral (Román, 2006).

#### *Orfandad legal de los trastornos de la salud mental del trabajador*

Vinculado a la protección de los trabajadores frente a las consecuencias de la acción de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo se encuentra el problema del reconocimiento médico-legal de los trastornos de la salud física o mental de los trabajadores por la acción nociva de los factores de riesgo psicosocial. Mejor decir el problema del no reconocimiento.

Pareciera que no se hace visible el hecho de que al hablar de salud ocupacional hablamos de mucho más que de unas pocas enfermedades somáticas referidas en un listado que, por cierto, reclama ser re-conceptuado sobre la base de la comprensión de la salud y de la enfermedad como un proceso complejo y pluricausado, no exento de la acción de determinantes sociales.

La representación de los trastornos de la salud mental en la lista de enfermedades profesionales promulgada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2010) es sumamente breve. La lista vigente en Cuba ni siquiera los menciona.

En la lista de la institución internacional se reduce a solo una entidad, el trastorno por estrés postraumático, único candidato en las alteraciones de la psique que puede aspirar a ajustarse al requisito de que toda causa contribuyente se origine en la actividad laboral. La OIT añade una posibilidad abierta a la apreciación calificada, al permitir reconocer otros trastornos en los que se determinara “un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el(los) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador” (OIT, 2010).

En la lista cubana, contenida en el apartado segundo de la Resolución 283 de 2014, promulgada por el Ministerio de Salud Pública, no existe referencia a los trastornos de la salud mental (Cuba. Ministerio de Salud Pública, 2014).

El reconocimiento de los trastornos de salud mental como enfermedad profesional había sido debatido previamente en 2005 en reunión de expertos internacionales sin que se lograra un consenso favorable a una mayor inclusión de tales alteraciones en la lista que sería publicada en 2010. En aquella ocasión el representante de Cuba, si bien se mostró de acuerdo con la importancia del análisis de la salud mental, respecto al acoso psicológico o moral, fenómeno casi tan antiguo como la humanidad misma, sorprendentemente afirmó: “el síndrome psicossomático y psiquiátrico causado por acoso moral no es característico en nuestra sociedad” (OIT, 2005).

La lamentable ausencia de otros trastornos de igual índole en la lista oficial actual contrasta con el juicio casi axiomático, compartido por profesionales y gente común, de que el trabajo definitivamente es, al menos en parte, generador de alteraciones de la salud mental.

En el Código de trabajo de Cuba y en la Resolución 283/14 tampoco existe mención de los factores

de riesgo psicosociales ni referencias a la salud mental. Su ausencia coloca a nuestra legislación sobre salud y seguridad laboral en una dirección diferente a la más protectora tendencia actual en los países europeos más desarrollados en esta especialidad, y que es también observable en varios países de nuestro propio continente, como Colombia, México, y Venezuela (Gómez, Juárez-García, Feldman, Blanco y Vera, 2011).

En esos países la legislación reconoce los factores de riesgo psicosociales laborales y sus consecuencias para la salud, a tenor con la última revisión de este listado propuesto por la OIT. Una referencia autorizada es la Estrategia iberoamericana de salud y seguridad en el trabajo 2015-2020, elaborada por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, documento que reconoce entre los factores de riesgos laborales a los de carácter psicosocial y sugiere adherirse al listado de enfermedades profesionales de la OIT, particularmente a los países que carecen de uno propio (OISS, 2015). Las omisiones de nuestro listado distan de las opiniones y expectativas que reiteradamente expresa nuestra población acerca de los efectos del trabajo sobre la salud, manifestaciones que durante años hemos escuchado en el contacto directo con pacientes y participantes en nuestras investigaciones y consultas. Estas opiniones y manifestaciones reconocen los efectos del trabajo sobre la salud mental de los trabajadores. Sin embargo, son a veces los profesionales de la salud quienes desautorizan esos juicios.

En un artículo del periódico *Trabajadores* se entrevistó a un experimentado médico del trabajo y se le preguntó por el estrés en relación con el trabajo. Acerca de su respuesta, escribe el periodista: "...especificó que hay actividades laborales o centros que pueden ocasionarlo, sus causas son multifactoriales y en Cuba no abunda como enfermedad profesional" (González, 2013).

### *Salud mental y trabajo en equipo*

Los profesionales de la salud mental que prestan sus servicios en el nivel primario de atención de un municipio dado, constituyen el equipo de salud mental de ese territorio. Este equipo se encuentra constituido por los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros que trabajan sobre este objeto. Estos profesionales prestan sus servicios en los policlínicos o en los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM) de los respectivos municipios, en la actualidad denominados Departamentos de Salud Mental (DSM).

De acuerdo con la organización del trabajo el jefe del DSM es a su vez quien dirige el equipo de salud mental del municipio. Administrativamente se le subordinan todos los trabajadores de los DSM (incluidos los psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales) así como los psiquiatras de todos los policlínicos (áreas de salud) del municipio. Sin embargo, no ocurre lo mismo con los psicólogos de las áreas de salud, los que se subordinan a los jefes de grupos básicos de trabajo de la APS.

Ya de por sí, el hecho de que una parte de los profesionales del equipo de salud mental municipal se subordine a quien lo encabeza y otra parte no, debe esperarse que haga compleja la posibilidad de lograr el funcionamiento en equipo y se crean condiciones para que se generen conflictos en la organización del trabajo, pues en tales condiciones ¿puede existir un verdadero equipo de trabajo?

Respecto a la salud ocupacional, la Resolución ministerial 283/2014, en su acápite cuarto, numeral cuatro, establece el procedimiento para la prevención de las enfermedades profesionales y designa al "equipo médico de salud y seguridad en el trabajo" para realizar las acciones correspondientes con la colaboración de la organización sindical. Hay en esta indicación una falta de concordancia con lo que establece el Código de trabajo en su artículo 141, que delimita las funciones del Ministerio del trabajo y seguridad social y del Ministerio de Salud Pública. Responsabiliza al primero con la protección y seguridad, en tanto al segundo con la salud ocupacional y la higiene del trabajo.

Otro asunto de suma importancia es la representación de la salud mental en la estructura del organismo nacional. En virtud de la Resolución ministerial 57/2017 la salud mental pasó a la jurisdicción del Departamento de Asistencia social, adulto mayor y salud mental, como se denominó a partir de entonces (Cuba. Ministerio de Salud Pública, 2017). Las funciones de ese departamento se exponen de modo muy general, y se aprecia el peso que tiene en ellas la atención social. No son muy

específicas respecto a los contenidos de la salud mental. Solo se refiere a enfermedades psiquiátricas y adicciones. No hay tampoco referencias sobre la atención a la población infantil y adolescente. Si bien las personas con discapacidad, y los adultos mayores son frecuentemente tributarias de la atención y asistencia social, no ocurre lo mismo con la mayoría de las personas que sufren un trastorno mental. Debe tenerse en cuenta que no todos los pacientes psiquiátricos constituyen casos sociales; ni todos los casos sociales son pacientes psiquiátricos.

Bajo estos criterios se torna más difícil la integración de las tareas de la salud mental y la ocupacional. La población atendida por esta última no es tributaria de beneficios directos de la asistencia social, pues es un sector económicamente activo. Aunque la edad de jubilación desde hace unos años en Cuba se extendió en cinco años, los trabajadores no son en su mayoría adultos mayores. Y finalmente, salvo excepciones, no se caracterizan por una conducta social anómala.

La asociación de la salud mental con la asistencia social y el adulto mayor trasciende la mera significación de una decisión de estructura administrativa. Esa agrupación administrativa evoca una concepción estereotipada, compasiva y excluyente del paciente mental, muy contraria a la que inspiró la Declaración de Caracas en 1990 y la Carta de La Habana en 1996, antes comentadas en este artículo.

En este último documento se insiste en la estrategia de inserción social del paciente psiquiátrico, en el apoyo de la comunidad, en la identificación de las posibilidades intelectuales y motoras del paciente, a fin de que las aplique, las emplee en su comunidad y así favorecer su rehabilitación, no solo funcional, sino además social y personal. Los escenarios de la asistencia social son algo diferentes debido a los pacientes que atiende, que más bien resultan comparables por su desvalimiento a los discapacitados mentales, a los pacientes psiquiátricos crónicos de larga estadía, o en general los que presentan gran deterioro de sus hábitos.

¿Reflejará esta decisión de la estructura organizativa una reminiscencia –aun inconsciente– del estigma que históricamente ha acompañado al paciente mental?

Definitivamente, la imagen que evoca esta agrupación administrativa resulta retrógrada, muy contraria a la que transmitió en su momento la adhesión de Cuba a la Declaración de Caracas.

Al menos, en lo que al trabajo se refiere, esta organización institucional que aleja la integración de la salud mental y la ocupacional, tiende además a desaprovechar el valor del trabajo como medio de rehabilitación psicosocial.

Debe significarse que las funciones del Departamento de asistencia social, adulto mayor y salud mental son prolijas en atribuciones y responsabilidades sobre la formación de recursos humanos, las necesidades de educación continuada, el diseño de planes de estudio, el desarrollo de competencias y la promoción de investigaciones. Ofrecen el marco organizativo y la facultad ejecutiva para llevar a vías de hecho algunas de las sugerencias que a continuación se exponen.

### **¿Qué hacer?**

Urgen medidas radicales que, en el sentido martiano, vayan a la raíz de los problemas. Quizás sean más de las que este análisis pudiera sugerir; pero las siguientes no deben faltar.

- Promover la cultura de salud y seguridad en el trabajo y de salud mental en los profesionales de la salud, con énfasis en los decisores estratégicos de las políticas de salud y en los directivos encargados de ejecutarlas.
- Desarrollar el trabajo teórico y la investigación básica.
- Promover el trabajo conjunto y coordinado de los especialistas en salud mental y en salud ocupacional particularmente en APS con un enfoque comunitario.
- Incrementar los contenidos de salud mental ocupacional en los programas de formación de los especialistas en salud mental.

- Capacitar a los especialistas en salud mental, principalmente a los de la APS, en salud mental ocupacional.
- Reforzar la integración de los psicólogos a los equipos de salud mental de los municipios dirigidos desde los CCSM.
- Organizar y promover servicios de salud mental ocupacional en instituciones de APS.
- Devolver a los CCSM su estatus administrativo como institución independiente, subordinada a la dirección municipal de salud que corresponda.
- Rectificar la ubicación institucional de la salud mental de modo similar a las restantes especialidades, sin menoscabo de sus contenidos y significación.
- Promover el análisis de la inclusión de los factores de riesgo psicosocial y la salud mental en la legislación laboral cubana, con vista a reconocer los trastornos de la salud mental como un acápite de la lista de enfermedades profesionales de Cuba.

## Conclusiones

El contacto de los especialistas en salud mental con la actividad laboral es inevitable. Aún estamos lejos de contar en Cuba con condiciones tales que permitan que profesionales enteramente dedicados a los problemas psíquicos de los trabajadores puedan hacer frente a las enormes y crecientes demandas de su atención.

No hay que experimentar frustración por ello. Probablemente sea una buena noticia, pues significa que un área de conocimiento y práctica profesional de notable importancia está por ser desarrollada bajo la iniciativa creadora de los especialistas en salud mental.

Prácticamente, no hay tema relacionado con la salud mental desde cualquiera de sus ángulos que sea ajeno a la población trabajadora. Así la promoción de la salud mental, la prevención de sus alteraciones, la identificación de sus factores protectores o de riesgo, la caracterización de trastornos que emergen de nuevas formas de organizar el trabajo, sus asociaciones con otros trastornos de la salud, enfermedades crónicas inclusive, como los trastornos cardiovasculares y otros temas más, ofrecen un campo de realizaciones potenciales.

La conjunción de la Salud mental y la salud ocupacional constituye un campo de conocimiento y práctica profesional insuficientemente dimensionado en Cuba. No es igual la situación en otros países, inclusive de Latinoamérica, en que esa intersección resulta de sumo interés para empleadores, trabajadores, sus respectivas organizaciones y también para las instituciones sociales y gubernativas.

¿Se encuentran apercibidos de manera adecuada quienes toman decisiones estratégicas sobre estas disciplinas del significado y la trascendencia de estas? Quienes asumen tales decisiones contraen responsabilidad sobre sus consecuencias, pero quienes son capaces de preverlas somos responsables de advertir a quienes deciden. No hay derecho al silencio ni a la inacción.

## Referencias bibliográficas

Almirall, P. (2001). *Ergonomía cognitiva. Apuntes para su aplicación en salud y trabajo*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D.C.

Canez da Cruz, S.; Méndes, A. M.; Fernandes, M. (2015). Clínica das patologías da sobrecarga no trabalho. En: Kieling, J. ; de Olivera, F. ; Mendes, A. M. *Trabalho e prazer. Teoria, pesquisas e práticas*. Curitiba: Juruá Editora.

- Castillo, N. del; Román, J.; Bertot, M.; Pacheco, C. (2010). Indicadores de hostigamiento psicológico sobre médicos de la atención primaria y síntomas asociados. *Cuadernos sociales iberoamericanos*, año 10, vol. 10, no.1, pp. 67-86. Rosario, Argentina.
- Chacón, M.; Grau, J.A.; Reyes, M.C. (2012). *Prevención y control del estrés laboral y el desgaste*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Cuba. Carta de La Habana. En: *Reorientación de la Psiquiatría hacia la atención primaria. Taller internacional. Memorias*. La Habana, 11-14 de octubre de 1995. Cooperazione italiana.
- Cuba. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley 116/2013. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, no. 29. Extraordinaria del 17 de junio de 2014.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución 283/14 del Ministro de Salud Pública. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, no. 29, Extraordinaria del 17
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 57/2017.
- Dejours, C. (2013). Introducción a la psicopatología del trabajo. *Laboreal*, II(1):1316
- Dobson, M.; Schnall, P. L. (2011). Del estrés al malestar: el impacto del trabajo en la salud mental. En: Schnall, P. ; Dobson, M. y Roskam, E. *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas*. Bogotá: Uniandes.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?*, Barcelona: Planeta.
- Gómez, V.; Juárez-García, A.; Feldman, L.; Blanco, G.; Vera, A. (2011). Prefacio. ¿Por qué una traducción al español de este libro? Aportes para una caracterización de los factores psicosociales laborales en Latinoamérica. En: Schnall, P.; Dobson, M. y Roskam, E. *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas*. Bogotá: Uniandes.
- González, A. M. "Nuestra salud en buenas manos". *Trabajadores*. Lunes 8 de abril de 2013, p. 5.
- Gordon, D.R.; Schnall, P.L. (2011). Más allá de lo individual: conexión entre el ambiente de trabajo y la salud. En: Schnall, P.; Dobson, M. y Roskam, E. *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas*. Bogotá: Uniandes.
- Grau, J.; Hernández, E.; Vera, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En: Grau, J.; Hernández, E. (coord.). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- Kalimo, R.; El-Batawi, M.; Cooper C. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Marrero, M.L.; Román, J. (2015). Falta de correspondencia entre trabajo percibido y trabajo deseado como factor de riesgo para el bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 15(3):11-8.
- McLean, A. (1982). Psiquiatría ocupacional (industrial). En: Freedman, A. M.; Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. *Tratado de psiquiatría*, t. II, cap. 45. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- Neffa, J. C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio*. 1ª edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios e Investigaciones Laborales - CEIL- CONICET; Corrientes: Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Ciencias Económicas; La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Económicas; Moreno: Universidad Nacional de Moreno. Departamento de Economía y Administración; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo. Centro de Innovación para los Trabajadores, Libro digital, PDF. Archivo Digital: descarga disponible en [www.ripsit.org](http://www.ripsit.org).
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) (2014). *Anuario estadístico de Cuba*. Recuperado el 20/2/2017 de: <http://www.onei.cu/aec2014/03%20Población.pdf> y <http://www.onei.cu/aec2014/07%20Empleo%20y%20Salarios.pdf>
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) (2015). *Panorama Económico y Social. Cuba 2014*. Recuperado el 4/10/2015 de: <http://www.onei.cu/publicaciones/08informacion/panorama2014>

Organización iberoamericana de seguridad social (OISS). II Estrategia iberoamericana de seguridad y salud en el trabajo 2015-2020. Consultado el 1-12-2015 en: <http://www.srt.gob.ar/images%5Cpdf%5CEISST-2015-2020.pdf>

Organización Internacional del Trabajo. Informe relativo a las respuestas al cuestionario sobre la actualización de la "lista de enfermedades profesionales" anexa a la Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales, 2002 (núm. 194) y sobre las enmiendas a la lista de enfermedades profesionales presentadas a la Comisión de los Accidentes del Trabajo y las Enfermedades Profesionales de la 90.<sup>a</sup> reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo en 2002. Documento de trabajo de la Reunión de expertos sobre la actualización de la lista de enfermedades profesionales (Ginebra, 13-20 de diciembre de 2005). Programa InFocus de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente (SafeWork). Ginebra, octubre de 2005.

Organización Internacional del Trabajo. Lista de enfermedades profesionales (revisada en 2010). Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2010 (Serie Seguridad y Salud en el Trabajo, núm. 74).

Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA27.53. Ginebra, 23 de mayo de 1974.

Organización Panamericana de la Salud. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990.

Pacheco, L.C.; Hernández, L. y Román, J. (2012). Desgaste profesional en directivos médicos de la atención primaria de salud en Ciudad de La Habana. En: *Varios. Investigaciones en servicios de salud en el sistema sanitario cubano*, parte 2, pp. 59-73. La Habana: Ciencias Médicas.

Román, J. (2007). *Burnout* en médicos. En: Carrión, M.A.; López, F. y Tous, J. (eds.) *Evaluación e intervención psicosocial*, pp. 33-59. Barcelona: Publidisa.

\_\_\_\_\_. (2006). El desencuentro entre la Salud Mental y la Salud de los Trabajadores. *Rev. Cub. de Salud Pública*, 32(4).

\_\_\_\_\_. (2009). Factores psicosociales laborales y salud física de los trabajadores. En: Varillas, W. (ed). *Los trabajadores y la salud mental. El reto de la prevención y el tratamiento en un mundo enfermo*. La Habana: Ciencias Médicas.

Saraceno, B. (1994). Lo biológico y lo social en el abordaje de la teoría y la práctica de la salud mental. En: *Lo biológico y lo social. Su articulación en el personal de salud*. OPS/OMS. Ginebra.

Schnall, P.L.; Belkić, K.; Landsbergis, P.; Baker, D. (eds.) (2000). The workplace and cardiovascular disease. *Occupational Medicine*, vol. 15, no. 1, Jan-Mar. Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc.

Siegrist, J.; Starke, D.; Chandola, T.; Godin, I.; Marmot, M.; Niedhammer, I.; Peter, R. (2004). *The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons*. *Soc Sci Med*. Apr; 58(8):1483-99.