

Diseño de una estrategia de éxito frente al riesgo psicosocial y el absentismo por salud mental: un estudio Delphi entre profesionales de la salud y la prevención de riesgos en el trabajo

Guillermo Soriano-Tarín⁽¹⁾, Alicia Chanca Díaz⁽²⁾, Fernando Vidal-Barrero⁽³⁾

¹Especialista en Medicina del Trabajo. Miembro del Consejo Asesor Técnico de Affor Health. (Valencia, España).

ORCID: 0000-0002-1563-1572

²Enfermera del Trabajo. Psicóloga. Doctoranda en Psicología del trabajo en Grupo Affor Health. (Madrid, España).

ORCID: 0009-0001-0893-6829

³Director de la Cátedra de Prevención de Riesgos Laborales de la Universidad de Sevilla. (Sevilla, España).

ORCID: 0000-0001-5286-8328

Correspondencia:

MD PhD Guillermo Soriano

Correo electrónico: guillermo.soriano@afforhealth.com

La cita de este artículo es: Guillermo Soriano-Tarín et al. Diseño de una estrategia de éxito frente al riesgo psicosocial y el absentismo por salud mental: un estudio Delphi entre profesionales de la salud y la prevención de riesgos en el trabajo. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2026; 35(3):295-307

RESUMEN.

Objetivo: Conocer el punto de vista de los profesionales de diferentes ámbitos de la salud y la prevención de riesgos en el trabajo acerca de las causas, estrategias y gestión exitosa de los riesgos psicosociales en organizaciones con bajos niveles de absentismo por patología mental en España.

Material y Métodos: Técnica Delphi en doble vuelta sobre una muestra de 61 expertos, que puntúan 8 dimensiones sobre factores moderadores, causas, ponderación, riesgos psicosociales y estrategias preventivas del absentismo por trastornos de salud mental, a través de un cuestionario contrastado por el equipo investigador.

Resultados: Las respuestas obtenidas (frecuencia de 80,3%) señalan un amplio consenso (más de un 80% de los participantes coincidiendo en puntuaciones como 1ª o 2ª causa cada uno de los

DESIGNING A SUCCESSFUL STRATEGY TO ADDRESS PSYCHOSOCIAL RISKS AND MENTAL HEALTH-RELATED ABSENTEEISM: A DELPHI STUDY AMONG OCCUPATIONAL HEALTH AND RISK PREVENTION PROFESSIONALS

ABSTRACT

Objective: To examine the perspectives of professionals from various fields of health and occupational risk prevention regarding the causes, strategic factors, and successful management of psychosocial risks in organizations in Spain with low levels of absenteeism due to mental health conditions.

Material and Methods: A two round Delphi technique was conducted with a sample of 61 experts. Participants rated eight dimensions related to moderating factors, causes, weighting, psychosocial risks, and preventive strategies for absenteeism

factores respecto de los ítems propuestos) y acuerdo suficiente (más de 2/3 de los participantes) en las 8 dimensiones, con lo que se consigue un acuerdo global entre el 55,1% y el 93,9% sobre el total de las propuestas.

Conclusiones: Los factores organizacionales constituyen el principal efecto moderador del absentismo por trastornos mentales comunes (TMC). Las condiciones de trabajo, la intensificación del trabajo, la accesibilidad a los servicios de salud mental, la cultura organizacional y las políticas de conciliación laboral-familiar constituyen los elementos clave para una gestión exitosa del absentismo por TMC.

Palabras clave: salud laboral; absentismo; riesgos psicosociales; trastornos mentales comunes; técnica Delphi

associated with mental health disorders, using a questionnaire validated by the research team.

Results: The responses obtained (80.3% response rate) revealed broad consensus (over 80% of participants ranking each factor as the first or second cause among the proposed items) and sufficient agreement (more than two thirds of participants) across all eight dimensions. Overall agreement across the proposals ranged from 55.1% to 93.9%.

Conclusions: Organizational factors constitute the main moderating influence on absenteeism due to common mental disorders (CMDs). Working conditions, work intensification, accessibility of mental health services, organizational culture, and work-family reconciliation policies emerge as key elements for the successful management of absenteeism related to CMDs.

Keywords: occupational health; absenteeism; psychosocial risks; common mental disorders; Delphi technique

Fecha de recepción: 24 de abril de 2026

Fecha de aceptación: 2 de septiembre de 2026

Introducción

El absentismo laboral se ha consolidado en los últimos años como uno de los indicadores más sensibles del funcionamiento real de las organizaciones. Lejos de ser un fenómeno aislado o atribuible únicamente a decisiones individuales, la evidencia técnica y académica lo define como un problema multidimensional, en el que confluyen entre otros, factores de salud, organización del trabajo, liderazgo, marco legal y lógica de negocio. Por ello, desde una perspectiva de salud laboral, el absentismo no debería interpretarse únicamente como una ausencia física, sino como un síntoma organizativo.

Aunque el número de empresas que está trabajando en una mejora de las condiciones organizacionales está aumentando, la gestión

de los riesgos psicosociales sigue siendo una asignatura pendiente en el abordaje preventivo por parte de la mayoría de las empresas. Según los datos del Top 5 safety actions to implement in 2021, solo el 9% de las organizaciones a nivel europeo abordan de una manera integral los riesgos psicosociales⁽¹⁾.

En los últimos años han aumentado considerablemente las estadísticas que indican que los riesgos psicosociales como el estrés o el “síndrome de quemarse en el trabajo” son manifestaciones frecuentes en los trabajadores afectando a su salud y cursando con patologías de distinta naturaleza. Los trastornos mentales comunes (TMC), como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos adaptativos y la ansiedad, afectan aproximadamente a un tercio de la población europea en edad de trabajar y

son una de las principales causas de baja por enfermedad común, después de los trastornos musculoesqueléticos⁽²⁾.

Según los datos de la Comisión Europea, los riesgos psicosociales, y en particular el estrés laboral, supone uno de los problemas de seguridad y salud en el trabajo más complejos y que están en progresivo aumento ya que más de la mitad de los trabajadores de la UE señalan que el estrés laboral es habitual en su lugar de trabajo^(3,4).

Además, no existe suficiente bagaje afianzado sobre las estrategias prácticas en la gestión de los riesgos psicosociales para minimizar su impacto en la salud de las personas trabajadoras. Por un lado, se suman el desconocimiento sobre la materia y de otro, la dificultad para su abordaje, tanto a la hora de conocer un diagnóstico real de la organización como a la hora de definir las medidas preventivas acordes a cada situación.

Se constata en la literatura consultada, numerosos estudios sobre el impacto de los riesgos psicosociales tanto en la salud de las personas trabajadoras, y de forma especial entre las mujeres, como para los resultados de las empresas, con elevados índices de presentismo, rotación y absentismo que conllevan⁽⁵⁾. La exposición continuada a factores de riesgo psicosociales tiene pues consecuencias directas a distintos niveles: en la salud de las personas trabajadoras, en la productividad de las empresas y, por supuesto, en el impacto económico de la administración al tener que hacer frente a bajas e incapacidades laborales^(6,7,8).

Sin embargo, la mayor parte de las estrategias para la gestión del absentismo laboral en general y del absentismo por patología mental en particular, se han basado en estrategias de control reactivo, con un impacto muy reducido tal como reflejan las estadísticas^(9,10).

Los diferentes estudios e informes analizan las empresas y los sectores de actividad con mayores índices de absentismo, y análisis cuantitativo según duración de los procesos, género, grupos de edad, tipo de contingencia, grupos de diagnósticos,

sector de actividad, tamaño de la empresa o la localización geográfica. Igualmente, se exploran posibles causas, generalmente atribuidas a factores de tipo legislativo, estructurales y coyunturales, no ahondando en la causalidad derivada de factores organizacionales y de condiciones de trabajo derivadas de la exposición a diferentes riesgos psicosociales.

Por su parte, en nuestro país el objetivo 2 de la Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo para el período 2023-2027, sobre gestionar los cambios derivados de las nuevas formas de organización del trabajo, incide sobre la mejora de la información sobre factores de riesgo psicosocial y ergonómico⁽¹¹⁾.

En este marco, el Consejo Asesor Científico de Affor Health ha llevado a cabo esta investigación como una oportunidad para hacer patente el punto de vista de los profesionales de la salud y la prevención de riesgos laborales, mediante una aportación de criterios expertos al proceso de toma de decisiones para una gestión estratégica de éxito del absentismo por trastornos mentales comunes. Con esta finalidad se promovió la iniciativa de intentar un consenso entre un amplio grupo de profesionales sobre las propuestas estratégicas que, a su juicio, mejorarían una gestión exitosa de los riesgos psicosociales y el absentismo por trastornos mentales comunes en las empresas.

En el presente artículo se describe la metodología utilizada en el citado proyecto y se ofrecen los principales resultados obtenidos. Por ello, el objetivo general del presente proyecto de investigación aplicada es determinar cuáles son, desde el punto de vista de los profesionales que trabajan en el campo de la salud laboral desde diferentes ámbitos, los factores moderadores del absentismo por trastornos mentales comunes derivados de la exposición a riesgos psicosociales incluidos en la clasificación del Grupo PRIMA-EF^(12,13) y qué estrategias de gestión resultan más exitosas en la reducción del absentismo laboral por patología mental.

Material y Métodos

Nuestra investigación se ha basado fundamentalmente en la aplicación de la metodología Delphi⁽¹⁴⁾ a un grupo amplio de expertos (panel de expertos Delphi) que fueron seleccionados por el equipo investigador combinando criterios de conocimiento y experiencia reconocida sobre el tema del estudio, multidisciplinariedad, accesibilidad geográfica y/o informativa, manteniendo el anonimato de los participantes. Para configurar el panel de expertos Delphi fueron invitados a participar responsables de las sociedades científicas y profesionales de medicina y enfermería del trabajo, psicólogos clínicos, técnicos de prevención de riesgos laborales especialistas en ergonomía y psicociología, responsables de los departamentos de las administraciones públicas y de departamentos universitarios relacionados con la seguridad y salud en el trabajo.

Mediante la aplicación de estos criterios se constituyeron dos grupos: un grupo nominal⁽¹⁵⁾ formado por 6 personas que se encargó de seleccionar una primera lista de objetivos operativos y que asumió la supervisión de todo el proceso; y un segundo grupo o panel de expertos Delphi en el que participaron 49 personas de las 61 invitadas (80,3%) en la primera vuelta, y 41 participantes en la segunda (67,2%), a los que les fueron remitidos por correo electrónico los objetivos estratégicos definidos por el grupo nominal, sobre el que se aplicó la técnica Delphi propiamente dicha. El cuestionario, tras la realización de una revisión bibliográfica, fue elaborado por el grupo nominal y contenía ocho objetivos estratégicos/dimensiones y 80 ítems en total, distribuidos a razón de entre cinco y dieciocho por cada objetivo. Se distribuyó entre todos los miembros del grupo Delphi por correo electrónico anonimizado en dos rondas durante los meses de enero y marzo de 2026. Los participantes debían emitir su juicio mediante puntuaciones en una escala de likert o mediante una ordenación de los objetivos propuestos

según criterios de prioridad. Las respuestas se realizaban sobre un diseño en formato electrónico que permitía su recogida en línea con volcado automático en una base de datos que aseguraba el anonimato.

Para el análisis de las puntuaciones se tomaron en consideración dos categorías: por un lado, en las preguntas que se solicita ordenar de mayor a menor importancia de los diferentes ítems, y de otro, seleccionar de un listado de 18-20 ítems, los 10 ítems más determinantes respecto al carácter relevante o pertinente de entre los ítems propuestos y posteriormente en una segunda ronda, ordenar por importancia dichos ítems seleccionados. A partir de este criterio, el grado de acuerdo entre los participantes se clasificó en cuatro niveles: unanimidad en el caso de que se lograra un 100% de acuerdo respecto a las categorías de puntuación; consenso amplio cuando hubiera más del 80% de coincidencias en dichas categorías; mayoría suficiente si el acuerdo se situaba entre 66% y 80%; y, finalmente, se consideró que el acuerdo era insuficiente cuando las coincidencias en las valoraciones de los participantes no superaban los 2/3.

Finalmente, se realizó una ordenación priorizada de las acciones propuestas, ponderando el porcentaje de acuerdo en puntuaciones más altas de las acciones para las que se había conseguido un consenso amplio (>80%) con la ordenación otorgada a los objetivos correspondientes.

Resultados

La distribución de los 61 expertos del panel ofrece la siguiente caracterización general (Tabla 1): Pertenecen a diversas áreas de especialización preventiva (gestión, prevención técnica, medicina del trabajo y docencia) y trabajan en distintos ámbitos de actuación (servicios de prevención, empresas, administraciones públicas, docencia e investigación). Por otra parte, han participado expertos de 17 provincias y 10 comunidades autónomas, aunque casi un 66%

TABLA 1. ESTUDIO DELPHI SOBRE ESTRATEGIA DE ÉXITO FRENTE AL RIESGO PSICOSOCIAL Y EL ABSENTISMO POR SALUD MENTAL. CARACTERÍSTICAS SOCIOLABORALES DE LOS COMPONENTES DEL PANEL DE EXPERTOS (N=61).

		n	%
Area de especialización	Medicina del trabajo	13	21,3%
	Prevención técnica (ergo/psico)	6	9,84%
	Psicología laboral	11	18,0%
	Área docente	13	21,3%
	Gestión de la prevención, MCSS y RRHH	18	29,5%
Ámbito de actuación	Administración pública/MCSS	13	21,3%
	Docencia/investigación	13	21,3%
	Empresa/servicio prevención	35	57,4%
Lugar de procedencia	Comunidad de Madrid	18	29,5%
	Comunidad Valenciana	12	19,7%
	Cataluña	10	16,4%
	Comunidad de Andalucía	9	14,7%
	Comunidad de Murcia	5	8,20%
	Resto CCAA	7	11,5%

de los participantes procedían de tres territorios: Cataluña, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid.

Los factores organizacionales, seguido de los factores personales tendrían mayor peso como factores moduladores del absentismo por TMC (Tabla 2). El grupo de expertos ha señalado 97 aspectos o elementos de la organización que actúan como factores moderadores del absentismo, destacando en primer lugar, los aspectos relacionados con el liderazgo saludable, y, en segundo lugar, aquellos relacionados con la conciliación y flexibilidad laboral.

Respecto a las causas del absentismo laboral existe un consenso amplio (85,7%) señalando como principales causas las derivadas de los factores laborales y las condiciones de trabajo (Tabla 3), y más concretamente, las relacionadas con la intensificación del trabajo (carga de trabajo, elevada de manda, presión de tiempo) unas elevadas exigencias emocionales, el clima laboral nocivo, las malas relaciones interpersonales, el liderazgo tóxico, los cambios en las condiciones de trabajo y el desequilibrio entre la vida laboral y personal (Tabla 4). Asimismo, existe un consenso amplio a juicio de los expertos en

que factores tales como el trabajo a distancia, las nuevas formas de contratación, el envejecimiento de la población activa o el posible impacto de la transición ecológica, digital y demográfica tienen poca relevancia como factores causales de absentismo por TMC.

El impacto en la salud mental constituye hoy la principal causa de años perdidos por discapacidad, siendo varios los factores que impiden que las personas trabajadoras busquen ayuda para dichos trastornos. En este sentido la mala accesibilidad a los servicios de salud mental, los elevados costes de los servicios de salud privados, la estigmatización de los TMC y los bajos conocimientos sobre salud mental serían los principales motivos según el 67,3% de los expertos.

Para la clasificación de los factores de riesgo psicosociales, -aunque la comunidad científica no utiliza una única clasificación-, hemos seguido la clasificación propuesta por PRIMA-EF. Respecto a la relación directa entre la exposición a factores psicosociales de riesgo y los elevados índices de absentismo por trastornos mentales comunes, existe consenso amplio (más del 80% de coincidencias) para los conflictos o conductas inapropiadas, la carga de trabajo

TABLA 2. ESTUDIO DELPHI SOBRE ESTRATEGIA DE ÉXITO FRENTE AL RIESGO PSICOSOCIAL Y EL ABSENTISMO POR SALUD MENTAL. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES MODERADORES DEL ABSENTISMO POR TRASTORNOS MENTALES COMUNES.

Factor/dimensión	Número de orden 1º o 2º	(%)
Factores personales	46	93,9%
Factores organizacionales	42	85,7%
Factores sociales	10	20,4%

TABLA 3. ESTUDIO DELPHI SOBRE ESTRATEGIA DE ÉXITO FRENTE AL RIESGO PSICOSOCIAL Y EL ABSENTISMO POR SALUD MENTAL. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES CAUSALES DEL ABSENTISMO POR TRASTORNOS MENTALES COMUNES.

Factor/causa	Número de orden 1º o 2º	(%)
Factores laborales/condiciones de trabajo	42	85,7%
Factores personales	34	69,4%
Factores estructurales/sociales	14	28,6%
Factores coyunturales	5	10,2%
Factores legislativos	3	6,12%

excesiva y las malas relaciones interpersonales, y una mayoría suficiente (acuerdo entre 66% y 80%) para el conflicto de demandas o exigencias entre familia-trabajo, problemas de conflicto y/o sobrecarga de rol laboral, personal y familiar, la precariedad de las condiciones de empleo y salario, la escasa valoración y apoyo social del trabajo, los horarios de trabajo muy largos o impredecibles y la falta de autonomía o control sobre el trabajo (método, ritmo, horarios o entorno). (Tabla 5). Se consideró que el acuerdo era insuficiente para el resto de factores ya que las coincidencias en las valoraciones de los participantes no superaban los 2/3 (La comunicaciones deficientes o apoyo insuficiente ante problemas o el desarrollo personal, la inseguridad en el trabajo, la conexión continua al trabajo, la falta de sentido de pertenencia a la organización o al grupo de trabajo, el trabajo a turnos o trabajo nocturno, la monotonía, tareas sin sentido, fragmentación, falta de

variedad, la falta de promoción profesional, la falta de participación en la toma de decisiones, la falta de definición de objetivos, o la puesta a disposición de equipos inadecuados o ausencia de mantenimiento, malas condiciones ambientales (espacio, ruido, iluminación)).

Existe un consenso amplio de los expertos (81,6-89,7%) respecto a la relación directa entre la exposición a determinados factores de riesgo psicosocial y las ausencias por trastornos de salud mental, (sentirse humillado, vejado o despreciado en el trabajo, describir el entorno de trabajo como hostil y cuando la actividad laboral impide conciliar la vida familiar), y el acuerdo ha sido entre el 61,2-79,65%, (mayoría suficiente), para siguientes factores: la existencia de mal ambiente en el área de trabajo, sentir que las exigencias y/o ritmo de trabajo están por encima de las posibilidades o cuando se siente que las tareas laborales requieren un excesivo esfuerzo físico y/o mental.

TABLA 4. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL ABSENTISMO POR TRASTORNOS MENTALES COMUNES.

Factor/Riesgo	Número de orden 1º a 3º	(%)
Intensificación del trabajo	31	63,3%
Elevadas exigencias emocionales del trabajo	24	48,9%
Cambio en las condiciones de trabajo	21	42,8%
Desequilibrio entre la vida laboral y personal	16	32,6%
Inseguridad en el puesto de trabajo	12	24,5%
Tecnoestrés	8	16,3%
Envejecimiento de la población activa	6	12,2%
Nuevas formas de contratación	4	10,3%
El impacto de la transición ecológica, digital y demográfica	3	6,12%
El trabajo a distancia	1	2,04%

TABLA 5. FACTORES PSICOSOCIALES DISEÑADOS NEGATIVAMENTE QUE CONTRIBUYEN A ELEVADOS ÍNDICES DE ABSENTISMO POR TMC.

Factor/Riesgo	n	%
Conflictos o conductas inapropiadas (hostigamiento, acoso)	45	91,8
Carga de trabajo excesiva o insuficiente, presión de tiempo, plazos estrictos	42	85,7
Aislamiento, relaciones insuficientes o malas relaciones con los compañeros	40	81,6
Conflicto de demandas o exigencias entre familia-trabajo, problemas de conflicto y/o sobrecarga de rol laboral, personal y familiar	39	79,6
Precariedad de las condiciones de empleo y salario	36	73,5
Escasa valoración y apoyo social del trabajo	33	67,3
Horarios de trabajo muy largos o impredecibles	32	65,3
Falta de autonomía o control sobre el trabajo (método, ritmo, horarios o entorno)	30	61,2

En la Tabla 6 se presenta la lista de los seis factores que, diseñados de forma positiva, pueden contribuir en mayor medida a promover empresas generadoras de salud con bajos índices de absentismo por TMC, siendo la interacción vida personal-trabajo el factor que más contribuye según un 68,3% de los expertos.

Las principales estrategias preventivas de éxito basadas en la evidencia para reducir el absentismo

laboral por TMC que obtienen un consenso amplio por su importancia muy alta o alta (>80%) son los programas de formación en liderazgo saludable (gestión emocional, comunicación) el establecimiento de canales de apoyo psicológico internos o externos y los programas de prevención del estrés. (Tabla 7).

Finalmente, las principales medidas o acciones facilitadoras de unos bajos niveles

TABLA 6. IMPORTANCIA DE DISEÑO SALUDABLE DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES PARA PROMOVER EMPRESAS GENERADORAS DE SALUD CON BAJOS ÍNDICES DE ABSENTISMO DERIVADO DE TMC.

Factor/Riesgo	n	%
Interacción vida personal-trabajo	28	68,3
Cultura de la organización	23	56,1
Carga y ritmo de trabajo	21	51,2
Ambiente y equipos de trabajo	20	48,8
Relaciones personales en el trabajo	16	39,0
Contenido y características del trabajo	12	29,3

TABLA 7. NIVEL DE IMPORTANCIA DE ESTRATEGIAS PREVENTIVAS BASADAS EN EVIDENCIA PARA REDUCIR LOS ÍNDICES DE ABSENTISMO DERIVADO DE TMC EN LAS ORGANIZACIONES.

Estrategia preventiva	Muy alta	Alta	Media	Baja	Muy baja
Formación en liderazgo saludable (gestión emocional, comunicación)	36 (73,5%)	9 (18,4%)	4 (8,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Programas de prevención del estrés (mindfulness, pausas activas, etc..)	31 (63,3%)	13 (26,5%)	5 (10,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Establecer canales de apoyo psicológico internos o externos	29 (59,2%)	14 (28,6%)	3 (6,1%)	3 (6,1%)	0 (0,0%)
Establecer políticas de conciliación laboral-familiar (teletrabajo, flexibilidad...)	29 (59,2%)	13 (26,5%)	4 (8,2%)	2 (4,1%)	1 (2,0%)
Evaluaciones periódicas de los riesgos psicosociales	26 (53,1%)	14 (28,6%)	8 (16,3%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Medición continua del clima laboral	25 (51,0%)	9 (18,4%)	7 (14,3%)	6 (12,2%)	2 (4,1%)
Comunicación transparente y participación del trabajador	17 (34,7%)	15 (30,6%)	12 (24,5%)	4 (8,2%)	1 (2,0%)
Integración de la gestión de los riesgos psicosociales dentro del sistema de gestión de seguridad y salud (ISO 45003 o similar)	13 (26,5%)	19 (38,8%)	14 (28,6%)	2 (4,1%)	1 (2,0%)

de absentismo laboral por TMC según la opinión experta serían la obligatoriedad de disponer de un procedimiento consensuado de retorno al trabajo tras ausencia por motivos de salud mental, la obligatoriedad de formación específica de líderes y mandos de las empresas para reconocer los problemas de salud mental en las empresas, establecer espacios de

conversación para trabajadores y managers de forma periódica, la inclusión de consultas de psicología laboral en los centros de salud pública y por último, disponer de permiso remunerado para el cuidado justificado de personas dependientes.

Discusión

El absentismo laboral se ha consolidado en los últimos años como uno de los indicadores más sensibles del funcionamiento real de las organizaciones. Lejos de ser un fenómeno aislado o atribuible únicamente a decisiones individuales, la evidencia técnica y académica lo define como un problema multidimensional, en el que confluyen factores de salud, organización del trabajo, liderazgo, marco legal y lógica de negocio.

Desde una perspectiva de salud laboral, el absentismo no debería interpretarse únicamente como una ausencia física, sino como un síntoma organizativo.

Los riesgos psicosociales, y en particular el estrés laboral, suponen uno de los problemas de seguridad y salud más complejos, que están en progresivo aumento, y a él se deben aproximadamente la mitad de los días de trabajo perdidos⁽¹⁸⁾. Sin embargo, la mayor parte de los estudios sobre el absentismo laboral por patología mental, se basan únicamente en un análisis para identificar los elementos y componentes esenciales para cuantificar el impacto de los TMC en el ámbito laboral.

El objetivo de esta investigación es promover acciones y estrategias que permitan intervenir en la reducción de los índices de absentismo por problemas mentales en la población activa, prevenir el deterioro de la salud y mejorar el bienestar psicológico de las personas trabajadoras. Para ello, sobre la base del criterio experto, se han propuesto 8 objetivos estratégicos o dimensiones cualitativas y diferentes acciones para cada uno de ellos, sometiéndose dicha propuesta a votación en doble ronda por un grupo multidisciplinar de profesionales según pautas del método Delphi.

La investigación cualitativa aplicada a los sistemas de salud ha sido considerada como un medio óptimo de sintetizar informaciones, mediante el consenso entre expertos, en los casos en que la literatura no ofrece suficiente información o ésta resulta inadecuada para la toma de decisiones⁽¹⁹⁾. En el ámbito específico de la salud laboral, el

método Delphi se ha venido utilizando como una herramienta de investigación cualitativa orientada fundamentalmente al mundo académico, sobre todo para la definición de prioridades en el campo de la investigación^(20,21).

A pesar de que los resultados reflejan el consenso logrado entre un grupo de expertos relativamente amplio (49 personas), desde el punto de vista metodológico la muestra no tiene pretensión de representatividad sobre el conjunto de los profesionales relacionados con de la seguridad y la salud en España, ya que no se trata de una muestra aleatoria sino seleccionada de forma individual en base a criterios de experiencia. No obstante, tal como señala Lavicoli S, la parte más delicada de un Delphi es la selección de los participantes⁽²²⁾, por lo que se ha tenido especial cuidado en diseñar un procedimiento que minimizara sesgos y garantizara resultados fiables.

Las intervenciones psicosociales facilitan el retorno al trabajo saludable y sostenible. Sin embargo, para que esto suceda, estas deben dirigirse no solo al individuo con incapacidad para trabajar, sino también a la interacción de este con su lugar de trabajo^(23,24). Es un error habitual de muchas empresas el medicalizar el problema o individualizarlo, ofreciendo básicamente programas de resiliencia, talleres de mindfulness o campañas motivacionales que no cuestionan la organización del trabajo. La evidencia es clara: estas medidas, aisladas, tienen un impacto limitado si no se revisan factores estructurales como la carga de trabajo, los turnos, los objetivos, el estilo de mando o la autonomía real. De ahí la importancia de los factores organizacionales y factores personales relacionados con el trabajo predictivos de la ausencia como del retorno al trabajo por trastornos mentales comunes^(25,26).

Según el panel de expertos, son cuatro los principales factores que impiden a las personas trabajadoras que busquen ayuda para los problemas de salud mental. La mala accesibilidad a los servicios de salud mental, el elevado coste de los servicios de salud mental privados, la

estigmatización de los TMC y, finalmente, los bajos niveles de conocimientos sobre salud mental. Según la última edición del Atlas de Salud Mental de la OMS de 2024⁽²⁷⁾, a pesar de la mayor atención prestada a la salud mental en los últimos años, aún no se ha traducido en una ampliación de los servicios de atención de salud mental de calidad que se ajusten a las necesidades, y solo un 25% de los países cumplen criterios de integración de la salud mental en la atención primaria. España tiene solo 5,4 psicólogos por cada 100.000, muy lejos del umbral adecuado para una buena atención psicológica a la población que se sitúa en 20 psicólogos cada 100.000 habitantes⁽²⁸⁾.

El clima, como realidad psicosocial, se nutre de las interacciones entre los individuos y la organización, y es el mediador entre los procesos organizacionales y los comportamientos de los trabajadores. Por ello, el clima organizacional puede tener una repercusión sustancial en el bienestar psicológico de los trabajadores, y este nivel de bienestar generado por el trabajo influirá no sólo en su comportamiento sino también en su vida familiar y social. El ambiente de trabajo o clima laboral percibido por los empleados se asocia tanto con la satisfacción laboral como con algunas dimensiones del bienestar psicológico⁽²⁹⁾. Desde una perspectiva económica, se dispone de datos sólidos que indican un retorno de la inversión en el nivel de promoción de la salud mental en el lugar de trabajo. Diferentes estudios de revisión⁽³⁰⁾ muestran la eficacia de la gestión de riesgos psicosociales. Los beneficios de la inversión en programas de promoción de la salud mental están estimados según el estudio realizado por Deloitte en 1,62 dólares anuales por cada dólar invertido, alcanzando los 2,18 dólares en las empresas con programas en marcha durante tres o más años⁽³¹⁾. Sin embargo, la mayor parte de la literatura económica existente se ha centrado en el caso de las intervenciones dirigidas a los individuos en lugar de intervenciones a nivel organizacional. Los modelos de éxito demuestran que proteger la salud psicosocial de las personas va más allá de cumplir la legislación. Es una

cuestión ética y entraría en el ámbito de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC), con lo que debe buscar sinergias con este tipo de enfoques voluntarios en las empresas.

La formación en liderazgo saludable (gestión emocional, comunicación, etc.) ocupa el primer nivel de importancia según el 91,9% de los expertos dentro de las estrategias preventivas basadas en evidencia para reducir los índices de absentismo derivado de TMC en las organizaciones. En este sentido, algunos autores señalan también que el liderazgo transformacional reduce la posibilidad de que sus empleados abandonen la compañía y se reduce la intención de abandono cuando existe un alto nivel de compromiso afectivo⁽³²⁾.

Asimismo, los programas de prevención del estrés, el establecimiento de canales de apoyo psicológico internos o externos, junto a políticas de conciliación laboral-familiar (teletrabajo, flexibilidad...) y las evaluaciones periódicas de los riesgos psicosociales y el clima laboral, constituyen según una mayoría suficiente de los expertos (69-4-89,8%) los principales elementos o acciones que conformarían una estrategia de éxito para reducir los niveles de absentismo laboral por TMC en las organizaciones.

Dichas medidas, tal como indican diferentes autores^(33,34,35), se corresponden tanto con medidas de intervención primarias dirigidas a la organización para modificar o eliminar las fuentes de estrés, como medidas de intervención secundarias de detección de grupos de riesgo para limitar el deterioro (formación y recursos de afrontamiento), o de intervención terciaria, dirigidas al trabajador para su recuperación y rehabilitación y minimizar los efectos de los riesgos psicosociales.

Como las limitaciones metodológicas del estudio para tener en cuenta, destaca el carácter cerrado del cuestionario ya que, a pesar de haber sido construido por profesionales expertos del grupo nominal, podría haber condicionado en exceso la reflexión del panel de expertos.

Como conclusiones de la investigación hay que destacar que la ponderación entre las acciones

propuestas ha merecido un consenso superior al 80% así como en el orden de importancia concedido a los objetivos correspondientes, lo que ha permitido proponer una lista de ocho acciones prioritarias para una estrategia de éxito frente al absentismo laboral por Trastornos Mentales Comunes,

Agradecimientos

Agradecer la participación durante las diferentes fases del proyecto al panel de expertos (por orden alfabético): Francisco Javier Agudo Lora, Asier Arriaga, José Ramón Azcona Castellot, María del Carmen Bellido Cambren, Marta Luz Blanco Rad, Juan Luis Cabanillas Moruno, Daniela Campos, Javier Cantera Herrero, Beatriz Calvo Cerrada, Carlos Catalina Romero, Antonio Cirujano González, Houria Ech Chaibi El Hidaoui, María Isabel Cobreros Ramos, Ambar Deschamps Perdomo, Simón Dolan, Natalia Fernández Laviada, Jorge Gabriel Cutuli, Mariano García Izquierdo, Ramona García-Macià, María Pedro R. Gil-Monte, María del Rosario Gutiérrez Labrador, Alejandro Hernández Gallego, Luis Hernández Herrero, María Concepción Ibáñez García, Sonia Latorre Cazaña, José Rafael Lobato Cañón, Ángeles López, Sergio López Besnard, Araceli López Guillen García Alonso, Francisco Javier Llana Álvarez, Gianluca Manuli Calameonte, Luis Mazon Cuadrado, Araceli Navarro Sahuquillo, Carmen Otero Sierra, Ventura Pérez Mira, Juan Antonio Pestaña Blanca, Rosa Teresa Quiles Moliner, Fermín Salvador Rodríguez Laguna, Pablo Romero Blanco, Mireya Rifá Fabregat, Juan Rivera Mata, Marina Romeo, Juan Carlos Rueda Garrido, Carlos Ruiz Frutos, María Sabater Molina, J. Ramon San Sebastián Rubayo, Silvia Santo Domino, Jorge Soriano Martínez, Juan José Veramartinez, María Villaplana García.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ninguna relación comercial que pueda suponer un conflicto de

intereses en conexión con el presente artículo. Proyecto de investigación ha sido financiado mediante la resolución del Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales de concesión de subvenciones en régimen de concurrencia competitiva para proyectos de investigación innovadores en materia de prevención de riesgos laborales, convocadas para el ejercicio 2025 mediante Resolución de 8 de mayo de 2025. (10 de noviembre de 2025)

Bibliografía

1. The top five workplace safety priorities for 2021. [citado 12 ene 2026]. Disponible en: <https://www.consultancy.uk/news/26922/the-top-five-workplace-safety-priorities-for-2021>
2. Garrido-Larrea P, Ansoleaga-Moreno E, Tomicic-Suñer A et al. Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: Una revisión sistemática. *Cien Trab.* 2013;15(48):105-13. DOI: 10.4067/S0718-24492013000300002.
3. OSH Pulse 2022 - La salud y la seguridad en el trabajo con posterioridad a la pandemia. [citado 18 mar 2026]. Disponible en <https://osha.europa.eu/es/facts-and-figures/osh-pulse/post-pandemic>
4. Agencia Europea de Seguridad y Salud. Riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo. [citado 18 mar 2026]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
5. Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Navarro, R.M., Medrano, J.A., Moriana, J.A. et al. Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2), 118-23. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/J.ANYES.2017.10.003>
6. Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Montejo-González, A. The socioeconomic cost of mental illness in Spain. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 10(4), 361-9. Disponible en <http://doi.org/10.1007/S10198-008-0135-0>
7. Stewart, W.F., Ricci, J.A., Chee, E. C. Cost of lost productive work time among US workers

- with depression. 2003. JAMA, 289(23), 3135-44. Disponible en <http://doi.org/10.101/JAMA.289.23.3135>
8. Ronnie Goetzel et al., "Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain psychical and mental health conditions affecting U.S. employers," *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 46, no. 4 (2004): pp. 398-412.
 9. CSA Group and Bureau de normalisation du Québec, *Psychological health and safety in the workplace Prevention, promotion, and guidance to staged implementation*, January 2013
 10. Pim Cuijpers et al., "How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence," *World Psychiatry* 15, no. 3 (2016): p. 245.
 11. Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo (2023-2027). Junio 2023 [citado 18 mar 2026]. [citado 12 ene 2026]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/estrategia-esp%C3%B1ola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2023-2027>
 12. Leka, S. Cox, T. (EDS.). PRIMA-EF. Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management. A resource for employers and worker representatives. Protecting Workers' Health Series: 9. WHO, 2008. Accesible en: http://www.prima-ef.org/uploads/1/1/0/2/11022736/prima-ef_brochure_english.pdf
 13. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 1.056. PRIMA-EF: marco europeo para la gestión del riesgo psicosocial. (2015)
 14. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guideliness for the Delphy survey technique. *J Adv Nurs*. 2000;32849.1008-1015.
 15. Jorm, AF. Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *Aust N Z J Psychiatry*, 49 (2015), pp. 887-897 <http://dx.doi.org/10.1177/0004867415600891>
 16. Diamond, R.C. Grant, B.M. Feldman, P.B. Bencharz, S.C. Ling, A.M. Moore, et al. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol*, 67 (2014), pp. 401-409 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
 17. Peiró S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios en Salud; 2003.
 18. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Criterio técnico 104/2021, sobre actuaciones de la inspección de trabajo y seguridad social en riesgos psicosociales. Disponible en: https://oeitss.gob.es/content/dam/oeitss/documentos/4-0-informaci%C3%B3n-y-normativa/4-1-a-criterios-t%C3%A9cnicos/CT_104_21.pdf
 19. Jones J, Hunter D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311:376-380.
 20. Humphrey-Murto, S., Varpio, L., Gonsalves, C., Wood, TJ. Using consensus group methods such as Delphi and Nominal Group in medical education research. *Med Teach*, 39 (2017), pp. 14-19 <http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2017.1245856>
 21. McMillan, SS., King, M., Tully, MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm*, 38 (2016), pp. 655-662 <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x>
 22. Lavicoli S, Marinaccio A, Vonesch N, Ursini CL, Grandi C, Palmi S. Research priorities in occupational health in Italy. *Occup Environ. Med*. 2001;58:325-329
 23. Betancourt GP, Brand AC. Revisión Sistemática-Intervenciones en el proceso de Retorno al trabajo en los trastornos Mentales Comunes. *Med Segur Trab (Internet)*. 2021;67(264): 212-231. doi:10.4321/s0465-546x2021000300006
 24. Villaplana-García, MD, F, García-Izquierdo M, Meseguer P. Una revisión de los modelos de gestión de la ausencia y el retorno al trabajo desde el enfoque psicológico. *Trabajo: revista andaluza de relaciones laborales*. 2013; 28:55-67
 25. Villotti P, Gragnano A, Larivière C, Negrini A, Dionne CE, Corbière M.J. Tools Appraisal of Organizational Factors Associated with Return-to-Work in Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal and Common Mental Disorders: A Systematic Search and Review. *Occup Rehabil*.

- 2021 Mar;31(1):7-25. doi: 10.1007/s10926-020-09902-1.
26. Gragnano A, Villotti P, Larivière C et al. A Systematic Search and Review of Questionnaires Measuring Individual psychosocial Factors Predicting Return to Work After Musculoskeletal and Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil.* 2021 Sep;31(3):491-511. doi: 10.1007/s10926-020-09935-6.
27. OMS. Mental Health Atlas 2024. Disponible en <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5897b3c7-2848-47a7-ba22-0a7902342a81/content>
28. Fundación CIVIO. Listas de espera para el psicólogo en España. Disponible en: <https://datos.civio.es/dataset/listas-de-espera-para-el-psicologo-en-espana/>
29. Romero, J.M. Clima laboral y bienestar psicológico en una empresa pública. *Arch Prev Riesgos Labor* 2001;4(1):17-23
30. Swenneke G. Van den Heuvel, S.G., Bakhuys Roozeboom, M. Management of psychosocial risks in European workplaces - evidence from the second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2) Management of psychosocial risks in European workplaces - evidence from the second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2) - OSHwiki | European Agency for Safety and Health at Work
31. Chapman, S. Kangasniemi, A., Maxwell, L. The ROI in workplace mental health programs: Good for people, good for business A blueprint for workplace mental health programs (DELOITTE 2019). Disponible en : https://www.deloitte.com/content/dam/insights/articles/2024/ca22901_blueprint-for-workplace-mental-health/di-blueprint-for-workplace-mental-health.pdf
32. Mañas.Rodríguez MA, Díaz-Fuster PA, Llopis-Marin-Jetal.Relationshipbetweentransformational leadership, affective commitment and turnover intention of workers in a multinational company. *International Journal of Social Psychology.* 2019. DOI:10.1080/02134748.2019.1682292
33. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 1.045. Salud mental: etapas para su promoción en la empresa
34. Umivale-Activa. Buenas prácticas preventivas para abordar la salud mental en el trabajo. 2024. [buenas_practicas_preventivas_para_abordar_la_salud_mental_en_entorno_laboral.pdf](#)
35. Bernardo Moreno-Jiménez, B., Báez-León, C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. 2010. NIPO 792-11-088-1. Disponible en : <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales,+formas,+consecuencias,+medidas+y+buenas+pr%C3%A1cticas>