



# **DELIMITACIÓN DE LOS EFECTOS CLÍNICOS DERIVADOS DE CONDICIONES PRODUCTORAS DE ESTRÉS LABORAL DETECTADOS EN LA RED PÚBLICA DE SALUD (MENTAL). UN ESTUDIO RETROSPECTIVO, RELACIONAL Y CUALIATIVO**

**RESPONSABLE: ANTONIO ESPINO GRANADO**

**Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TAS/940/2007, de 28 de marzo (subvenciones para el Fomento de la Investigación de la Protección Social –FIPROS-)**

**La Seguridad Social no se identifica con el contenido y/o conclusiones de esta investigación, cuya total responsabilidad corresponde a sus autores.**

## TÍTULO.-

“Delimitación de los efectos clínicos derivados de condiciones productoras de estrés laboral detectados en la red pública de salud (mental). Un estudio retrospectivo, relacional y cualitativo”<sup>1</sup>

Director e Investigador responsable: **Antonio Espino Granado**. Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio. Responsable de los SSM del Distrito de Majadahonda (Area 6)

Han colaborado:

Dr. Antonio Escudero. Médico Psiquiatra. SSM de Majadahonda. (Area 6)

Dr. Pedro Cuadrado. Médico Psiquiatra. Jefe de los SSM del Distrito de Vallecas-Villa

Dr. Alfredo Paya. Médico de Atención Primaria. Responsable Area de Información. Gerencia Area 6

Dr. Fernando Caballero. Médico de Atención Primaria. Responsable de Docencia e investigación. Gerencia del Area 6

Dr. Ricardo Bordas Oliva. Médico del Trabajo

Rocío Basanto. Psicóloga Clínica

Enrique Puig de la Bellacasa. Psicólogo

---

<sup>1</sup> Subvencionado en el marco de la convocatoria de la Orden TAS/ 940/ 2007, de 28 de marzo (Subvenciones para el Fomento de la Investigación Social FIPROS), del – entonces - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (actualmente Mº de Trabajo e Inmigración)

# Contenido

Resumen ejecutivo

Introducción

Objetivos generales

Metodología

Las herramientas de trabajo. Las fuentes. La recogida de información. Las características de la muestra

Primera parte. Estrés, salud y vida laboral

*¿Qué entendemos por estrés?*

Estrés, malestar y salud. Manejo del estrés y desarrollo (saludable) de la vida humana.

*¿Qué entendemos por (estado de) salud y/o vida saludable?*

Vida saludable y enfermedad. La medicalización de los riesgos del enfermar

*Estres (psicosocial) y vida laboral.*

Presencia del estrés en la vida laboral. Importancia y significación del trabajo en la vida de las personas. La dialéctica de la actividad laboral. Algunas funciones del trabajo (de calidad) en nuestra sociedad.

Factores psicosociales y salud psíquica: conceptualización del estrés laboral.

Condiciones de trabajo y estrés.

*¿Existe una clínica propia del estrés laboral?*. Condiciones laborales y riesgos para la salud. Principales síndromes relacionados con el estrés laboral.

*Trabajo y sobreesfuerzo.* El estrés laboral (por sobrecarga o sobreesfuerzo). El

Síndrome del quemado o de desgaste profesional (“burn-out”).

*La violencia en el trabajo.* El Acoso laboral (“mobbing”).

*¿Existen tratamientos específicos y efectivos para el estrés laboral ?*

Algunas situaciones especiales frente al estrés. Vulnerabilidad creciente al estrés a partir de la segunda mitad de la vida. Vulnerabilidad frente a los trastornos cardio-

circulatorios. Las condiciones de estrés en la mujer trabajadora. ¿Es más vulnerable que los hombres?

Segunda parte. Estrés laboral y uso de servicios sanitarios

Salud (mental), salud (física) y vida saludable

Impacto del trastorno (mental) sobre (la vida de) las personas.

Condiciones laborales, satisfacción y calidad de vida

Problemas laborales y trastornos psíquicos

Estrés laboral, malestar y utilización de servicios sanitarios

Tercera parte. La red de salud mental de la Comunidad de Madrid. El Centro de Salud mental del Distrito de Majadahonda

Cuarta parte. Frecuentación clínica por causa de estrés laboral (Estudio retrospectivo sobre registros clínicos)

Preparación de los instrumentos de evaluación.

El cuestionario base. Muestreo de las Historias Clínicas (año 2004). Juicios diagnósticos comparados en relación al estrés laboral.

Ordenación diagnóstica de los partes de interconsulta (PIC) de los médicos de atención primaria (MAP) a partir del muestreo.

Criterios de ordenación clínica de los problemas laborales en el área especializada.

Conclusión: el cuestionario en excel y la guía nosográfica de apoyo

Quinta parte. Intervenciones clínicas de la medicina primaria y la red especializada de salud mental frente al estrés laboral

*Estudio retrospectivo y relacional.*

Datos de los Distritos sanitarios de Majadahonda y Vallecas-Villa (Año 2005).

Selección de la muestra. Variaciones diagnósticas observadas entre la atención primaria y la atención especializada (Centros de salud mental).

Análisis general de la muestra de casos de estrés laboral. Análisis descriptivo de las variables.

Muestras conjuntas de Majadahonda y Vallecas-Villa.

Perfil del paciente-tipo atendido por estrés laboral.

Muestras separadas de Majadahonda y Vallecas-Villa.

Significación estadística de las diferencias observadas en los dos Distritos sanitarios

*El acercamiento cualitativo.*

A propósito de dos casos.

Introducción general.

La historia de Raquel. Presentación. Desarrollo del caso.

El segundo caso. Sinopsis. Desarrollo.

Consideraciones finales

**Conclusiones.**

Encuentros y desencuentros entre la Medicina laboral y la medicina clínica (nivel primario y nivel especializado). El perfil- tipo de los usuarios de los CSM con problemas laborales. Diferencias encontradas en dos CSM (Majadahonda y Vallecas-Villa). ¿Qué nos dice el estudio cualitativo?.

**Objetivos cubiertos, recomendaciones y propuestas.**

*Objetivos.* Áreas diagnósticas para el estrés laboral. Guía diagnóstica de los casos de estrés laboral en la red extrahospitalaria. Ordenación clínica de las consecuencias del conflicto laboral (Reacciones desadaptativas).

*Recomendaciones y propuestas terapéuticas.* Consecuencias psicofísicas del estrés laboral. Intervenciones de carácter sanitario. Efectividad de las intervenciones sanitarias en el estrés laboral. Tratamiento general de los trastornos adaptativos. La experiencia psicoterapéutica de una psicóloga clínica del CSM de Majadahonda. Medidas terapéuticas aceptadas para el estrés laboral. Intervenciones no médico-sanitarias. Medidas cooperativas entre la red sanitaria y el mundo laboral. Medidas de carácter preventivo. Factores de protección y de riesgo frente al estrés laboral.

Postdata

Índice de tablas

Referencias bibliográficas

Libros

Artículos de Revistas y otros documentos

Prensa escrita en medios de comunicación (incluida la red)

## Resumen ejecutivo

Hoy en día y dentro del campo de los conflictos generados en el trabajo han alcanzado importancia mediática síndromes conocidos con el nombre de “mobbing” y “burn-out”, palabras de uso cada vez más extendido. Se trata, sin embargo, de dos situaciones específicas y no muy frecuentes dentro de los problemas relacionados con el estrés en el trabajo y sus consecuencias para la salud.

La práctica universalización de la atención sanitaria y las reformas de la atención a la salud mental de los años 80 han supuesto un cambio cualitativo en el uso de los servicios sanitarios públicos. Si la asistencia psiquiátrica pública entre nosotros había mantenido hasta entonces resabios de beneficencia pública, centrando sus prestaciones en la conocida como “psiquiatría mayor” y dejando los trastornos mentales comunes (con sus formas de tratamiento) en el ámbito privado, la apertura de la atención psiquiátrica al conjunto de la población siguiendo los criterios de la salud mental comunitaria, hizo posible una atención de calidad de los trastornos comunes dentro del sector público.

Un papel clave en el desarrollo de estas nuevas prestaciones lo han jugado la red de centros de salud mental, que han venido a ocupar un lugar asistencial a caballo entre la asistencia primaria y la hospitalaria y a convertirse en eje de una organización plural de la asistencia de la salud mental.

La extensión de la atención a la salud mental desde la red extrahospitalaria (Centros de salud mental y dispositivos de apoyo socio-comunitario) ha cambiado el uso de los servicios públicos de salud mental ampliando los motivos de solicitud de ayuda de los ciudadanos hasta desbordar la propia capacidad asistencial de estos centros, siempre vistos con desconfianza desde las estructuras hospitalarias herederas del Insalud. También en este caso, los dispositivos comunitarios de salud mental están corriendo el riesgo de “morir de éxito”.

Producto de esta nueva situación y de los cambios ocurridos en la cultura sanitaria de los usuarios de nuestro país por el desarrollo de la atención primaria de salud y el impacto de los medios de comunicación, un campo hasta entonces vinculado a distintas formas de malestar psicosocial se ha abierto al uso de los servicios de salud mental. Problemas relacionados con

la vida cotidiana y sus dificultades, hasta entonces patrimonio del apoyo encontrado en el propio entorno del sujeto o del tratamiento privado en el caso de sectores acomodados de la población, han irrumpido con fuerza dentro de la red de atención a la salud y a la salud mental. Conflictos de pareja, separaciones, divorcios, conflictos con la educación de los hijos, conflictos en el trabajo, inseguridades frente a cambios vitales, pérdidas de personas queridas y tantos otros, han buscado ayuda dentro de la atención sanitaria.

Un aspecto que ha crecido muy especialmente dentro de la red de atención a la salud mental ha sido la búsqueda de ayuda profesional para los problemas ocurridos en el trabajo. Sobre la clásica psicopatología más vinculada al paro y a la pérdida de trabajo, emerge una nueva “psicopatología” relacionada con distintas formas de estrés en el trabajo. Patologías que no se vinculan de manera específica con determinadas clases sociales ni niveles de renta sino que parecen afectarnos a todos a lo largo y ancho de nuestra vida laboral.

Esta nueva visión del estrés laboral nos exige un planteamiento mucho más amplio que el propio de las “patologías laborales” reconocidas en el momento actual hasta la saciedad. Nos obliga a replantearnos el significado del proceso laboral de las personas en términos de salud y de calidad de vida.

Para ello hemos debido recuperar la conceptualización de la salud dentro del contexto general de los procesos adaptativos que intervienen en el conjunto de la vida humana, muy lejos de una filosofía propia de la medicina asistencialista, cada vez más obcecada en la lucha contra la muerte y más alejada de los conceptos de vida saludable propios de las políticas centradas en la mejora de la salud pública.

Afrontar estos aspectos desde el sector de la salud mental nos ha planteado grandes retos:

- entender el concepto de estrés desde una perspectiva dialéctica, más allá de la teoría del conflicto social
- discriminar dentro del conjunto de situaciones de estrés laboral que acompañan la vida de las personas, aquellas con consecuencias más severas sobre la salud
- revisar nuestra nosografía práctica a efectos de ordenar las consecuencias clínicas del estrés laboral y facilitar un diagnóstico específico desde la semiología psiquiátrica que trascienda la casuística establecida por la medicina laboral

- valorar la magnitud sanitaria de estos problemas teniendo en cuenta su frecuentación y la propia capacidad de respuesta de los centros sanitarios
- establecer formas de intervención más específicas y efectivas para todos aquellos aspectos sensibles a los tratamientos médicos y psicológicos.

Lo que se ha concretado en los objetivos siguientes:

- Mejorar y homogeneizar la consideración clínica de los problemas de estrés laboral
- Correlacionar el diagnóstico laboral con el diagnóstico clínico
- Diferenciar el papel jugado por las condiciones estresantes y la vulnerabilidad del sujeto
- Mejorar la efectividad terapéutica de los trastornos clínicos relativos al estrés laboral

Teniendo en cuenta que vienen siendo los Centros de salud mental los principales receptores de estas “nuevas patologías psíquicas”, era preciso llevar a cabo esta tarea de clarificación clínico-terapéutica desde su propio ámbito, a pesar de las dificultades objetivas con que cuentan estos centros - terciados de recursos y desbordados de presión asistencial -, para afrontar tareas de investigación clínica y evaluativa

Esta tarea se ha liderado desde el Centro de Salud Mental del Distrito sanitario de Majadahonda (Area 6., Madrid), teniendo en cuenta que dispone de un registro específico de estos casos desde 2003, que incluye todas las derivaciones realizadas por los médicos de familia del Distrito por causa de distintas formas de estrés laboral.

La importancia asistencial de estos problemas lo había marcado el propio registro: el número de casos que llegan a nuestra consulta de salud mental como consecuencia de *problemas de estrés en el trabajo que producen malestar en el trabajador y le llevan a buscar ayuda médica* es superior a la de todos los pacientes que nos llegan por presentar síntomas **psicóticos** (los trastornos psicopatológicos más importantes de nuestra actividad profesional especializada) y muy similar a la suma de todos los casos relacionados con el consumo de **alcohol** y la **anorexia nerviosa**.

Nuestro objetivo ha sido, por tanto, clarificar la carga asistencial de estos problemas dentro del conjunto, acercarnos y delimitar su nosografía clínica, establecer el perfil característico de las personas que acuden en busca de ayuda y la respuesta terapéutica recibida.

Considerando que la respuesta personal frente a las condiciones laborales puede estar condicionada por las características socio-demográficas de la población estudiada, hemos contado con la colaboración del Centro de Salud Mental de Vallecas-Villa y hemos podido contrastar así la existencia, en su caso, de diferencias y similitudes entre ambos.

Teniendo en cuenta la limitación en el tiempo y a pesar de haber solicitado – y conseguido – una pequeña ampliación del mismo, hemos centrado esta fase del estudio en la delimitación estricta de los efectos clínicos derivados de distintas condiciones productoras de estrés laboral detectadas en nuestros centros de salud mental, desde la doble perspectiva del análisis estadístico y cualitativo.

Para ello partimos de un muestreo de nuestros registros clínicos de 2004 y elaboramos un cuestionario-base y una clasificación clínica propia para ordenar y recoger la información relevante de los casos de estrés laboral que nos iba a permitir su estudio retrospectivo y la valoración de los mismos.

La muestra utilizada se corresponde con los primeros semestres de los años 2005, 2006 y 2007 en el caso del Distrito de Majadahonda, y el primer semestre del 2005 en el distrito de Vallecas-Villa. Una vez depurada a efectos de homogeneizar los criterios seguidos en ambos distritos corresponde a 336 casos en total: 274 de Majadahonda y 62 de Vallecas-Villa. Una muestra estadísticamente representativa.

Una vez revisada la bibliografía, analizada la muestra y contrastada con los estudios cualitativos, hemos establecido las siguientes conclusiones:

- A. No existe una relación lineal entre la existencia de condiciones continuadas de trabajo estresante y la pérdida de la salud. Sabemos que el efecto sobre la salud es global, variable, depende de muchas circunstancias y juega dentro de un abanico muy amplio, desde simples malestares circunstanciales hasta condiciones que pueden poner en riesgo – directo o indirecto - la vida del sujeto.
- B. Existen distintas formas de estrés laboral vividas y expresadas por los sujetos que acuden a la consulta
- C. Para una valoración clínica correcta de las distintas formas de estrés laboral, es preciso conciliar las diferentes condiciones y

circunstancias laborales con el grado de vulnerabilidad del trabajador. Lo que no es novedoso: quien enferma es siempre el sujeto, aun cuando su entorno influya – y a veces de forma determinante - tanto en su desencadenamiento como en su recuperación.

- D. En base a las consecuencias sobre la salud de los conflictos laborales, se establecen dentro de la medicina laboral dos ejes bien diferenciados: los que se relacionan con *el sobreesfuerzo* laboral continuado y aquellos donde es característica *la violencia* ejercida sobre la persona en su trabajo. En el primer caso las condiciones psíquicas del sujeto pueden llegar a ser determinantes en el fracaso de su equilibrio psíquico. En el segundo, son las propias condiciones laborales quienes acaban rompiendo la seguridad y el equilibrio psíquico de las personas expuestas. El análisis cualitativo de estos casos ha hecho una aportación clarificadora, estableciendo ejemplos paradigmáticos de ambas formas de estrés laboral: por sobreesfuerzo en *el Síndrome del quemado o burn-out* y *el acoso laboral o mobbing* como la forma más característica de ejercicio continuado de violencia en el lugar de trabajo.
- E. En cuanto a las diferencias y similitudes encontradas entre la medicina laboral y la medicina clínica, frente a los desarrollos de la medicina laboral, el papel de la medicina clínica es establecer las formas de expresión clínico-nosográfico del fracaso del equilibrio psíquico del sujeto inmerso en los distintos tipos de conflicto laboral. Es tarea de los clínicos traducir las formas del conflicto laboral en referencias psicopatológicas lo más específicas posibles.
- F. Desde la medicina clínica hemos analizado las valoraciones realizadas por los médicos de atención primaria (MAP) y los especialistas de salud mental (psiquiatras y psicólogos clínicos) con los resultados siguientes:
- los juicios clínicos realizados por los MAP y los especialistas alcanzan un alto grado de coincidencia, “parecen referirse a las mismas cosas”, traduciendo estos problemas con carácter general en el ámbito de *los trastornos mentales comunes*, es decir, aquellos cuya centralidad sintomatológica gira en torno a *la ansiedad y el trastorno del humor*, cursan habitualmente con un grado moderado o leve de severidad y son atendidos de forma casi exclusiva dentro de la red extra-hospitalaria del sistema sanitario.

- en muchos casos el MAP y el especialista parecen referirse a un mismo problema clínico a pesar de hacer un uso diferente de los términos clasificatorios (codificación diagnóstica oficial). Mientras que para uno el paciente “sufre de ansiedad (por culpa de sus problemas en el trabajo)” el otro lo sintetiza como “un trastorno adaptativo con síntomas ansiosos”. Refiriéndose básicamente a lo mismo, su codificación CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Edición modificada) va a ser diferente: 300.0 (Estados de ansiedad) frente a 309.2 (Reacciones adaptativas con predominio de la ansiedad, temores y/o preocupaciones).
- las principales diferencias entre ambos las hemos encontrado en el mayor uso directo que hace el MAP del diagnóstico laboral y sus variantes (lo que se recoge en la CIE, sin embargo, dentro de los códigos V – factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud -) y en diferencias, como ya avanzamos en el párrafo anterior, en cuanto a la codificación nosográfica: los MAP parecen referirse más a trastornos neuróticos (estados de ansiedad y distimias) y los especialistas a reacciones adaptativas (con síntomas depresivos y/o ansiosos u otros). Un aspecto, seguramente, más formal que real.
- mientras que el MAP expresa – de forma más o menos atinada - su juicio clínico en cada PIC de derivación (que funciona de facto como un mini-informe dirigido al especialista) los juicios clínicos realizados por el especialista de forma explícita en la historia clínica no llegan al 50%. El especialista suele utilizar las anotaciones en la historia como “guía de tratamiento” estableciendo un diagnóstico definido (y/o formal) sobre el caso cuando se le solicita un informe de situación o la de realizar una derivación y/o alta del paciente.

G. Teniendo en cuenta las diferencias de codificación encontradas, proponer una *guía nosográfica de apoyo* a los profesionales sanitarios en relación a los casos de estrés laboral responde al objetivo, precisamente, de asegurar un juicio clínico más homogéneo y correcto a partir del conflicto laboral expresado por el paciente y ayudar a diferenciar entre los dos grupos nosográficos principalmente diagnosticados, de forma que dispongamos de un conocimiento clínico más ajustado sobre el problema del paciente y podamos avanzar en la instauración de un tratamiento más específico y racional. Se trata de ayudar a distinguir entre *reacciones adaptativas* y *trastornos neuróticos*, diferencias que expresan un distinto grado de influencia de las características estresantes y la condición psíquica del sujeto en el desencadenamiento de la pérdida de la salud (mental). Lo que nos puede ayudar a diferenciar el efecto

de distintas formas de estrés laboral: *desencadenantes* directos del fracaso clínico del sujeto o simples *desestabilizadores* y/o *amplificadores* de un equilibrio psíquico débil e inestable.

H. Igualmente es conveniente contemplar de una forma común el estrés laboral en el contexto de la adaptación del sujeto a las condiciones del entorno:

- Reacciones desadaptativas graves frente a una situación prolongada de acoso laboral o “mobbing”
- Reacciones desadaptativas frente a un estado continuado de estrés laboral por sobrecarga
- Reacciones desadaptativas frente a una situación estresante crónica en personas con características y circunstancias propias (Síndrome del quemado o burn-out)
- Respuestas inadecuadas y/o insuficientes del sujeto frente a distintas condiciones de estrés laboral
- Respuestas sobreactuadas del usuario de los servicios sanitarios frente a condiciones habituales de estrés en su trabajo, pudiendo incluir actitudes de obtención de un beneficio 2º

I. En base a los datos analizados hemos podido establecer un perfil-tipo de los usuarios atendidos en los CSM por problemas laborales. Se trata de mujeres en torno a los 40 años de edad, profesionales cualificadas y en activo aunque se encuentren temporalmente de baja, con experiencia en su empresa y en el mundo laboral, remitidas al Centro por su médico por padecer de *ansiedad provocada* en el ámbito de su trabajo. Es vista un mes y medio después por el especialista, normalmente una psicóloga clínica, que la diagnostica de *reacción adaptativa*. Suele estar tomando alguna medicación psicótropa indicada por su MAP (principalmente antidepresivos ISRS) para aliviar sus síntomas y va a ser objeto de unas 5-6 consultas programadas por el especialista a lo largo de tres meses. La paciente no solicita informes del especialista en la fase inicial del tratamiento.

J. En cuanto a las diferencias en la atención realizada en los dos CSM (Majadahonda y Vallecas-Villa) y dentro de una organización muy similar, hemos encontrado algunas variantes:

- El tiempo de espera para ser atendido es algo mayor en Vallecas Villa (50 días frente a 45)

- El tipo de profesional que se hace cargo del caso en Majadahonda suele ser una psicóloga clínica y en Vallecas-Villa, un psiquiatra
- En relación con lo anterior la proporción de tratamientos psicoterapéuticos es mayor en Majadahonda (un 24% frente a un 4%)
- El tiempo total de seguimiento del paciente es mayor en Vallecas-Villa (6 meses frente a tres)

K. ¿Qué nos ha aportado el estudio cualitativo?

- Las diferentes consecuencias e implicaciones clínicas y evolutivas entre un estrés crónico por sobreesfuerzo o un caso grave de acoso laboral.
- La relación existente entre acoso laboral continuado y trastorno depresivo severo, de perfil melancólico, con sentimientos de culpa, que va a exigir un tratamiento más intensivo y largo que los cuadros habituales.
- Las consecuencias del estrés laboral crónico y sus variantes tienen siempre un carácter psico-orgánico, afectando al conjunto de la salud de estas personas, a su salud física y mental.
- La conveniencia de realizar un tratamiento mixto inicial – farmacológico y psicoterapéutico -al menos en los casos más severos, y un seguimiento psicoterapéutico complementario durante un tiempo prudencial

L. En base a los hechos anteriores se ha establecido las siguientes *recomendaciones y propuestas* a seguir:

1. Establecer y unificar las distintas formas de estrés laboral de las personas que acuden a la consulta
2. Contar con una guía de apoyo al diagnóstico clínico del estrés laboral común para la red de atención primaria y especializada
3. Incluir el tipo de trastorno o estrés laboral como segundo diagnóstico
4. Llevar a cabo en todos estos casos una anamnesis rigurosa y completa
5. Realizar estudios de efectividad terapéutica en base a la guía diagnóstica común comparando la farmacoterapia, las psicoterapias y los tratamientos mixtos

M. Podemos ordenar en 5 grandes áreas diagnósticas las consecuencias clínicas de las distintas formas de estrés laboral:

- **Las Reacciones de Adaptación (309)** (Respuestas desadaptativas y reactivas al estrés)
- **Los Trastornos neuróticos (300)** (Comportamientos con un componente neurótico que influye en la reactividad al estrés)
- **Otros trastornos psicopatológicos y/o psicósomáticos desencadenados y/o influidos por estrés (laboral)** (Otros trastornos psicopatológicos y psicósomáticos no señalados en las dos áreas anteriores)
- **Los factores adversos del trabajo que influyen sobre la salud, la calidad de vida y la frecuentación de los servicios asistenciales (Código V)** (Malestares psico-sociales relacionados con las condiciones de trabajo que no se expresan con una clínica bien establecida)
- **Distintas situaciones laborales sin presencia de un trastorno psicopatológico detectable en el momento actual** (Situaciones de conflicto sin correspondencia psicopatológica, incluyendo los cuadros de simulación)

Al intentar dotarnos de una organización nosográfica capaz de abarcar el conjunto de los problemas relacionados con el estrés en el trabajo siguiendo las clasificaciones de enfermedades de uso habitual en el Sistema Nacional de Salud nos hemos encontrado con graves problemas, por su dificultad real de manejo, su falta de claridad y concreción y sus limitaciones severas en el orden práctico, lo que nos ha llevado a plantear un desarrollo simplificado de estas áreas - en el marco de la propia CIE - para facilitar un uso común dentro de la red, especialmente a efectos del desarrollo de investigaciones diagnósticas y de efectividad terapéutica. Estas cinco áreas integran de forma coherente las distintas consecuencias clínicas del estrés laboral y constituyen una Guía nosográfica inteligible y manejable, capaz de ordenar los distintos trastornos clínicos producidos por el estrés laboral y distinguiendo aquellos cuadros directamente relacionados con las condiciones de estrés, con aquellos donde el estrés ha roto el equilibrio inestable propio de la condición neurótica, síntomas psicósomáticos específicos desencadenados por estados de tensión continua y acumulada, cuadros de malestar inespecífico resultantes de condiciones adversas del ambiente de trabajo y quejas laborales en ausencia de un trastorno psicopatológico detectable, lo que incluye los fenómenos de simulación y las actitudes de búsqueda de beneficio secundario a través de la red de salud mental:

#### **A. Cuadros reactivos y adaptativos**

- A.1. Con síntomas predominantemente depresivos y de duración variable (309.0 y 309.1)
- A.2. Con síntomas preferentemente ansiosos (309.2)
- A.3. Con síntomas mixtos ansiosos y depresivos (F43.23)
- A.4. Con presencia de síntomas psicóticos provocados (298.3 y 298.4)
- A.5. Con presencia de un cuadro depresivo mayor (298.0)
- A.6. Con acentuación de los rasgos de personalidad (Z73.1)

**A. Exacerbación de un trastorno neurótico previo**

- B.1. Estados de ansiedad (300.0)
- B.2. Estados fóbicos (300.2)
- B.3. Trastornos distímico (300.4)
- B.4. Cuadros neurasténicos (300.5)

**B. Presencia de determinados síntomas y síndromes físicos especiales influidos por las condiciones de trabajo**

- C.1. Episodios de disfunción vegetativa somatomorfa (F45.3)
- C.2. Insomnio (307.4)
- C.3. Disfunción sexual (302.7)
- C.4. Hiporexia y anorexia (307.5)
- C.5. Cefaleas de tensión (307.8)
- C.6. Abuso de alcohol (305.0)
- C.7. Abuso de medicamentos (305.8)
- C.6. Otros síntomas y síndromes psicósomáticos (316)

**C. Presencia de condiciones adversas del ambiente de trabajo que generan malestar en el sujeto (V 62)**

**D. Ausencia de un trastorno psicopatológico detectable en el momento de la consulta (Incluye la simulación)**

*Las propuestas terapéuticas.-*

Por último, hemos revisado las propuestas terapéuticas a seguir en estos casos, buscando principalmente aquellas medidas sobre las que existe un amplio consenso.

La efectividad de la red de atención a la salud mental en su organización actual es objeto de discusión en un doble aspecto:

- En cuanto al grado de efectividad real sobre los trastornos psiquiátricos comunes, donde se incluyen la mayor parte de problemas relacionados con el estrés laboral
- Sobre las consecuencias del crecimiento de la atención a problemas psicopatológicos comunes sobre la disponibilidad de recursos para afrontar de forma eficaz los trastornos mentales graves con un mayor riesgo de cronificación, discapacidad e invalidez.

No tenemos una respuesta clara al aparente dilema que supone aumentar la efectividad de nuestra actuación frente a los trastornos mentales comunes sin afectar de forma negativa a la disponibilidad para enfrentar los trastornos mentales severos ¿Más recursos? ¿Mejor organización y efectividad de la red? ¿Formas de tratamiento más específicas? ¿Renuncia a un tratamiento suficiente de los trastornos mentales comunes desde la red pública? ¿Todas las cosas a la vez?

A esta discusión general se puede añadir un nuevo debate: ¿está justificada la hipótesis que contempla la existencia de un trasvase creciente de los “conflictos y malestares” propios de la vida relacional de las personas desde el mundo laboral (y otros campos de interacción social) hacia el sanitario como una ventaja obtenida por el mundo empresarial al derivar de esta forma gastos necesarios para mejorar las condiciones del trabajador dentro de la empresa y reducir sus riesgos de pérdida de la salud, hacia un servicio de carácter universal que se financia por impuestos?. ¿O como vía de escape para el propio trabajador frente a la inclemencia de exigencias laborales abusivas? De acuerdo con los datos de nuestro estudio, no se justifica esta tesis salvo en un porcentaje pequeño de los casos que estamos atendiendo.

Lo que no impide recordar que las distintas formas de apoyo social (es decir, el apoyo emocional que obtenemos en nuestro entorno) han tenido siempre un papel relevante para mitigar los efectos perniciosos del estrés propio del conflicto psicosocial y que una excesiva e inespecífica **medicalización del conflicto laboral** puede acabar perjudicando tanto al usuario – al correr el riesgo de quedar progresivamente inutilizado para el sistema productivo - como al propio sistema sanitario, desbordado frente al crecimiento de una demanda para la que carece de suficientes profesionales y programas efectivos de actuación.

Para enfrentar estos problemas desde la red de salud mental hemos de considerar cuatro aspectos:

- La identificación de los factores estresantes

- La utilización de medidas psicoterapéuticas que hayan demostrado su eficacia
  - dirigidas a cambiar la fuente de estrés (el origen)
  - dirigidas a cambiar el significado o percepción del estresor (las cogniciones)
  - dirigidas a controlar los sentimientos de desagrado producidos por la situación estresante (el malestar emocional)
- La intervención farmacológica para aliviar las consecuencias del estrés especialmente en sus fases más agudas
- La mejora en la organización del tratamiento de estos problemas mediante la elaboración de Guías de práctica clínica para su uso preferente dentro de la medicina laboral y la atención primaria de salud. ( la experiencia de implantación de Guías de práctica clínica para el tratamiento de los trastornos adaptativos por los profesionales de atención primaria de salud y salud laboral en los Países Bajos, centradas en la adquisición de habilidades de afrontamiento y de recuperación del control por parte de las personas con problemas laborales está dando resultados positivos en forma de menos tiempos de baja, menos absentismo y reducción de los síntomas psicofísicos)

Las perspectivas psicológicas generales de carácter preventivo se vienen centrando principalmente en *el control del estrés* con tres objetivos principales:

- eliminar o aliviar situaciones potencialmente estresantes
- potenciar o modificar características personales relevantes
- eliminar o controlar las manifestaciones del estrés cuando ya se han producido

Algunos elementos generales del abordaje terapéutico – puestos en práctica en los CSM - gozan de amplio consenso:

1. Explicar al paciente el valor e incidencia real que tiene la actuación sanitaria y psicoterapéutica sobre un conflicto real de la vida del paciente.
2. Ayudar al paciente a hacer una valoración e interpretación realista de la situación
3. Ayudar al paciente a valorar sus posibilidades de actuación frente al conflicto laboral y también sus alternativas
4. Ayudar al paciente a tomar conciencia del carácter no equidistante del conflicto: va a ser mayor siempre el desgaste sufrido por el individuo-trabajador que el de la empresa-organización
5. Utilizar técnicas específicas que hayan demostrado su capacidad para ayudar al paciente a afrontar problemas de su vida cotidiana y de su

- actividad laboral conflictiva, tales como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, el entrenamiento en establecimiento y consecución de acuerdos o la psicoterapia grupal de tiempo predeterminado y objetivos definidos
6. Ayudar al paciente a controlar mejor los efectos psico-físicos del estrés, mediante entrenamiento en relajación
  7. Ayudarle a establecer formas de compensación frente al estrés laboral dentro de su entorno habitual mediante la realización de actividades relajantes y/o facilitadoras de apoyo emocional
  8. Prevenir desde el inicio de la relación terapéutica con el paciente la consolidación de respuestas victimistas y no favorecer actitudes que puedan facilitar la pasividad y la búsqueda de un beneficio secundario a través del sistema sanitario
  9. No favorecer medidas ni actitudes de revancha frente al dolor que se le ha producido
  10. Usar un antidepresivo a dosis moderadas y durante un tiempo determinado (ejemplo, ISRS) siempre que el paciente presente síntomas de carácter ansioso o depresivo que se sienta incapaz de controlar mediante otros mecanismos.

Junto a estas intervenciones de carácter sanitario y las generales de provisión de apoyo social no deben olvidarse las medidas cooperativas entre la red sanitaria y el mundo laboral. Un mayor esfuerzo de las empresas en medidas preventivas y de mediación frente a los diferentes conflictos laborales junto a una mayor **complementariedad con el sector sanitario** podrían ayudar a reducir la morbilidad general y, de forma específica, ese sector creciente de trabajadores insatisfechos que acaban encontrando refugio en la sanidad pública, sumándose a la creciente demanda de ayuda en relación a situaciones que empiezan a denominarse como “**Patologías del disconfort**” dentro de nuestro mundo hiperdesarrollado, frente a las que el uso exclusivo de nuestros instrumentos terapéuticos suelen resultar insuficientes.

### *Postdata*

El estudio realizado en este primer año ha exigido un esfuerzo institucional especial al tratarse de un centro de salud mental volcado en el trabajo asistencial y, por tanto, sin una organización estable ni facilidades para la investigación clínica y evaluativa. Los resultados se han centrado en conocer con mayor exactitud qué se atiende en relación a las distintas formas de estrés laboral, cómo se atiende, con qué tipos de colaboración y

que matices diferentes acompañan a los distintos centros de salud y de salud mental en esta tarea.

Queda pendiente para una segunda fase relacionar los hallazgos clínicos derivados de las condiciones laborales con la incidencia de bajas laborales y cómo se ven afectadas por el proceso terapéutico, incluyendo el tiempo de reincorporación. Es por eso que el desarrollo del estudio que aquí finaliza, deberá continuarse profundizando en los aspectos siguientes:

- las relaciones existentes entre el conflicto laboral, la gravedad del trastorno clínico y la incidencia de las bajas laborales
- la relación existente entre los casos derivados por causa exclusiva de “discomfort laboral” y las bajas dadas
- las relaciones existentes entre estrés laboral, reacciones desadaptativas y absentismo laboral
- las relaciones existentes entre la gravedad del cuadro clínico y psicopatológico y la duración de la IT
- las relaciones existentes entre cumplimiento terapéutico y tiempo de reincorporación laboral

En resumen, las relaciones entre estrés y absentismo laboral, entre gravedad clínica y duración de IT, entre cumplimiento del tratamiento y tiempo medio de reincorporación laboral.

Para ello habrá que contar con un mayor protagonismo de la *red de atención primaria* y sus profesionales.

Antonio Espino Granado  
Majadahonda

## INTRODUCCIÓN

En los **Centros de Salud Mental** de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid crecen los casos derivados por los **Médicos de atención primaria** donde el **estrés laboral** es el principal motivo de dicha decisión, que suele llevar consigo añadida una medida de baja laboral.

Las personas atendidas en relación a situaciones de estrés laboral suelen presentar un pequeño grupo de síntomas de tipo ansioso, depresivo, psicossomáticos o comportamentales (**ansiedad, desánimo, insomnio e irritabilidad suelen ser los de más frecuente presentación clínica**), no estando bien definida su ordenación propiamente clínica y, menos aun, nosográfica, aunque parecen responder, en general, a problemas de orden psicológico y psiquiátrico reconocidos en la literatura científica como “comunes o menores”.

El tratamiento habitual **con psicofármacos** (antidepresivos y/o ansiolíticos) - a veces sin ningún otro apoyo – no resulta muy efectivo para controlar sus síntomas y, sobre todo, mejorar su seguridad personal y acelerar su reincorporación al trabajo

A pesar de su caracterización como “cuadros clínicos menores”, tienen, por tanto, un pronóstico asistencial reservado, por lo que no es raro su tendencia a la **cronificación** con el riesgo de crecer su severidad psicopatológica y las dificultades de reincorporarse a **una vida laboral** satisfactoria y activa.

Al discurrir estos pacientes por la **red asistencial extrahospitalaria** (Centros de salud y Centros de salud mental) sin llegar al hospital, salvo cuando aparecen complicaciones en su salud física, es la red asistencial primaria y los apoyos especializados directos los responsables casi únicos de un mejor futuro terapéutico para estas personas.

Asistimos a un gran interés, incluso mediático, por algunos cuadros selectivos bien establecidos por la medicina laboral, conocidos como *acoso laboral o “mobbing”* y *síndrome de Burnout* - que aparece especialmente en determinadas profesiones -, de caracterización clínica y gravedad variable, en detrimento de los estudios empíricos sobre el conjunto de problemas de estrés laboral vinculados a aspectos organizativos y al sobre-esfuerzo de los trabajadores. Sabemos más sobre determinadas condiciones productoras que sobre la expresión clínica específica de los mismos y su relación con otros “trastornos psiquiátricos comunes”, especialmente, los trastornos adaptativos..

El Centro de Salud Mental del Distrito de Majadahonda (300.000 habitantes) cuenta con un registro de casos de estrés laboral establecido a partir de las derivaciones escritas de los médicos de familia del Distrito. En el año 2005, **un 6.3 % del total de casos** derivados al Centro de Salud Mental se debieron a problemas relacionados directamente con distintas situaciones de estrés laboral y señaladas como tal en el Parte de Interconsulta (**196 casos**), un índice comparativamente importante si lo relacionamos con otros tipos de trastornos clínicos atendidos en el Centro (trastornos alimentarios, abuso e consumo de alcohol, etc.)

Hay una preocupación creciente dentro del sector de la salud mental, desbordado en sus tareas extrahospitalarias, ante un trasvase creciente de casos desde el mundo laboral hacia el sanitario como una especie de ventaja obtenida por el mundo empresarial al derivar determinados gastos propios relacionados con las condiciones de trabajo hacia un servicio de carácter universal que se financia por impuestos. Sin olvidar que se trata de una estrategia negativa en el medio plazo para la propia productividad de las empresas al empeorar el ambiente laboral, hacer crecer el absentismo y dilatar las bajas laborales por causa de enfermedad.

El contenido principal de nuestra propuesta de trabajo es, por tanto, detectar y entender mejor los efectos clínicos sobre la salud mental de los casos de estrés laboral, donde los efectos negativos se hacen sentir más a medio plazo y están influidos por factores de vulnerabilidad de la persona a la hora de manejar las distintas situaciones de la vida.

Esfuerzo necesario en sintonía con la **Estrategia de Salud Mental del SNS** aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS en diciembre del 2006, que contempla la importancia creciente de estos problemas y propone desarrollar un **Programa específico para afrontar con eficacia los problemas relacionados con el estrés laboral y, en general, los problemas de deterioro creciente de la salud laboral de los trabajadores en relación con las modernas políticas empresariales centradas de forma cada vez más descarnada en la obtención de grandes y rápidos beneficios.**<sup>2</sup>

Se trata de ir disponiendo de conocimiento empírico sobre la problemática vinculada al **estrés laboral** en sus relaciones con el subsector de la salud mental del **Sistema sanitario**, especialmente en su organización extrahospitalaria. Las distintas posibilidades de estudio e investigación se han acotado para su desarrollo a lo largo de un año complementando estas tareas con las de carácter clínico-asistencial habitual de los Centros de Salud Mental de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, totalmente desbordados por su creciente carga asistencial e insuficientes recursos.

---

<sup>2</sup> También se ha incluido con el mismo carácter prioritario los problemas psíquicos relacionados con las distintas formas de violencia de género, donde se podría incluir el acoso sexual de la mujer en el trabajo.

## Objetivos.

Los **objetivos del estudio** se han estructurado en torno a los siguientes aspectos:

- a) Delimitar los trastornos psicopatológicos, sus características, formas clínicas y consecuencias para la salud (mental) producidos en aquellas personas que acuden a **su médico de familia** a causa de algún tipo de “discomfort psíquico” relacionado con el trabajo y son derivados para su evaluación y tratamiento a un **centro de salud mental** (CSM). Se trata de ordenar clínicamente los efectos producidos por el estrés laboral sobre el equilibrio psíquico de las personas.
- b) Centrar el estudio, más allá de aquellos síndromes específicos mejor estudiados por su impacto sobre la opinión pública (“Acoso laboral” y “Burnout”, muy especialmente), en los problemas psíquicos generales relacionados con los efectos a medio y largo plazo del estrés laboral presente de manera frecuente y grado variable en las actividades laborales, sin excluir por eso ni los más relevantes ni aquellos cuya escasa significación clínica los acerca a los problemas generales del “discomfort psicosocial” e, incluso, los casos de simulación nacidos de la continuada ausencia de gratificación del trabajo realizado.
- c) Situar y definir estos problemas, más allá de la medicina laboral, en un marco nosográfico acorde con las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales y del comportamiento.
- d) Establecer la incidencia de estos problemas en el conjunto de casos atendidos en el CSM, su incidencia sobre la carga de trabajo asistencial general y sobre el propio estilo de trabajo de los Centros y su demanda asistencial. Comparar su frecuentación con otras patologías de alta significación clínica y/o social y/o mediática nos ayudará a establecer su posición clínico-asistencial de una manera empírica.
- e) Establecer las diferencias existentes en el manejo de este tipo de casos entre la medicina primaria (Centros de salud) y la especializada (Centros de Salud mental), así como sus encuentros y desencuentros respecto de la consideración clínica del estrés laboral
- f) Analizar las posibles diferencias clínicas y asistenciales existentes en dos tipos de población de características sociodemográficas diferentes, incluyendo la frecuencia de bajas laborales.

En definitiva, obtener mediante información clínica de primera mano conocimiento empírico que nos permita diseñar estrategias de actuación desde el sector sanitario más ajustadas y efectivas a las necesidades reales y la magnitud de los problemas clínicos derivados de condiciones insatisfactorias y discriminatorias de trabajo, así como poder influir indirectamente sobre la productividad y rendimiento de los trabajadores y establecer recomendaciones para una mejor y más beneficiosa cooperación entre la red de asistencia sanitaria y el mundo laboral.

## Metodología.

### Las herramientas de trabajo

- Un cuestionario-guía, elaborado en base a un sondeo previo de documentos clínicos del CSM de Majadahonda
- Entrevistas en profundidad con pacientes derivados por razón de distintas formas de estrés laboral
- Consultas a profesionales con experiencia en el campo
- Análisis documental de diversas fuentes, incluida la prensa escrita. Revisión de la literatura básica relacionada con la adaptación, el estrés y la salud y en qué forma las condiciones negativas de trabajo (estrés laboral) afectan de forma específica a la pérdida de la salud (mental).
- La Clasificación Internacional de los trastornos mentales y del comportamiento, CIE-9 modificada para el Servicio Nacional de salud.

### Las fuentes

- El Registro Acumulativo de Casos con que cuentan los Centros de S.M. de la Comunidad de Madrid
- El registro de casos de estrés laboral del CSM de Majadahonda
- La documentación clínica propia de los CSM de Majadahonda y de Vallecas-Villa, que incluyen los Partes de Interconsulta de los médicos de atención primaria, limitando el tamaño de la muestra – una vez garantizada su significación estadística - para un trabajo a presentar en un año.
- Estudio cualitativo detallado de algún caso clínico de especial significación.
- Información básica de las características socioeconómicas y laborales de los Distritos de Majadahonda y Vallecas Villa.

### La recogida de información

- Se ha desarrollado en el verano del 2007 en los CSM de Majadahonda y de Vallecas-Villa
- Para estudiar la documentación clínica se cumplimentará un cuestionario elaborado ex profeso

### Las características de la muestra

- El total de casos de estrés laboral analizados ha sido 336, 274 del CSM de Majadahonda y 62 de Vallecas Villa
- Se corresponden con los casos llegados al Servicio de SM de Majadahonda 3 semestres de los años 2005 a 2007 y 1 al de Vallecas-Villa (2005) por petición expresa del Médico de familia, siendo el motivo principal de la derivación la presencia de alguna forma de estrés laboral.
- Al tratarse de un estudio cuantitativo y cualitativo se han descartado las historias que carecen de la información requerida a efectos del estudio estadístico y se ha complementado la información existente mediante el estudio detallado de algún caso significativo.

En el trabajo planeado para un año, se ha llevado a cabo un análisis básico tanto cuantitativo como cualitativo de los resultados obtenidos a partir del estudio documental, estableciendo las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

## *Primera parte: Estrés, salud y vida laboral*

### *¿Qué entendemos por estrés?*

El estrés se ha considerado como estímulo adverso para el equilibrio del sujeto, “estresor”. Pero también como “reacción desadaptativa al ámbito estimular”. La consideración que integra en el concepto de estrés tanto al estímulo como a la respuesta lo contempla como un proceso interactivo y continuo que expresa la adaptación del sujeto a las condiciones cambiantes del medio físico, humano y social (y de sí mismo).

El “proceso del estrés” integra un conjunto de reacciones generales e inespecíficas del organismo inscritas en su evolución y que tienen como objetivo facilitar la adaptación del sujeto a las distintas incidencias del medio, a cada suceso o acontecimiento vital. Al tiempo, arriesga cambios en nuestro equilibrio interno, en nuestro estatus previo a la búsqueda de una nueva situación de equilibrio dinámico con nosotros mismos y nuestro entorno.

El desarrollo humano – es decir, nuestra vida – cursa, por tanto, como un proceso continuo de aprendizajes y cambios adaptativos frente a las incidencias de todo orden que van atravesando nuestra existencia. Al igual que el proceso evolutivo general, carece de adjetivos y se trata de un proceso en el que unas personas – frente a otras - se adaptan *mejor y con más éxito* a las condiciones que les ha tocado vivir. Acertar en las respuestas (“adaptarse”) nos ayuda a crecer como seres humanos en relación con los demás. Enfrentar con dificultad los eventos del existir puede tener efectos perjudiciales sobre la percepción de nuestro bienestar, nuestro rendimiento social y la propia salud.

Las reacciones frente a las distintas condiciones de estrés están mediadas internamente por sistemas claves en la coordinación general del organismo humano: el sistema nervioso, el endocrino y el propio sistema inmunitario. La mediación biológica de los efectos clínicos del estrés se la debemos al eje hipotalámico- hipofisario- adrenal: el estrés crónico aumenta la adrenalina y corticoides, que disminuyen, a su vez, las respuestas inmunes, debilitan la capacidad de respuesta del organismo y aumentan el riesgo de ver alterado su funcionamiento general.

Todo este soporte biológico se integra, a su vez, en la acción correspondiente al día a día de cada ser humano. Es en el sujeto donde se integran los sistemas de modulación de la respuesta humana frente a los avatares de nuestro medio físico, relacional e interno.

La mediación de los efectos directos del medio, permite modular el efecto de los “estresores” sobre nuestro funcionamiento en tanto que organismos y en tanto que personas. Las conductas promovidas en base al estímulo estresor son, siempre, respuestas del organismo, es decir, de un sujeto con historia tanto hereditaria como personal, biográfica, lo que va a incidir sobre el grado y características de la susceptibilidad individual frente al entorno y a uno mismo.

La compleja estructura de mediación del organismo humano es lo que da al estrés su carácter significativo: la interacción propia de cada ser humano con su entorno a lo largo de la vida tendrá un efecto siempre particular y variable.

El estrés va a significar tanto la oportunidad para crecer y consolidarse como un riesgo en la continuidad de nuestras expectativas vitales.

Por qué y de qué forma ocurre todo esto viene siendo el campo ya viejo de estudio de toda la biología evolucionista y adaptativa y de la moderna psicología del desarrollo del comportamiento humano.

### *Estrés, malestar y salud*

El estrés se expresa de forma genérica mediante la percepción subjetiva de distintas formas de malestar psico-físico. La pérdida de la salud puede estar al final de estas vivencias de malestar, aunque el estrés, por sí mismo, no es sinónimo de enfermedad, aunque pueda facilitar su aparición.

*Igualmente, a la aparición de una enfermedad suele añadirse una condición estresante para el sujeto, una sobreexigencia, una dificultad añadida en el desarrollo de su vida.*

La presencia continuada de las distintas manifestaciones del estrés a lo largo de nuestra vida puede repercutir sobre la calidad de la misma facilitando (o dificultando) la aparición y mantenimiento (duración y tipo de evolución) de la enfermedad

Con carácter general, la aparición de clínica 2ª al estrés – coloreada por el malestar emocional subjetivo y el deterioro del rendimiento psicosocial (“distrés”) – es resultado y expresa, a su vez, una condición y/o respuesta desadaptativa frente a las incidencias (“buenas o malas; agudas o permanentes; deseadas o rechazadas”) propias de nuestra vida.

*CADA UNO DE NOSOTROS RESPONDEMOS DE ACUERDO CON “NUESTRA FORMA DE SER”, “NUESTRAS EXPERIENCIAS PREVIAS” “NUESTRA CONDICIÓN DE SUJETOS” Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN.*

No correspondiéndose el malestar propio del estrés con la *enfermedad*, sabemos de forma empírica que una “*situación de estrés mantenida*”, especialmente en ausencia de elementos de compensación, va a facilitar el desencadenamiento de determinados trastornos y enfermedades físicas, psíquicas y psicosomáticas.

#### *Manejo del estrés y desarrollo (saludable) de la vida humana*

Sobre un desarrollo más saludable de nuestra vida influyen, en buena medida, las siguientes condiciones:

- La presencia, intensidad y continuidad en el tiempo de situaciones estresantes (influencia de la agresión psico-física continuada)
- La vulnerabilidad de cada persona frente al estrés (capacidad de enfrentar las distintas situaciones de estrés)
- El conjunto de experiencias y habilidades aprendidas frente a situaciones generadoras de estrés durante nuestra vida (resistencia, capacidad y habilidades para la adaptación al estrés y la superación de los episodios de crisis)
- Los apoyos psicosociales con que podemos contar en cada situación (elementos de compensación que reducen la significación del estrés)

#### *Vida saludable y enfermedad*

Las relaciones entre salud y enfermedad tienen un enclave histórico y social además de su base biológica.

Desde la perspectiva adaptativa, “la salud” es resultante de un proceso de interrelación eficiente con los distintos eventos vitales (ya sean de orden positivo o negativo) que nos acompañan a lo largo de nuestra existencia. Podemos salir reforzados de un incidente vital que ha puesto en cuestión nuestra capacidad de respuesta, por ejemplo, una enfermedad grave. O dicho episodio puede romper, temporal o definitivamente, nuestro equilibrio psíquico.

La *salud* entendida como proyecto saludable de vida no es lo opuesto a la *enfermedad*: el conjunto de una vida saludable – que va a concluir de forma natural e inevitable con la muerte del sujeto –, lleva consigo incidentes en forma de episodios de enfermedad que pueden afectar a las características del desarrollo de la vida de las personas. Cada episodio de enfermedad puede entenderse como una situación estresante para el sujeto y, como tal, un incidente que, al exigirle un sobreesfuerzo, pone en guardia su fortaleza y su capacidad de respuesta frente a la adversidad.

S. Freud consideraba la salud en un sentido claramente más amplio (y positivo) que el médico-clínico al ligarla a la capacidad de cada persona para “amar y trabajar”, es decir, con aquella condición dentro de la cual los seres humanos “pueden expresar y disfrutar de sus emociones, vincularse con otros seres humanos y darse” (**amar**) y, a la vez, “son capaces de actuar instrumentalmente sobre el mundo, participando en el rendimiento y la producción de la sociedad, mediante su capacidad de crear cosas y modificar aspectos de la realidad que encuentran” (**trabajar**).

### *La medicalización de los riesgos de enfermar*

La percepción del sujeto de su propio malestar psicofísico puede ser la antesala de la pérdida de su salud. O un síntoma de enfermedad. O de algún conflicto psicosocial. Pero “el malestar” es tan sólo expresión de que algo, en general poco definible, le está ocurriendo al sujeto. El malestar nos pone en guardia, nos señala la necesidad de pasar a la acción. Pero, ¿qué tipo de acción? Eso será ya nuestra decisión.

En nuestras sociedades hiper-desarrolladas parece estar dándose una cierta traslación de fenómenos conflictivos que han formado parte históricamente de otros campos (la educación, la ley, la religión, etc) hacia la intervención médica.

Observamos en la vida laboral actual un desplazamiento creciente hacia el Estado de determinados costes laborales que antes eran propios del puesto de trabajo y corrían a cargo del empresario. Es el caso de determinados costes de mantenimiento y reproducción del trabajo (educación general, formación especializada, etc) derivados hacia las personas y los dispositivos públicos a favor de las empresas hasta conformarse un auténtico círculo vicioso: las empresas pueden aumentar sus beneficios sin generar mayor riqueza, haciendo crecer los costes soportados por la colectividad. A ello colaboran las subvenciones públicas al empleador de ciertos trabajadores (jóvenes, mujeres, parados de larga duración), la contribución al coste de los despidos, las prejubilaciones y otras aportaciones de las distintas administraciones públicas (cesión de suelo a un precio tasado muy por debajo de mercado, exención de ciertos impuestos, etc.)

Crece igualmente en nuestras sociedades el espacio propio de “las enfermedades y sus riesgos”. Las fases normales del ciclo reproductor y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, la pobreza y el desempleo, etc. han adquirido una hiper-representación social en tanto que *amenazas para la salud* del hombre moderno. Tránsitos generales de la existencia humana como el nacimiento, la menopausia, el envejecimiento, la sexualidad, la infelicidad y la muerte se están erigiendo en amenazas para el sujeto olvidando el sentido de las “crisis de crecimiento” como oportunidades para la consolidación y desarrollo de la persona.

El paso siguiente ha de ser “la medicalización de los riesgos”, sustituyendo las medidas frente a los estilos de vida no saludable y la resolución de los distintos conflictos vitales por una actuación médica.

Si “enfermo es el que va al médico” la consideración de un determinado proceso psicosocial o funcional como enfermedad va a poder hacerse desde una instancia exterior (profesionales) o desde una interna (la propia decisión de los usuarios)

La universalización de la atención sanitaria, uno de los grandes logros de nuestras sociedades avanzadas, puede estar facilitando, sin embargo, el uso (y abuso) del servicio sanitario público con un carácter compensador frente a las distintas formas de malestar psico-social.

*Para un joven licenciado, puede resultar más fácil ser atendido por un psicólogo en la red pública de salud mental que encontrar una vivienda asequible. Su preocupación por haber alcanzado los 30 años y no poder vivir aun de forma independiente puede ser reconducida hacia su expresión sanitaria, ayudándole a mejorar el control de su ansiedad o a reducir su ansiedad y/o sus sentimientos de culpa mediante diferentes técnicas psicológicas de carácter individual o grupal.*

Estamos, seguramente, ante un fenómeno específico y exclusivo del primer mundo donde influye, en términos de mercado, el efecto de una oferta sanitaria creciente sobre la demanda de servicios. De fondo, estamos ante un cambio más profundo: recuperar para el consumo (sanitario) lo que históricamente ha venido respondiendo a necesidades básicas de las personas.

En tanto convertimos la salud en un bien de consumo, aparece inevitablemente su correlato: la insatisfacción. Es por eso que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que un número mayor de sus habitantes se consideren enfermos o, al menos, necesitados de atención médico-sanitaria. E insatisfechos.

El uso de servicios sanitarios, por tanto, no depende directamente del nivel de salud de la población.

Desde la perspectiva de administración podemos observar tres modos de medicalización:

- la ampliación del campo de la nosografía médica, donde cada día más, la definición de enfermedad queda ligada a las disponibilidades tecnológicas que hacen crecer la sensibilidad para identificar nuevas patologías y reducir el umbral a partir del cual pueden empezar a tratarse
- la exageración de la eficacia y bondad de la medicina científica actual sobre el conjunto de problemas de la población
- su papel en la marginación y el desprestigio creciente de las formas tradicionales de manejar y afrontar los distintos procesos vitales que transcurren a lo largo de nuestras vidas, incluida nuestra propia muerte

A más medicina, menos espacio para el apoyo social. Clasificamos como nuevas enfermedades problemas que tiene la gente en su vida en sociedad. Cada vez más se define como enfermedad lo que no es sino simples síntomas o signos de aparición puntual y de muy dudosa significación, aspectos estéticos, presencia de factores de riesgo, índices de probabilidad de padecer en el futuro una enfermedad o simples fenómenos anatomo-fisiológicos que se superponen ampliamente con la normalidad. También han tenido *su momento de enfermedad* el malestar social que provocan situaciones como la calvicie, tener arrugas o presentar mollas.

A fecha de hoy, determinados problemas todavía no son sentidos por nuestra cultura asistencialista como insuficiencias necesitadas de atención médica: los déficits de elocuencia, carecer de oído musical o de capacidad para el razonamiento lógico, por ejemplo. ¿Por cuanto tiempo?

Vemos con demasiada frecuencia que antes de promover una nueva etiqueta de una nueva enfermedad se cuenta con una alternativa de tratamiento. Y como la construcción de nuevas enfermedades es frecuentemente liderada por grupos de investigadores con estrechos lazos con las empresas productoras de dichos medicamentos. O como se promueve una ampliación “cosmética” de las indicaciones de medicamentos eficaces (Prozac, Viagra, Seroxat, etc.). O como se hace cada vez más propaganda supuestamente subliminar desde los medios de comunicación.

Junto a la creación de nuevas y dudosas enfermedades a partir de experiencias vitales o procesos normales se están infrautilizando tratamientos efectivos en grupos de población que necesitarían mayor intervención sanitaria. Hay riesgos de desmedicalización en la población mayor donde algunas enfermedades para las que disponemos de tratamiento efectivos son contemplados por el sistema sanitario como fenómenos propios del envejecimiento o carentes de solución. O es el caso del descuido sistemático del sistema sanitario hacia la atención de la salud física de los enfermos mentales, dando lugar un riesgo de morbi-mortalidad por encima del resto de ciudadanos.

¿Y cuales son los protagonistas de este proceso creciente de medicalización?. El juego, en este caso, está muy repartido entre los proveedores de los servicios sanitarios (principalmente profesionales sanitarios y empresas médico-farmacéuticas), la industria de la comunicación, la propia cultura (o incultura) poblacional y la Administración con sus gestores sanitarios y responsables políticos.

¿Hacia donde vamos?.

Es un hecho conocido que cuanto más medicalizada está la sociedad mayor percepción de malestar y dependencia tiene en relación a su salud. Malestar, eso si, cada vez más difuso y generalizado.

Convendría recordar, por tanto, los hechos siguientes:

- las consecuencias de la medicalización de los problemas de nuestra vida no son inocuas. Los tratamientos tienen riesgos sobre la salud y no deberían darse, por tanto, en personas sanas con problemas menores de diverso orden o cuando dichos tratamientos no aportan más salud al sujeto que los derivados de llevar a cabo pequeños y no dificultosos cambios en la organización de su vida.
- las formas no médicas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando con lo que la capacidad de las personas por valerse por si mismos y sentirse capaces de obtener apoyos en su entorno para superar los problemas normales de la vida tiende a reducirse
- tenemos una sociedad con personas más pasivas y dependientes en la gestión de su salud y por tanto, más manejables y manipulables cuando facilitamos que la medicina entre cada vez más en las dificultades de la existencia.<sup>3</sup>
- la moda de estos años en favor de una psiquiatría basada en los avances de la moderna biología y de la bioquímica con respuestas para todo ha quedado reducida, en gran medida, a una farmacopsiquiatría de uso generalizado entre la población con resultados que no demuestran una clara mejoría frente al periodo anterior.
- cada vez hacen falta más y mas recursos sanitarios para dar respuestas, siempre insuficientes, a tanta demanda inducida.

*Mientras tanto, fuera del primer mundo la gente muere de SIDA, de infecciones banales en clave de mortalidad para el primer mundo, de hambre, violencia y otras calamidades.*

---

<sup>3</sup> En este sentido, la obra de I. Illich “Némesis Médica” sigue siendo modélica más de 30 años después de su publicación.

### *Estres (psicosocial) y vida laboral.-*

*“Una extraña pasión invade a las clases obreras de los países en que reina la civilización capitalista y que tiene por consecuencia las miserias individuales y sociales que desde hace dos siglos torturan a la triste Humanidad. Esa pasión es el amor al trabajo llevado hasta el agotamiento de las fuerzas vitales del individuo y de su progenitura. En vez de reaccionar contra esa aberración mental, los curas, los economistas y los moralistas han sacrosantificado el trabajo..... el proletariado, traicionando sus instintos e ignorando su misión histórica, se ha dejado pervertir por el dogma del trabajo. Duro y terrible ha sido su castigo. Todas las miserias individuales y sociales son el fruto de su pasión por el trabajo. Mas convencer al proletariado que el trabajo sin freno es el más terrible azote y que el trabajo solo se convertirá en un condimento de los placeres de la pereza, en un ejercicio benéfico al organismo humano y en una pasión útil al organismo social cuando sea sabiamente regularizado y limitado a un máximo de tres horas, es una tarea ardua y superior a mis fuerzas”*  
(P. Lafargue, El derecho a la pereza, 1880)

### *Presencia del estrés en la vida laboral*

- Importancia y significación del trabajo en la vida de las personas

En el medio laboral pasamos casi el tercio del tiempo de nuestra vida, lo que convierte al trabajo, desde un simple criterio cuantitativo, en asunto de primera importancia. El trabajo ha adquirido en los dos últimos siglos un valor central en el conjunto de la actividad de los seres humanos. Su fisonomía actual responde a tres fenómenos históricos estrechamente relacionados: el nacimiento del modo de producción capitalista, la cultura de la Ilustración y el nacimiento del estado-nación y la democracia burguesa. Es producto, por tanto, del capitalismo industrial, considerado desde Adam Smith el *principal medio para hacer crecer la riqueza*.<sup>4</sup> Cada vez se pretende hacer de él la actividad fundamental del ser humano, capaz de proporcionarnos no sólo los medios materiales para vivir sino también *nuestra propia realización personal* y *nuestros vínculos sociales*. Cada vez se le reconoce más como lugar del vínculo social y del desarrollo personal. *El trabajo forma ya parte fundamental de nuestra subjetividad, se ha convertido en una actividad fundamental para el ser humano*. Nuestras sociedades se organizan en torno al trabajo, la producción y el consumo. Trabajar se ha convertido en una necesidad humana que *realiza* a quien lo ejerce y que *vincula* al trabajador-ciudadano con su sociedad. Hemos internalizado el trabajo, por tanto, como uno de los valores centrales de nuestra vida colectiva y personal.

- La dialéctica de la actividad laboral

Nuestro trabajo puede significar un incentivo para el desarrollo como personas o una pesada losa sobre nuestras vidas. A través del trabajo nos ganamos la vida, nos realizamos profesionalmente, desarrollamos aspectos relevantes de nuestra creatividad y autonomía personal y ocupamos un lugar reconocido y reconocible dentro de la sociedad. Pero también el trabajo puede significar una carga para la persona, un lugar de insatisfacción capaz de influir negativamente sobre la vida personal, familiar, social, económica, de ocio, etc.

---

<sup>4</sup> Adam Smith, *Investigaciones sobre la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones*. 1776

El trabajo puede significar, por tanto, también *molestia, agobio, sufrimiento o penalidad*. K. Marx establece la oposición entre el *verdadero trabajo*, esencia del hombre, y el *trabajo real* que no es sino una de sus formas alienadas. El trabajo lleva consigo la doble potencialidad emancipadora y/o esclavizadora, sin renunciar nunca a servir en nuestras sociedades de mecanismo de control y regulación social de los individuos.

En su vertiente socialmente positiva, el trabajo:

- nos permite la realización personal y nos da identidad y autoestima
  - nos proporciona estatus y prestigio dentro de la sociedad
  - es fuente de reconocimiento frente a los demás
  - nos da un poder de compra directamente relacionado con el poder adquisitivo derivado de nuestro trabajo
  - es una fuente de oportunidades para las relaciones sociales
  - organiza nuestras vidas, estructura nuestro tiempo y condiciona nuestras tareas y obligaciones
  - nos da la oportunidad de poner en práctica y desarrollar nuestros conocimientos y habilidades
  - nos trasmite indirectamente el conjunto de normas que rigen la vida social y nuestra cultura
  - nos proporciona poder y control sobre nuestras vidas y las de los demás
- 
- Factores psicosociales y salud psíquica: conceptualización del estrés laboral

Podemos definir el estrés laboral como el conjunto de manifestaciones emocionales y físicas que se presentan cuando las demandas del trabajo exceden nuestras capacidades y expectativas. Si hemos definido el estrés con relación a la adaptación a nuestro entorno, el estrés laboral ha de entenderse en el ámbito de las dificultades de adaptación de los trabajadores a sus condiciones y entorno laboral y de sus negativas consecuencias en términos de bienestar.<sup>5</sup>

El uso habitual del estrés en el ámbito laboral hace referencia a la aparición de síntomas como la fatiga, la ansiedad, la dificultad para relajarse, el insomnio, la pérdida del apetito, etc. Y es que el malestar derivado de la exposición al estrés en el trabajo se puede expresar a través de una extensa panoplia de síntomas de distinto orden: cansancio físico hasta el agotamiento, tensión muscular, dolores de cabeza frecuentes, insomnio, cambios en los hábitos alimenticios, sensaciones de estómago cerrado, agotamiento emocional (“surmenage”), falta de ánimo, sentimientos de baja autoestima, desamparo e indefensión, irritabilidad, aumento de las disputas laborales y familiares y pérdida de apoyos sociales.

Se trata, por tanto, de un síndrome poco específico pero frecuente en nuestro entorno: 1 de cada 4 trabajadores sufren de estrés.<sup>6</sup>

De acuerdo a la UE, consideramos criterios de identificación de la presencia de estrés laboral los siguientes:

- Alto nivel de absentismo<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> También en cuanto a sus consecuencias económicas: según la OIT, el estrés provoca una pérdida económica entre el 0.5 y el 3.5% del PIB de cada país

<sup>6</sup> Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (1999)

<sup>7</sup> Los índices de absentismo laboral – medido como ausencia al trabajo al menos una vez al año –, varían en los países de la UE entre un 24% en Finlandia y un 6.7% en Grecia. En España es del 11.7%, igual que en el RU. Si lo analizamos por sectores las variaciones son muy grandes. Una encuesta de la Comunidad de Madrid para sus trabajadores situaba el absentismo laboral en un 22%, muy por encima de las cifras

- Presencia de trastornos médico-psicológicos
  - gastrointestinales
  - musculoesqueleticos
  - piel
  - psicológicos
- Alta rotación de trabajadores en determinados puestos y secciones
- Aumento de bajas voluntarias
- Aumento de la conflictividad laboral

Estamos mejor preparados para hacer frente a la amenaza que supone para la persona una situación aguda de estrés que para las condiciones continuadas y no resueltas del mismo (estrés crónico), las que más generan complicaciones médicas.

Hay un acuerdo generalizado sobre el incremento de los índices de estrés laboral y sus consecuencias médicas con las nuevas formas organizativas del trabajo propias de la globalización actual de la economía mundial<sup>8</sup>, que incide de forma contundente sobre la calidad de las relaciones de trabajo y la salud de las personas.

Entre nosotros el porcentaje de niveles altos de estrés en el trabajo crece de año en año, habiendo pasado de un 31.8% en 2001 a un 47.0% en 2006.<sup>9</sup>

Los cambios de la sociedad actual en esta materia, las formas de trabajo en auge y el tipo de familia y de relaciones sociales que se va imponiendo son fuente de malestar para muchas personas que no cuentan con el contrapeso de instituciones sociales que les den apoyo frente a los cambios: la familia tradicional está en declive, al igual que las iglesias, los partidos políticos y las organizaciones clásicas de trabajadores en su papel de apoyo social. La vida en el barrio ha desaparecido y ocupamos nuestro tiempo libre cada vez menos en actividades sociales en favor de otras individuales como los desplazamientos y ver la televisión, todo ello en detrimento de las formas de convivencia colectiva.

#### *Condiciones de trabajo y estrés*

Algunas condiciones directamente relacionadas con el trabajo van a afectar a nuestra capacidad adaptativa:

- El nivel de autonomía en la organización de las tareas
- El nivel de control sobre la tarea
- La posibilidad de prever los resultados posibles derivados de nuestra actividad

Igualmente, determinadas condiciones de la organización del trabajo facilitan la aparición del estrés en las personas:

- altas exigencias del puesto de trabajo
- funciones del puesto de trabajo ambiguas, amplias y cambiantes

---

razonables marcadas en el Estatuto de los Trabajadores (5%) y el propio de los trabajadores del sector privado (4.1%)

<sup>8</sup> Según Jose Luis Sampedro, la globalización en si no ha de traer consigo la solución de los problemas de la existencia humana ni es una consecuencia inevitable de los adelantos técnicos. Es cierto que las innovaciones científicas impulsan y transforman no sólo las estructuras y procesos económicos sino todos los demás aspectos de la vida colectiva. La técnica hace cada vez más imperiosa la necesidad de globalizar la sanidad, la justicia, la educación, la política, por no ofrecer sino unos cuantos ejemplos. La técnica ha dejado anticuados los clásicos Estados-nación, por lo que “la globalización global” resulta indispensable, mientras que la globalización económica, sin más, no hace más que agravar los desequilibrios.

<sup>9</sup> Según la Encuesta de calidad de vida en el trabajo (Ministerio de Trabajo)

- excesiva carga laboral (o muy insuficiente)
- responsabilidad directa sobre otros trabajadores
- falta de participación en las decisiones que les afectan
- evaluación propia (y externa) de desempeño deficiente
- malas condiciones físicas y materiales de trabajo
- aparición de cambios bruscos en la organización de la empresa
- frustraciones en el desarrollo profesional
- superposición de obligaciones domésticas y laborales

- *¿Existe una clínica propia del estrés laboral?*

Como iremos viendo a lo largo del estudio, no se corresponde la claridad con que la Medicina Laboral ha establecido determinados síndromes producidos por condiciones propias del trabajo con la falta de especificidad nosográfica de los mismos al llevarlos a la clínica psiquiátrica, donde su caracterización no llega más allá de unos pocos núcleos sintomáticos y sindrómicos.

Un aspecto prioritario del estudio planteado es, precisamente, intentar ordenar con carácter general los cuadros clínicos relacionados con el conjunto de situaciones generadoras de malestar en el trabajo, aspirando avanzar en su conocimiento clínico y terapéutico, teniendo como referencia el caso de los trastornos cardiovasculares en su relación con las *situaciones crónicas de estrés*, habida cuenta de los resultados positivos obtenidos en nuestro mundo occidental en estos años en términos de salud pública y reducción de la morbi-mortalidad general de la población.

Se trata de desarrollar, por tanto, conocimiento acerca de las formas en que los conflictos en el trabajo pueden afectar en el medio y largo plazo a la salud (mental) de los trabajadores, teniendo en cuenta su grado variable de vulnerabilidad.

- *Condiciones laborales y riesgo para la salud*

Las cifras de afectados por problemas de salud, tanto física como mental, relacionadas con estrés laboral, burn out o acoso en el trabajo están creciendo en los últimos años.<sup>10</sup>

Hay condiciones laborales claramente negativas en términos de salud: las que generan una sobreexigencia continua en el trabajador y aquellas relacionadas con formas de conflicto y agresión. Muy al contrario, la existencia de apoyo social es un factor benéfico en términos de aparición y mantenimiento de las distintas formas de estrés laboral.

Es muy amplia la literatura centrada en los efectos adversos sobre la salud y la salud mental del estrés en general y en el trabajo, separándose en relación al conflicto laboral dos opciones principales:

- las consecuencias de condiciones especialmente lesivas para la salud (mental) del trabajador estudiadas principalmente en el caso de una entidad no específicamente médico-clínica: **el acoso laboral** (un tipo determinado de actuación violenta llevada a cabo de forma voluntaria en el medio laboral contra un trabajador poniendo en riesgo su equilibrio personal y su salud).
- el cuadro más completo y especial de respuesta crónica frente a situaciones continuadas de sobreexigencia laboral: el **síndrome del trabajador quemado** (una forma de

---

<sup>10</sup> Según el estudio del Centro McCaughney de la Universidad de Melbourne sobre depresión y estrés laboral en la población de Victoria (Australia), 1 de cada 6 casos de depresión se podría atribuir al estrés laboral, siendo más susceptibles las mujeres que los hombres. De acuerdo a estas cifras podemos establecer que el estrés laboral duplica el riesgo de padecer depresión.

desgaste psico-físico y emocional progresiva vinculada a condiciones de estrés crónico, especialmente frecuentes en determinadas profesiones vinculadas a relaciones cara al público y a presencia frecuente de sobreesfuerzo emocional y alto número de incidentes en el mismo).<sup>11</sup>

En ambos casos es muy extensa la literatura, por lo que me voy a referir a ellos con brevedad. Se trata de dos situaciones bien establecidas aunque diferentes. En el primer caso (acoso) las condiciones establecidas de forma sistemática contra el trabajador en la empresa van a romper con su equilibrio psíquico si no encuentra formas eficaces de afrontar y/o tolerar dicha situación. Los estudios en este campo se han centrado en dos aspectos: *la estrategia seguida* contra el trabajador definida como “acoso”, que no pertenece al ámbito médico-sanitario sino al propio de la salud laboral y las relaciones interpersonales en el trabajo y *las diferentes consecuencias* en el corto y medio plazo de dicha estrategia sobre la salud ( y otros aspectos) del trabajador. Al tratarse de una situación con consecuencias varias: laborales, económicos, socio-familiares, sanitarias, legales, etc., solo se puede establecer un enfoque multidisciplinar y, en ningún caso, exclusivamente sanitario y psicosocial (ni forense y penal).

#### *Principales Síndromes relacionados con el estrés laboral*

<sup>12</sup>

- *Trabajo y sobreesfuerzo*
- El estrés laboral (por sobrecarga o sobreesfuerzo)
  - Se trata de la *respuesta emocional* que se asocia de forma habitual con situaciones de sobreesfuerzo o conflicto laboral y que puede ser, lógicamente, de mayor o menor entidad y, como tal con diferentes consecuencias sobre el sujeto, sin olvidar su nivel de vulnerabilidad general y el efecto de conjunto de su vida personal y relacional. *Se considera un error medicalizar las situaciones que forman parte de los problemas habituales de las relaciones humanas en el trabajo y que, como tal, no constituyen patología médica alguna, siendo expresión de las dificultades crecientes que impone el mundo laboral, sin expresar salvo muy raramente una clara trascendencia clínica.* Se trata, en muchos casos, de situaciones moderadas de estrés psicosocial (“los acontecimientos vitales”) que, por si mismas no explican la aparición de un trastorno psíquico, siendo necesario la presencia de un determinado grado de vulnerabilidad del sujeto u otras circunstancias añadidas
  - Conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento que puede aparecer en determinadas personas frente a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno del trabajo
  - Un estado de disconfort que el trabajador percibe más marcadamente durante su horario laboral, generado como consecuencia de un desequilibrio existente entre las demandas del trabajo y los recursos personales para hacer frente a las mismas (sobreesfuerzo). Los *factores organizacionales* (junto al ambiente

---

<sup>11</sup> Este moderno síndrome tiene muchos puntos de contacto con la vieja neurastenia

<sup>12</sup> No se ha considerado el Síndrome por estrés postraumático por llevar consigo características bien definidas y no afectar como tal a situaciones de estrés laboral sino a rupturas en la vida de los sujetos mucho más agudas y mucho más amplias (Un ejemplo terrible de todos conocidos fueron las consecuencias psicológicas derivadas del bárbaro atentado terrorista del 11-M). De acuerdo a la CIE-10, se trata de una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza especialmente amenazante o catastrófica, que causarían por si mismos malestar generalizado en casi todo el mundo. Tampoco contemplamos inicialmente la reacción a un estrés agudo (crisis de nervios, estado de shock psíquico) aun cuando puede presentarse, ocasionalmente y de forma accidental, en momentos que pueden hacer crisis a lo largo de un conflicto laboral.

laboral del entorno más inmediato del trabajador) juegan un papel importante en el desarrollo de estas formas de estrés laboral.

- En todo caso y al tratarse de un problema de aparición frecuente da lugar al crecimiento del uso de servicios sanitarios generales y, en algún caso, a la pérdida de la salud física y/o psíquica con otros problemas colaterales relacionados con el propio ejercicio de la actividad laboral (bajas, absentismo, descenso del rendimiento y de la productividad, etc)
  - Los efectos severos y continuados del estrés laboral pueden dar lugar a un síndrome especial, muy estudiado en la actualidad y especialmente relacionado con algunas profesiones conocido entre nosotros como “Síndrome del quemado o de desgaste profesional”.
- El Síndrome del quemado o de desgaste profesional (“burn-out”)
    - *Estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el obligado sobreesfuerzo psico-físico relacionado con la alta y continuada implicación en un tipo de actividad con grandes y especiales exigencias hacia el profesional*
    - Afecta más a aquellas profesiones cuya actividad cotidiana – por muy diferentes factores, a veces - se lleva a cabo en condiciones altas de estrés: mineros, policías, trabajadores de la construcción, pilotos de línea aérea, periodistas, médicos, ATS, conductores de ambulancia, músicos solistas, profesores, directores de personal, etc.
    - Algunos factores de riesgo (condiciones individuales) se han relacionado más con el riesgo de aparición del Síndrome del quemado (“Burn-out”): el ser mujer, no tener pareja y/o poco apoyo familiar, estar en los primeros años de ejercicio profesional, vivir la profesión con gran idealismo e implicación, entregarse en exceso al trabajo y ser especialmente responsable con el propio trabajo
    - *La violencia en el trabajo*
  - El Acoso laboral (“Mobbing”)

La existencia de situaciones de violencia en el ámbito laboral es actualmente una realidad reconocida por todos. En este ámbito la violencia se manifiesta como abuso de poder para doblegar la voluntad del otro mediante el empleo de la fuerza física, psicológica, económica y/o política.

- Se trata del cuadro de violencia interpersonal con consecuencias más severas sobre la salud entre los síndromes relacionados con el estrés en el trabajo. Siendo una de las formas más graves de estrés laboral, no parece ser muy frecuente. Utilizado de forma rigurosa (algo que no siempre se hace) se trata de un concepto mucho más restrictivo de lo que cabría pensar (a pesar de la opinión de los usuarios que se autodiagnostican, algunos investigadores, asociaciones relacionadas con estos problemas, sindicatos y medios de comunicación).
- Esto explica que los datos sobre la frecuencia con que se da este fenómeno en España se encuentren en un abanico de cifras tan amplio, desde un 5% según la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Trabajo (2001), cifra seguramente cercana a la realidad, hasta un 15% según el Quinto Informe Cisneros sobre el acoso psicológico y moral en el trabajo, estudio que viene desarrollando Piñuel en la Universidad de Alcalá de Henares<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> El Sexto Informe Cisneros sitúa el índice de acoso laboral en España en un 9.2%, y un 38% presenta algún signo de malestar relacionado con su trabajo.

- Una definición generalmente aceptada es la de H.Leymann (1996):

*“PROCESO POR EL QUE UNA O VARIAS PERSONAS EJERCEN VIOLENCIA PSICOLÓGICA, SISTEMÁTICA Y RECURRENTE, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA Y DURANTE MÁS DE 6 MESES, SOBRE OTRA EN EL LUGAR DE TRABAJO, CON EL FIN DE DESTRUIR LAS RELACIONES DE ESTA, ATACAR SU REPUTACIÓN, PERTURBAR EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD LABORAL Y LOGRAR, FINALMENTE, QUE ABANDONE EL LUGAR DE TRABAJO”.*

- A esta definición hay que añadir dos cosas:
  - suele haber un acontecimiento precipitante (después de una baja laboral, tras la negativa a aceptar nuevas condiciones laborales, etc)
  - no es resultado sin más de una deficiente organización del trabajo (aspecto que suele jugar un papel importante, sin embargo, en las situaciones generales de estrés laboral, incluido el síndrome de burn-out)
- El elemento base para investigar una situación de acoso laboral es la presencia demostrable de un hostigamiento psicológico que de forma repetida sufre un individuo concreto en el ámbito de su trabajo. El punto de partida, por tanto, es rigurosamente ajeno al campo sanitario. Y es que el mobbing no es una enfermedad clínica sino un proceso donde se produce un comportamiento lesivo y voluntario sobre la persona que genera en él una serie de malestares y/o trastornos. La enfermedad clínica será una consecuencia colateral del proceso de violencia laboral, que actúa sobre el sujeto como si se tratara de un episodio traumático y continuado en su vida. La violencia laboral podría actuar como un trauma psíquico con consecuencias clínicas sobre el sujeto-paciente.
- La clínica habitual en estos casos se corresponderá con un síndrome complejo compuesto de síntomas psicósomáticos, de corte ansioso-depresivo y con una tendencia a la descompensación de cualquier patología de base, tanto orgánica como psiquiátrica, hasta el momento controlada
- Los síntomas de carácter psicósomático más frecuentes serán: *dolores* de cabeza, espalda, cuello, estómago, alteraciones del sueño, ánimo triste, irritabilidad, llanto, falta de concentración y problemas de memoria (García, 2005; Prieto-Orzanco, 2005)

*¿Existen tratamientos específicos del estrés laboral que hayan demostrado su efectividad terapéutica?*

En nuestro estudio priorizamos los cuadros de “malestar e insatisfacción laboral general” relacionados con el estrés, un síndrome poco específico y de gravedad muy variable que acompaña, sin embargo, a gran cantidad de personas en distintas fases de su vida profesional y que afecta en el medio y largo plazo al mantenimiento de la salud y la salud mental. Igualmente es motivo cada vez más generalizado de busca de ayuda profesional en las consultas de salud mental sin responder, en muchos casos, a un trastorno clínico específico ni estar bien establecido un tratamiento eficaz para el mismo más allá del uso sintomático de psicofármacos y distintas formas de psicoterapia.

En nuestra tarea clínica general nos enfrentamos siempre con el resultado que tiene sobre el equilibrio psíquico de cada sujeto los avatares de su biografía modulados por su propia historia evolutiva. No suele ser misión de nuestra tarea clínica la “investigación objetiva de los hechos ocurridos”, tarea propia de otros ámbitos de la vida pública, sino escuchar los problemas de nuestros pacientes y tratar de comprender los mecanismos por los que los hechos que nos

cuentan puedan estar afectando a su salud. E igualmente intentar aliviar el sufrimiento producido por los mismos y, si es posible, ayudar a su superación. No somos testigos de hechos, sino de las vivencias, emociones y sentimientos de nuestros pacientes en su enfrentamiento cotidiano con los hechos que van construyendo su vida.

Es por eso que la actuación desde el sector sanitario en estos casos debe enfocarse con prudencia, buscando principalmente, “prevenir y reducir el posible efecto negativo sobre aspectos de la salud del paciente producido por su situación vital y laboral concreta”, no siendo conveniente (al menos en cuanto a las consecuencias sobre el manejo de la salud de la persona) formar parte de los agentes en liza frente a la empresa donde se está dando la situación sufrida y/o denunciada por el trabajador. Se trata de “ponerse de parte” de las medidas para proteger la salud del paciente sin necesidad de “asumir protagonismos” en el conflicto del trabajador con su empresa.

Se cuestiona, además, la eficiencia y ventajas de medidas de tratamiento específico para estos casos de malestar ocasional producida por el trabajo frente a medidas generales de mantenimiento de la salud cuando se trata de situaciones asimilables a conflictos cotidianos de la existencia

En todo caso, en el buen manejo de las formas habituales de estrés laboral intervienen un conjunto de factores, no exclusiva ni principalmente sanitarios, que no deben olvidarse desde en Centro de Salud mental a efectos de poder realizar una actuación efectiva y razonable sobre estos problemas. Debemos considerar:

- la calidad del entorno familiar y de la red social de las personas, factor esencial para reducir los efectos negativos del estrés
- la experiencia del médico de atención primaria con estos casos
- la adecuación de la organización y recursos de la red de salud mental
- el papel de detección de los problemas laborales en la empresa y el establecimiento de medidas que faciliten su corrección
- la actuación eficaz de los delegados de prevención de riesgos laborales de la empresa
- la independencia y compromiso del médico de empresa con la salud de los trabajadores
- la buena organización y sensibilidad del propio departamento de recursos humanos de la empresa
- la existencia de un programa de prevención de riesgos laborales que incluya un buen desarrollo de los problemas de carácter psicológico.

#### *Algunas situaciones especiales frente al estrés.-*

Hay un interés creciente en el análisis de situaciones especiales donde encontramos una mayor vulnerabilidad al estrés. Es el caso de las personas al entrar en la segunda mitad de la vida junto al riesgo creciente de padecer trastornos cardio-circulatorios y la mayor vulnerabilidad de la mujer muy especialmente desde su incorporación masiva a la vida laboral.

#### *- Vulnerabilidad creciente al estrés a partir de la segunda mitad de la vida*

La vida nos va demandando sucesivos esfuerzos. La mitad de la vida – sobre todo a partir de los 45 años – es, de un lado, momento de madurez del ser humano, de recoger frutos y disfrutar del vivir. ¡Pero también es la edad en que la vulnerabilidad de las personas frente a nuevas situaciones de estrés crece y puede afectar de forma más visible a nuestra salud y bienestar psico-físico y social!

*El estrés laboral - los cambios laborales, la pérdida del puesto de trabajo y el desempleo, los cambios de responsabilidad laboral, aumento del riesgo de perder el trabajo o el nivel de consideración laboral, problemas en el trabajo con la propia capacidad, los compañeros o la*

*empresa-, constituye uno de los principales estresores en la mitad de la vida junto a otros factores cuya frecuencia de aparición crece significativamente al entrar en esta fase de la vida:*

- la *enfermedad* del cónyuge, padres, familiares cercanos, amigos. Las enfermedades y los accidentes propios. El *dolor* físico. Los cambios en el *aspecto* físico. Cambios en los *hábitos dietéticos*.
- la *muerte* del cónyuge, padres, familiares cercanos, amigos
- las discusiones de pareja y los conflictos familiares (pérdida de la *convivencia*)
- la pérdida del *afecto* por la pareja. La falta de amor entre la pareja. El descubrimiento de otros afectos.
- la *separación* de la pareja. El divorcio. La reconciliación
- la aparición de una pareja nueva. Un nuevo matrimonio. Una nueva relación interpersonal.
- los incidentes en la educación de *los hijos*. La independencia de los hijos. Los conflictos con los hijos. El alejamiento de los hijos.
- los cambios en el deseo y la actividad *sexual*. Los conflictos sexuales
- cambios del *nivel económico*, nuevos compromisos económicos, problemas de herencias
- *éxito* personal, de la pareja, de los hijos, de familiares cercanos.
- cambios importantes en la disponibilidad del *tiempo libre*. Vacaciones. Navidades.

Si el factor de efectos lesivos más claramente detectado es el sobreesfuerzo continuado y no eficazmente compensado por el sujeto, es razonable pensar que sus efectos se hagn especialmente visibles en la 2ª mitad de la vida, precisamente cuando las personas empiezan a disponer de menos recursos biológicos para manejar intensidades de estrés que hasta entonces no les había puesto en dificultades. El mismo argumento nos sirve para entender la edad de aparición de los problemas cardiocirculatorios, incluso su cada vez mayor precocidad en su aparición, pudiendo añadirse el crecimiento de los niveles de estrés laboral relacionados con los cambios propios e inseguridades de la globalización económica.

- *Vulnerabilidad frente a los trastornos cardio-circulatorios*

Podemos considerar la especial vulnerabilidad cardiocirculatoria a partir de la mitad de la vida como la expresión física principal de los efectos a medio y largo plazo del estrés laboral. Estos trastornos físicos (y los psicosomáticos en general) influidos por situaciones de estrés laboral (los trastornos cardiovasculares aparecen cada vez más precozmente) van a transitar por el conjunto de la red sanitaria pública, con una solicitud de colaboración cada vez mayor al sector de la salud mental (Programas de rehabilitación cardiaca llevados a cabo en toda la red: atención primaria, centros de salud mental, atención hospitalaria). En este caso los riesgos para la salud física se ven claramente acrecentados por condiciones laborales de estrés en un doble sentido: facilitan su aparición y dificultan su control y evolución favorable.

La enfermedad coronaria es la causa principal de muerte en las sociedades industrializadas. El mayor problema de salud pública, responsable de la mitad de las muertes totales, al tiempo que UNA DE LAS ENFERMEDADES MÁS RELACIONADA CON LOS ESTILOS DE VIDA, lo que explica la gran diferencia existente entre países industrializados (ricos) y en vías de desarrollo (pobres)

El conocimiento progresivo de factores que inciden sobre la aparición y mantenimiento de este trastorno, ha permitido establecer *medidas preventivas hasta reducir de forma significativa en las últimas décadas la mortalidad por causa de estas enfermedades* (infarto de miocardio, angina de pecho, muerte súbita, insuficiencia coronaria) en países de nuestro entorno.

*El trastorno coronario es complejo, multifactorial y con intervención de diferentes factores de riesgo*<sup>14</sup>: algunos relacionados con una predisposición hereditaria, otros con determinadas formas y condiciones de vida – sobre los que se han centrado hasta la fecha las medidas más eficaces en la reducción de la morbimortalidad de estos trastornos - y otros, por último, con factores emocionales que se influyen mutuamente entre si y con el resto de factores de riesgo.<sup>15</sup> Sabemos que estos trastornos se inician en torno a los 40 años y que afectan más a los varones. Que es importante la existencia de antecedentes familiares. Y que, en conjunto, unas personas tienen una mayor responsividad cardiovascular al estrés que otras.

Son socialmente cada vez mejor conocido los factores relacionados con las formas de vida y que aumentan el riesgo de estos trastornos: el colesterol, la tensión arterial, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo de sustancias psicoactivas, etc. Aquí, los acontecimientos estresantes modulan todos los factores señalados, reconociéndoseles un papel de primer orden.

Por último determinados perfiles de personalidad se han podido relacionar también con la mayor incidencia de estos trastornos. Muy especialmente el patrón de conducta tipo-A<sup>16</sup>, el constructo ira<sup>17</sup>, hostilidad<sup>18</sup> y agresión así como trastornos mentales del ámbito de la depresión y los estados de ansiedad cuando tienen una expresividad clínica clara y la falta de contacto o actividad social<sup>19</sup>.

#### - *Las condiciones de estrés en la mujer trabajadora*

##### *Doble condición laboral: dentro y fuera de la casa*

---

<sup>14</sup> Factor de riesgo: está presente antes del inicio de la enfermedad, relación de la cantidad de el mismo con la enfermedad, predictivo en poblaciones diferentes, interviene en la patogenia de la enfermedad y al reducirse y/o eliminarse reduce o elimina el riesgo de la enfermedad

<sup>15</sup> Es clásico el experimento realizado con monos midiendo las consecuencias de situaciones de estrés. Al pelear entre ellos hay un aumento de su nivel hormonal, en todos ellos, que tiene un carácter “adaptativo” para afrontar la situación. Al concluir la pelea, sin embargo, las cosas cambian. En el ganador disminuyen; el perdedor, sin embargo, mantiene unas cifras altas YA NO ADAPTATIVAS, ligadas a la obligada retirada y al no afrontamiento “adaptado” de la nueva situación. (Alguna correlación se ha buscado con la personalidad de tipo A caracterizada por la hostilidad y autoagresión, en los trastornos cardiovasculares)

<sup>16</sup> Patrón de conducta tipo-A: se observa en personas siempre intentando conseguir nuevas metas no siempre realistas del medio donde vive, en el menor tiempo posible y enfrentándose de forma sistemática a las dificultades que le pongan personas y condiciones de su ambiente concreto (Friedman y Rosenman, 1974). Factor de perfil multidimensional que incluye componentes formales (estilo de voz alta y habla rápida), conductas manifiestas (prisa, hiperactividad y sobreimplicación laboral), aspectos motivacionales (ambición y competitividad), actitudes y emociones (hostilidad, impaciencia e ira) y aspectos cognitivos (necesidad de control ambiental) (Revisión, 1981). Componentes cognitivos, afectivos y conductuales: hostilidad, ira y agresión. Es característica del Tipo-A exponerse continuamente a situaciones límite para evitar otras situaciones más monótonas que son experimentadas como más estresantes.

<sup>17</sup> Ira: reacción y/o estado emocional primario de irritación, furia o cólera que aparece cuando uno se siente bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad. Causada por la indignación o el enojo de sentir vulnerados nuestros derechos. Genera un impulso apremiante para eliminar o dañar al agente que ha causado dicha emoción. Los factores situacionales son un factor importante a la hora de determinar las consecuencias de la expresión de la ira en la salud.

<sup>18</sup> Hostilidad: una actitud social de resentimiento que conlleva conductas verbales o motrices implícitas, mezcla de ira y disgusto, asociada con indignación, desprecio y resentimiento. Esta asociada con un incremento de la reactividad cardiovascular a desafíos psicológicos.

<sup>19</sup> El efecto positivo del apoyo social en la salud física no está claro como se produce: ¿moderador del estrés y la reactividad cardiovascular?. La disponibilidad de apoyo social modera la reactividad cardiovascular a un estresor agudo. El tener un potencial acceso al apoyo es suficiente para fomentar la adaptación al estrés

La mujer en España ha trabajado siempre y simultáneamente dentro y fuera de casa (en la agricultura, el sector textil, el comercio, etc.), pero hasta muy recientemente ha carecido de un ámbito de autonomía e independencia como consecuencia de su incorporación masiva al mercado de trabajo. Este problema guarda relación con los roles históricos atribuidos a los hombres y a las mujeres en la vida social y económica con sus efectos sobre la posición de las mujeres en el mundo laboral.

A pesar de que en España la población activa femenina se ha incrementado de forma continuada en los últimos 25 años, las mujeres siguen teniendo una peor situación laboral que otros colectivos. El mercado de trabajo ofrece puestos de peor calidad y peor pagados a las mujeres que a los hombres.<sup>20</sup>

El problema guarda relación con los roles atribuidos a los hombres y a las mujeres en la vida social y económica y su influencia sobre la situación de las mujeres en el mercado de trabajo. Las mujeres están más expuestas porque tienen menos poder, se encuentran en posiciones más vulnerables e inseguras, les falta en ocasiones confianza en sí mismas o han sido educadas por la sociedad para sufrir en silencio.

Por razones sociales y de distribución de roles en el ámbito familiar, muchas mujeres prefieren trabajos a tiempo parcial que a tiempo completo, aunque ninguna acepte voluntariamente un trabajo eventual y mal pagado antes que otro fijo y bien pagado.

Tres aspectos empeoran las condiciones de vida de la mujer trabajadora incrementando las posibilidades de sufrir estrés laboral por sobreesfuerzo:

- La inmensa mayoría mantiene la doble jornada, compatibilizando el trabajo dentro y fuera de casa con la alta dosis de estrés que ello genera
- Es creciente el número de mujeres trabajadoras que son madres, con el sobreesfuerzo añadido que ello significa si le falta apoyo suficiente dentro del hogar
- En general, siguen siendo el complemento del actual sistema socio-sanitario español, cuidando de los hijos enfermos y de los padres de la pareja o acompañando a los miembros de la familia cuando están hospitalizados.

Los efectos de esta situación de sobreesfuerzo pueden ser dobles: sobre su salud y sobre “sus rendimientos”, en la empresa (laborales) y dentro del entorno familiar (afectivos).

### *La violencia laboral con la mujer*

Al igual que ocurre con otras formas de violencias, la violencia laboral afecta mayoritariamente a las mujeres, debido a que, en su mayoría, ocupan puestos de menor cualificación y en los de mayor responsabilidad las continúan sin alcanzar cotas de poder similares a las que alcanzan los hombres en los mismos puestos.

En tanto abuso de poder, todo acto de violencia es ejercido por el que lo detenta contra el que no lo tiene, y en el ámbito laboral frecuentemente es la mujer la que no detenta ese poder.

Si bien en las actuales condiciones de precariedad e inestabilidad del empleo, tanto hombres como mujeres se ven sometidos a injustas situaciones de violencia laboral, la estadística indica que las trabajadoras son, con mucha mayor frecuencia, las víctimas.

Dentro de las diferentes formas que puede adoptar la violencia laboral padecida por las mujeres, el *acoso sexual* es, sin duda, la forma en que este tipo de violencia se manifiesta en la mayor parte de los casos.

El problema del acoso sexual ha ido saliendo a la luz gradualmente como un fenómeno de significativa importancia, de múltiples y diferentes dimensiones, siendo denunciado por

---

<sup>20</sup> Existe una diferencia significativa en cuanto a las retribuciones salariales en función del género. Así la retribución salarial media/hora de las mujeres supone un 17.3% menor que los hombres. Y si consideramos la retribución salarial media/mes la diferencia es mucho mayor, un 40%, al tener que añadir un menor número total de horas trabajadas. (INE. Encuesta de condiciones de vida)

distintas organizaciones en las instituciones y constatado por diferentes investigaciones que han evidenciado la existencia, extensión y gravedad de este problema.

Según un trabajo de CCOO (2000) el 18% de las trabajadoras españolas se enfrentaba a situaciones en las que jefes y colegas invadían su espacio físico con insinuaciones sexuales no deseadas o eran objeto de chantaje de jefes que condicionaban su futuro laboral a la aceptación de una relación sexual.<sup>21</sup>

A diferencia de otras manifestaciones de violencia de género, el acoso sexual está demasiado cerca de las relaciones y reacciones habituales, demasiado próximo a la normalidad. Pertenece a comportamientos asentados y a prácticas extendidas en tanto que pueden procurar satisfacción o complicidad. Esto añade dificultad a su afrontamiento laboral y social.

### *Percepción de la propia salud y búsqueda de ayuda*

A partir de la constatación de una mayor frecuentación de los centros de salud mental por parte de la mujer podemos formularnos una pregunta: ¿Es más vulnerable que el hombre en su relación con el trabajo remunerado?

Mientras que para algunos autores la relación entre las experiencias laborales y el malestar psíquico es igual para mujeres y para hombres<sup>22</sup>, otros estudios han creído demostrar diferencias de género

En el caso de las mujeres, el apoyo social en el trabajo reduce el riesgo de agotamiento emocional, mientras que en los hombres les conduce a un mayor sentimiento de realización personal<sup>23</sup>

Un factor diferenciador de primer orden se refiere a la conciliación de la vida laboral y familiar, con distintas consecuencias sobre la organización de la vida personal: en un estudio con profesionales de alta cualificación y exigencia en el Reino Unido el 90% de los hombres estaba casado frente al 65% de las mujeres.<sup>24</sup>

Según la III Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, las mujeres se ven sometidas a un trabajo más monótono y exigente, sufren mayor acoso sexual y moral, reciben menor salario y se enfrentan a peores perspectivas de promoción que los hombres.

### *Los riesgos específicos de género para la salud*<sup>25</sup>

El hecho de que las mujeres busquen ayuda profesional en el ámbito de la salud mental con más frecuencia que los hombres, se relaciona con una percepción más negativa sobre su situación de salud. Pero además, las mujeres presentan más síntomas de tipo depresivo y ansioso que los hombres<sup>26</sup> y en la consulta declaran también más síntomas somáticos<sup>27</sup>.

Mientras que la exposición al estrés es un factor predictor negativo significativo de la salud de hombres y mujeres, el *estrés percibido* es únicamente predictor en la mujer (distinta percepción del entorno laboral)<sup>28</sup>. Las mujeres en determinadas ocupaciones tienen más problemas de salud que los hombres que realizan la misma tarea.

*Algunos factores se relacionan de forma más específica con la mujer: la doble presencia (trabajo doméstico y trabajo asalariado) que produce una sobrecarga de trabajo, agotamiento y estrés; el acoso sexual como expresión paradigmática de la violencia laboral como una de las*

---

<sup>21</sup> CCOO. El acoso sexual en el trabajo en España. Madrid, 2000

<sup>22</sup> Barnett y Brennan, 1995

<sup>23</sup> Greenglass et al., 1998

<sup>24</sup> Griffin et al., 2002

<sup>25</sup> Rebeca Torada: Salud laboral y género

<sup>26</sup> Culbertson, 1997

<sup>27</sup> Matud et al., 2002

<sup>28</sup> Weekes et al., 2005

*formas de discriminación laboral por razón de género y las exigencias añadidas al puesto de trabajo en cuanto a imagen y comportamiento a que obliga el hecho de ser mujer*

## SEGUNDA PARTE: ESTRES LABORAL, SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

### Salud (mental), salud (física) y vida saludable

Los datos sobre crecimiento de la esperanza de vida en las sociedades desarrolladas se ven poco afectados por la pérdida de la salud (mental)<sup>29</sup>: el crecimiento de los trastornos mentales casi no se visualiza dentro de la población en forma de cambios en los años de esperanza de vida al nacer.<sup>30</sup>

El ajuste llevado a cabo sobre la esperanza de vida en base a las variaciones de la percepción de la salud en los distintos tramos de la misma nos permite, al extender el concepto de esperanza de vida a los de morbilidad y discapacidad, visualizar mejor el impacto real de la pérdida de salud (mental) sobre la salud de las personas.<sup>31</sup>

En base al inicio temprano de una parte importante de los trastornos mentales severos, la introducción de criterios cualitativos de valoración de la esperanza de vida al nacer, está ayudando a entender de forma realista el impacto de dichos trastornos psíquicos sobre la calidad del conjunto de nuestra existencia.

Si en una sociedad como la nuestra con una esperanza de vida en torno a los 80 años<sup>32</sup> establecemos tramos atendiendo al “nivel de salud” en cada uno de ellos tendremos una radiografía más ajustada de su evolución real: con un primer tramo de la vida adulta, hasta la cuarentena, de “años de vida saludable sin presencia de trastornos crónicos” y un tramo hasta los 60, con determinados problemas crónicos de salud y una percepción bastante general “de seguir disfrutando de buena salud”<sup>33 34</sup>. Y hasta los 70 continuará una identificación con rasgos positivos, como “una vida sin problemas significativos de dependencia”, donde los distintos achaques presentes no nos impiden una buena autonomía personal. A partir de los 70 empezaremos a notar como nuestras condiciones psico-físicas y psico-sociales se van reduciendo generando, poco a poco, algún grado de dependencia y discapacidad.<sup>35</sup> Y así podríamos seguir avanzando hasta la conclusión de nuestra existencia.<sup>36</sup>

---

<sup>29</sup> La primera causa de muerte en la mujer son las enfermedades cardiovasculares y los tumores en el hombre. Los trastornos mentales y del comportamiento ocupan la 10ª causa de muerte en el varón y la 6ª en la mujer (por detrás de las enf. cardiovasculares, los tumores, las enf. del sistema respiratorio, del sistema nervioso y los órganos de los sentidos y del aparato digestivo). (ENSE 2006)

<sup>30</sup> La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) – realizada por primera vez en 1987 -, ha incorporado en su edición de 2006 a la salud mental y los determinantes de salud relacionados con el medio ambiente físico y social de las personas.

<sup>31</sup> Las esperanzas de salud proporcionan un medio de dividir la esperanza de vida en fracciones vividas en distintas situaciones: por ejemplo, en buena y mala salud. Las esperanzas de salud extienden el concepto de esperanza de vida a los de morbilidad y discapacidad (Informe Anual del SNS. 2007)

<sup>32</sup> La esperanza de vida al nacimiento por sexo en España es para 2007: 80.23 (H/M: 76.96/ 83.48)

<sup>33</sup> El nº de años esperado sin enfermedad crónica es 38 años para las mujeres y 41 para los hombres. Con buena salud, las mujeres viven algo más de 58 años frente a los casi 60 de los hombres

<sup>34</sup> Según la ENSE 2006 el 71.20 % (75.1% de los varones y el 65% de las mujeres) “perciben” su estado de salud como bueno o muy bueno. Este dato es ligeramente peor – más marcado en el caso de la mujer - que el de 1987: 73.9 % (77.9/ 70). En el grupo de edad de 75 años y mayores, los porcentajes son de 41.6 y 29.1 %, respectivamente

<sup>35</sup> El 25% de los hombres y el 39.5% de las mujeres del grupo de edad de 75 años y más presentan riesgo de mala salud mental. En cuanto a la población de 4-15 años, en 22.1% presenta riesgo de mala salud mental (H/M: 23.2/ 21%) (ENSE 2006: Cuestionario de salud general para adultos GHQ-12 y Cuestionario de capacidades y dificultades SDQ para la población infantil)

<sup>36</sup> Esperanza de vida en buena salud al nacer/ sexo (2007): 55.1 (56.3/ 53.9). Esperanza de vida libre de discapacidad al nacer/ sexo (2007): 70.69 (69.03/ 72.39) (Informe Anual del SNS. 2007)

Dos situaciones reducen principalmente la cantidad de años de vida saludable, *las muertes prematuras* (AVMP: años de vida saludable perdidos por muerte prematura) y *la aparición temprana de discapacidad* (AVPD: años de vida saludable perdidos por discapacidad)<sup>37</sup>. Esta última supone en años más de la mitad de las muertes prematuras, sumando entre ambas con bastante exactitud los años de vida “con buena salud” realmente perdidos por las personas (AVAD). De forma que “el tener o evitar enfermedades” no sería el único ni principal factor para informarnos sobre nuestra salud. En el caso de la salud (mental) dos graves problemas se relacionan directamente con las muertes prematuras y la discapacidad en adultos jóvenes: el *suicidio* y la *enfermedad mental grave de inicio precoz*<sup>38 39</sup>, lo que señala la importancia real de los aspectos relativos a la salud mental en la conformación de una vida saludable.

Por tanto, tan importante como “prevenir la aparición de enfermedades en las personas” - y mucho más realista que tratar de evitar la presencia de conflictos y acontecimientos estresantes a lo largo de su existencia -, sería establecer políticas eficaces para reducir *las muertes prematuras* y luchar contra *la aparición temprana de discapacidad*, principales objetivos de las políticas públicas con auténtica vocación de efectividad.<sup>40</sup>

La consideración de los problemas de salud atendiendo a su impacto sobre la calidad de la vida de las personas nos ayuda a acercarnos de forma realista a los contenidos que conforman “la salud mental de las personas” frente a las consideraciones centradas en la esperanza de vida al nacer o en la evitación de conflictos emocionales a lo largo de nuestras vidas. Pero además nos permite identificar mejor el impacto real que tienen sobre nuestra sociedad los problemas psíquicos que padecen sus habitantes.

### *Impacto del trastorno (mental) sobre las personas*

Contamos con pruebas suficientes que remarcan un crecimiento significativo en las cargas de todo orden derivadas de los trastornos mentales en los países con un mayor desarrollo económico y social. Se trata de países con mayor vulnerabilidad para padecer algún trastorno psíquico a lo largo de la vida y donde crece el uso que hace la población de los servicios de atención a la salud mental. Cada vez más datos apoyan la importancia socio-económica y de salud pública creciente que la pérdida de la salud (mental) supone para estos países. Repasemos algunos de los más relevantes.

Entre las principales causas médicas que producen discapacidad en adultos con edades entre los 15 y los 44 años, encontramos que seis de las veinte primeras son trastornos mentales, ocupando *la depresión unipolar* el cuarto lugar.<sup>41 42</sup>

De igual forma, cinco de las diez causas más importantes de pérdida de años de vida saludable por discapacidad son trastornos mentales: *la depresión mayor* ocupa el primer lugar, *el alcoholismo* el cuarto, *los trastornos bipolares* el sexto, *las esquizofrenias* el

---

<sup>37</sup> EVLD: esperanza de vida libre de discapacidad. Hasta los 45 años la diferencia entre hombres y mujeres se mantiene (3.6 años al nacimiento), pero a partir de los 34 años la diferencia se atenúa hasta hacerse casi imperceptible.

<sup>38</sup> Ver índices

<sup>39</sup> En 2005 el nº de suicidios disminuyó el 3.6% respecto a 2004; fallecieron 3.399 personas por suicidio (2.570 hombres y 839 mujeres), y disminuyó el 4.7% en 2006 respecto de 2005. Esto representa una sobremortalidad masculina de 3 a 1 en suicidio y lesiones autoinflingidas (Defunciones por accidente. INE)

<sup>40</sup> Un ejemplo revelador es el descenso de la mortalidad debida a accidentes de tráfico, que, junto con el sida se encuentra entre las causas de muerte que más descienden entre el 2004 y el 2006, pasando de 3.507 a 3.246 muertes (Defunciones por accidente. INE)

<sup>41</sup> J.L. Murray y AD Lopez : *The Global Burden of Disease*. Cambridge; Harvard University Press, 1996

<sup>42</sup> La depresión mayor se prevé que pase a ser la 2ª causa de discapacidad para el 2020 (En: OMS. Informe de la Salud en el Mundo. 2001. Ginebra)

noveno y los *trastornos obsesivo-compulsivos*, el décimo lugar (1990). La depresión y el alcoholismo se encuentran, por tanto, entre las principales enfermedades (no transmisibles) productoras de discapacidad.

El 33% del total de años de vida saludable perdidos por discapacidad son consecuencia de trastornos mentales.

Y en cuanto a las principales causas de mortalidad prematura, el suicidio ocupa también un lugar relevante, el número doce.

Si contemplamos en conjunto los años de vida saludable perdidos - por muerte prematura o discapacidad -, el 12 % se han debido a trastornos mentales, con porcentajes que crecen en los países más ricos, especialmente si carecen de sistemas universales de salud, frente a los países en vías de desarrollo. De esta forma, en Europa sube el porcentaje al 19.5 % hasta llegar al 24.6 % en USA, frente al 5% propio del continente africano. (1998).

Para el 2020 se considera que *la depresión mayor* pasará a ocupar el 2º lugar entre los problemas de salud que reducen más años de vida saludable contemplando las causas de discapacidad y las de muerte prematura.

En otro orden de cosas, cada vez conocemos mejor la negativa influencia de los trastornos mentales en el mantenimiento y evolución general de la salud y, por tanto y de forma indirecta, sobre la reducción de la duración de la existencia. Sabemos que las personas que padecen un trastorno mental tienden a utilizar menos el sistema sanitario general de forma voluntaria y a descuidar el cuidado de su salud con un mayor índice de conductas de riesgo tales como la vida sedentaria, el tabaquismo o el consumo de alcohol. Pero también sabemos que sufren un trato discriminatorio por parte del propio sistema sanitario, justificado en base a la propia dificultad de manejo de estos enfermos. Un ejemplo bien estudiado se refiere a los altos índices de mortalidad por cardiopatía isquémica en base a su comportamiento no cooperativo frente a la enfermedad pero también y de forma clara por las limitaciones quirúrgicas que pone el propio sistema sanitario en estos casos, dada la falta de adaptación de los servicios quirúrgicos generales para la atención de estas personas.<sup>43</sup>

### *Condiciones laborales, satisfacción y calidad de vida*

La satisfacción en el trabajo es un buen indicador de calidad de vida.

Entendemos por satisfacción en el trabajo, “*un estado emocional* positivo o placentero resultante de *la percepción subjetiva* de las experiencias laborales del sujeto” (E. A. Locke, 1976)

El grado de satisfacción laboral se puede relacionar con determinadas variables:

- La percepción del propio rendimiento
- El salario propio frente a otros salarios de referencia
- Las características del puesto (monótono, aburrido y alienante; con participación; en equipo; horario y tiempo libre; posibilidades de autorrealización, estabilidad en el mismo, etc.)
- El nivel de participación e implicación en la toma de decisiones del departamento
- El cumplimiento de las expectativas puestas en el trabajo
- El nivel de reconocimiento en el ámbito laboral y extralaboral

### *Problemas laborales y trastornos psíquicos*

Los índices de problemas de salud (mental) derivados de situaciones de estrés laboral que se establecen sobre la base de encuestas generales de población y de valoración de cuestionarios pasados a los trabajadores dan resultados con un abanico amplio y, seguramente, con índices

---

<sup>43</sup> En la encuesta de morbilidad hospitalaria queda en un claro segundo plano entre las causas de hospitalización los trastornos mentales

sobrevalorados, al medir las situaciones de malestar psicológico percibidas en relación con el trabajo, donde se incluyen una gran cantidad de situaciones difíciles de considerar como trastornos psicopatológicos, incluso incluyendo problemas de muy escasa entidad clínica.

Un resultado más realista, a nuestro juicio, resulta de considerar la frecuentación asistencial en los centros ambulatorios de casos derivados por los médicos de familia por dicha causa, algo que desarrollamos en este estudio. Y por último, constatar el grado de coherencia existente entre la valoración del médico de atención primaria y el juicio clínico del especialista.<sup>44</sup>

### *Estres laboral, malestar y utilización de servicios sanitarios*

Vamos a considerar, por tanto, la incidencia de problemas relacionados con el estrés laboral sobre la carga de trabajo de un CSM, viendo sus correlatos clínicos y su impacto cuantitativo en relación a otros trastornos clínicos de gran entidad y mayor consideración psicopatológica.

En los **Centros de Salud Mental** de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, está creciendo el número de casos derivados por los **Médicos de atención primaria** donde el conflicto laboral es principal condicionante de la solicitud de consulta con el especialista y, por tanto, del cuadro clínico que presenta el paciente, quien suele llevar consigo añadida una medida de baja laboral con consecuencias, por tanto, en términos de su bienestar individual y de su relación laboral, lo que afecta a la productividad sociolaboral.

Los cuadros clínicos observados en relación con situaciones de estrés laboral son muy variables tomando como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-9) y están mejor o peor definidos, aunque en su mayor parte responden a problemas reconocidos como “trastornos comunes o menores”, aparecidos en muchos casos como respuesta a dificultades para adaptarse a la situación de sobreesfuerzo laboral y presentando distintos síntomas de tipo ansioso, depresivo, psicósomáticos o comportamentales: **la ansiedad y el desánimo junto al insomnio y la irritabilidad**, son los síntomas relatados de forma más habitual por los usuarios a su médico de familia.<sup>45</sup>

Los resultados derivados de la **indicación exclusiva de tratamiento psicofarmacológico** (antidepresivos, ansiolíticos, etc) suele resultar poco efectiva para controlar sus síntomas, afrontar su situación y acelerar su reincorporación al trabajo<sup>46</sup>. Sin embargo se trata de la intervención habitual que obtienen estos pacientes dentro de la red sanitaria pública debido al continuo crecimiento de la demanda asistencial y a la falta de desarrollo en los Centros de SM de Programas y actuaciones más específicas para estos casos y, en general, de programas efectivos para el tratamiento de trastornos psicológicos y psiquiátricos comunes.<sup>47</sup>

Tal como hemos señalado, en un porcentaje importante de casos, su **Médico de familia** les ha dado de baja laboral a causa de este problema (que se suele agudizar y/o reaparecer,

---

<sup>44</sup> Una metodología de estudio capaz de medir el comportamiento del usuario respecto del sistema sanitario de un lado y la realidad clínico-sanitario de sus dolencias del otro se la debemos a David Golberg y Peter Huxley (Ver: Enfermedad mental en la comunidad, 1980)

<sup>45</sup> Ver más adelante los síntomas aparecidos en la primera evaluación de prueba llevada a cabo con historias del 2004 del CSM de Majadahonda.

<sup>46</sup> Se considera que los trastornos adaptativos necesitan fundamentalmente terapia verbal (psicoterapia u orientación) lo que requiere disponer de un tiempo y un tipo de destreza determinados del que carecen habitualmente los médicos de atención primaria. Sin embargo, en un estudio en pacientes con enfermedad médica de dos hospitales universitarios se prescribieron psicofármacos en más del 50% de los casos en los que el motivo de la consulta fue el trastorno adaptativo sin analizar si el empleo de la psicofarmacología aumentaba realmente la eficacia de la terapia verbal sola (Strain y cols. 1998).

<sup>47</sup> En la Estrategia de SM del SNS en desarrollo por las CCAA, se hace especial hincapié en mejorar la efectividad en la atención de los trastornos mentales comunes

obviamente, cuando el paciente toma contacto o está a punto de hacerlo de nuevo con su actividad laboral conflictiva)

A pesar de tratarse generalmente de cuadros clínicos de carácter leve y/o moderado, su relación directa (al menos en inicio) con dificultades de orden laboral (más o menos realistas, pero siempre vividas con gran preocupación por el paciente) tienen siempre un *pronóstico reservado* en cuanto a la recuperación por parte de los pacientes de su capacidad para enfrentar sus problemas de orden laboral o encontrar alternativas, con lo que siempre hay riesgo de **cronificación del cuadro clínico**, de extensión de la sintomatología y, de su consolidación y aumento creciente tanto de su **severidad psicopatológica** como de las dificultades reales para su futura **reincorporación a la vida laboral**.

En cuanto que problema sanitario, el cuidado de estas dolencias psicológicas discurre habitualmente por la **red asistencial extrahospitalaria** (Centros de salud y Centros de salud mental), llegando raramente al hospital, salvo si aparecen complicaciones de su salud física (consultas externas hospitalarias) o, raramente, episodios agudos de ansiedad o de disociación mental, que llegarán principalmente a los servicios de urgencia.

Los diversos cuadros físicos (y/o psicosomáticos) donde juega algún papel el estrés laboral si van a transitar por el conjunto de la red sanitaria pública, con una progresiva implicación del sector de la salud mental (Ej.: El desarrollo de **Programas de rehabilitación cardiaca** compromete cada vez más a toda la red - salud pública, atención primaria, centros de salud mental y atención hospitalaria - , a pesar de su insuficiente nivel de coordinación dentro del conjunto de recursos sanitarios y sociales existentes en cada area de salud).

Es bien conocido que uno de los factores de riesgo que siempre se contemplan a la hora de intentar prevenir un agravamiento en su salud física en gran cantidad de patologías de evolución crónica son la existencia de **condiciones de estrés no compensadas** en el trabajo, o en otros ámbitos de la vida del sujeto.

Son cada vez más frecuentes las “implicaciones de tipo médico-legal”, especialmente con problemas laborales especialmente severos y agudos conocidos como *acoso laboral o “mobbing”*, con presiones sobre las administraciones para que se contemplen como enfermedades profesionales y se incluyan como delito en el código penal.

No es raro que el clínico se enfrente en estos casos a un dilema propuesto por el paciente, resultado de la doble y contradictoria motivación que le ha llevado a solicitar atención: para su conflicto con la empresa necesita que el profesional constate el daño clínico resultante. Sin embargo el objetivo de la consulta en términos de salud ha de ser la curación, en flagrante contradicción con “las necesidades laborales” del paciente en ese momento.

Este tipo de implicaciones pueden interferir sobre la actuación terapéutica si los aspectos legales del problema se acaban convirtiendo en el eje orientador del usuario en su relación con el sistema sanitario público, arriesgando de esta forma una evolución hacia la cronicidad y el empeoramiento de su condición de salud.

(Un ejemplo especialmente contradictorio y arriesgado en términos de salud que observamos en la clínica es el paciente que, de buena fe y mediante una petición de Interconsulta especializada en salud mental (PIC) por parte de su médico de familia, vienen buscando “un informe oficial” que le ayude en el proceso que tiene abierto contra su empresa, lo que hace muy difícil que pueda implicarse en afrontar sus problemas de salud y comprender los negativos efectos que tiene para la misma el mantener dicha situación estancada dando lugar a un trastorno psicopatológico cada vez más severo y estable con negativa influencia no sólo sobre los problemas arrastrados de su conflicto laboral sino sobre el conjunto de aspectos relacionados tanto con su salud como con su propia existencia y trayectoria vital)

*Tercera parte. La red de salud mental de la Comunidad de Madrid: El Centro de Salud mental del Distrito de Majadahonda*

El Centro de Salud Mental del Distrito de Majadahonda (300.000 habitantes) atiende a la población que reside en la comarca del Oeste, siendo sus principales municipios Majadahonda, Las Rozas y Pozuelo <sup>48</sup>. Los pacientes llegan al Centro derivados principalmente por sus médicos de familia, pudiendo recibir también casos de otros especialistas de la red pública y desde el hospital de referencia (H. P<sup>a</sup> de Hierro-Majadahonda).

Dispone de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras especializadas, trabajadoras sociales y personal administrativo. Gestiona directamente un Centro de Día para enfermos mentales crónicos, para el que cuenta con el apoyo de servicios de terapia ocupacional.

El CSM cuenta con tres fuentes de información: el registro acumulativo de datos, creado hace ya bastantes años para toda la red ambulatoria de SM de la Comunidad de Madrid; las historias clínicas (más de 30.000) y la Comisión de Evaluación de los PIC de atención primaria, que valora semanalmente las peticiones de interconsulta realizadas por los Médicos de Familia y las distribuye entre los especialistas del Centro (psiquiatras, psicólogos, enfermeras), atendiendo cada caso, cuando es posible, el profesional del servicio con mayor experiencia en el mismo, de acuerdo a un principio de especialización del Servicio por Programas Asistenciales y Técnicas terapéuticas.

Dichas fuentes de información nos permiten analizar y evaluar distintos aspectos de la asistencia que presta el Centro, por ejemplo:

- el índice de casos vistos por razón de estrés laboral en relación con otros trastornos psicopatológicos (frecuentación asistencial)
- la adherencia al tratamiento de estos usuarios
- el tipo general de tratamiento realizado y la posible efectividad del mismo
- la correlación entre severidad de la clínica detectada (diagnóstico nodográfico), tiempo de tratamiento y baja laboral

La Comisión de Evaluación cuenta con un registro para patologías de especial significación donde han sido incluidos desde el año 2003, los casos derivados por razón de *estrés laboral*. <sup>49</sup> Otras patologías incluidas en estos registros específicos son los problemas de consumo y abuso de alcohol, los trastornos de alimentación en niños y adultos, las dificultades sexuales, los trastornos cardiacos, la clínica con síntomas psicóticos, los intentos autolíticos, los casos remitidos para IVE's y todos los usuarios que han cumplido 70 años de edad.

Si tomamos los datos entre 2003 y 2007, el índice de casos vistos a causa de su problemática laboral han supuesto entre el 5.8 y 7.1 % del total de casos vistos en el CSM. En las mismas fechas, los trastornos de alimentación significaron entre un 2.6 y un 4.0 % del total; los problemas de alcohol entre 2.7 y 3.3 %, los intentos autolíticos entre un 1.2 y un 1.8%, los casos con síntomas psicóticos entre un 3.2 y un 4.3 % y las personas atendidas de más de 70 años entre un 3.3 y un 3.6 %. (Ver **Tabla I**)

La frecuentación asistencial motivada por efectos mentales relacionados con el trabajo es claramente superior cada año a problemas de salud mental tan relevantes como los derivados del abuso de alcohol, los trastornos alimentarios (que incluyen la anorexia nerviosa y la bulimia), los intentos autolíticos, los pacientes con clínica psicótica o las personas mayores de 70 años.

---

<sup>48</sup> Los municipios del Distrito sanitario son: Majadahonda, Pozuelo, Las Rozas, Boadilla del Monte, Villanueva del Pardillo, Villanueva de la Cañada, Brunete y Quijorna.

<sup>49</sup> Se incluyen aquellas peticiones de interconsulta de los médicos de familia donde el motivo principal de la derivación que aparece en el PIC son *los problemas en el trabajo* del paciente.

Si contemplamos la frecuentación habida en 2005, el orden seguido de mayor a menor ha sido: estres laboral (6.3%) → cuadros con síntomas psicóticos (4.3%) → pacientes mayores de 70 años (3.6%) → trastornos alimentarios (3.4%) → trastornos por abuso del consumo de alcohol (3,2) y, por último, los intentos autolíticos (1.2%). En los años 2006 y 2007 el 2º lugar lo ocupan los trastornos en personas mayores de 70 años en detrimento de los cuadros psicóticos que pasan a ocupar el tercer lugar. La frecuentación de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y los trastornos alimentarios es muy similar cada año.<sup>50</sup>

A la vista de los datos anteriores, el número de casos que llegan a nuestra consulta de salud mental como consecuencia de *problemas de estrés en el trabajo que producen malestar en el trabajador y le llevan a buscar ayuda médica* es superior a la de todos los pacientes que nos llegan por presentar síntomas **psicóticos** (los trastornos psicopatológicos más importantes de nuestra actividad profesional especializada) y muy similar a la suma de todos los casos relacionados con el consumo de **alcohol** y la **anorexia nerviosa**.<sup>51</sup>

Tabla I.- Casos derivados al CSM de Majadahonda desde atención primaria. Años 2000 a 2007<sup>52</sup>

Año	Total de casos	Alcohol	Trastornos Alimentación	Síntomas psicóticos <sup>53</sup>	Intentos autolíticos	Estrés laboral	≥ 70 años
2000	1990 (100)	81 (4.1)	86 (4.3)	--	47 (2.4)	--	--
2001	2198 (100)	86 (3.9)	64 (2.9)	--	47 (2.1)	--	--
2002	2637 (100)	83 (3.1)	99 (3.7)	--	37 (1.4)	--	--
2003	2698 (100)	74 (2.7)	107 (4.0)	--	49 (1.8)	48 <sup>54</sup> (7.1)	--
2004	3032 (100)	100 (3.3 %)	122 (4.0 %)	--	44 (1.4)	194 (6.4 %)	--
2005	3103 (100)	98 (3.2 %)	106 (3.4 %)	133 (4.3 %)	38 (1.2)	196 (6.3 %)	84 <sup>55</sup> (3.6)

<sup>50</sup> El uso de los medios de comunicación para sensibilizar a sectores amplios de población sobre un determinado problema sanitario y la necesidad de ser tomado en cuenta es una estrategia habitual y, seguramente, legítima seguida por ciertos colectivos para hacerse oír y presionar sobre las administraciones. En este contexto, sin embargo, asistimos a la presencia de todo tipo de abusos por parte de distintos grupos de presión que a veces no ceden al intento de manipulación de dicha opinión en favor de intereses que suelen quedar ocultos.

<sup>51</sup> Todos estos datos se refieren a las Peticiones de Interconsulta de los Médicos de Familia no al diagnóstico posterior establecido por el especialista y que puede o no coincidir con tal apreciación

<sup>52</sup> Incluye casos nuevos y reinicios (pacientes que han sido dados de alta o ha pasado al menos un año desde el último contacto habido con el Centro)

<sup>53</sup> El registro se inició el 1 de enero del 2005. Se incluyen cuando son síntomas prioritarios en el cuadro remitido por el médico de familia.

<sup>54</sup> El registro se inició el 1 de octubre de 2003 (3 meses). Se incluye si tiene prioridad en el cuadro remitido por el M. de familia

<sup>55</sup> El registro se inició el 1 de abril del 2005 (9 meses)

*Efectos clínicos derivados de condiciones de estrés laboral detectados en la red de salud mental*

<b>2006</b>	3231 (100)	87 (2.7)	85 (2.6)	102 (3.2)	56 (1.7)	<b>209</b> <b>(6.5)</b>	106 (3.3)
<b>2007</b>	3176 (100)	87 (2.7)	93 (2.9)	106 (3.3)	48 (1.5)	<b>184</b> <b>(5.8)</b>	115 (3.6)

=====

En todo caso, la alta frecuentación de personas aquejadas de dificultades en el trabajo y que, a juicio de su médico de familia, han afectado a su equilibrio psíquico, va a ser confirmada por el especialista de dos formas. Una general confirmando la presencia de un problema psicopatológico detectable en estas personas, más allá de un malestar psicológico mal o poco definido o referible a un desagradable acontecimiento ocurrido en el ámbito de su vida laboral. La segunda y ya más específica, concretando qué tipo de trastornos psíquicos detectamos en estas personas, es decir, las patologías resultantes de estas situaciones de estrés producidas en el trabajo.

Para desarrollar esta segunda fase hemos analizado las historias clínicas de una parte significativa de casos atendidos en el Servicio durante un periodo determinado de tiempo.

**CUARTA PARTE: FRECUENTACIÓN CLÍNICA POR CAUSA DE ESTRÉS LABORAL  
(ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE REGISTROS CLÍNICOS)**

El paso siguiente afectaba ya al núcleo de nuestra investigación, al centrarnos en la evaluación clínica de los casos derivados por los médicos de familia a los facultativos especialistas del CSM de Majadahonda (psiquiatras y psicólogos clínicos) por problemas relacionados con la actividad laboral, en base a la documentación del PIC y de la Historia Clínica.

Para ello tuvimos que dar los pasos siguientes:

PRIMERO. Construir un *cuestionario base* para la recogida de los principales datos de las H. Clínicas que pudieran aportar elementos para su análisis clínico y cuantitativo (**TABLA II**)

SEGUNDO. Validarlo mediante un primer muestreo con dicho cuestionario recogiendo los juicios clínicos que aparecían en el PIC (**TABLA V**) y en las historias clínicas del especialista convertidos en diagnósticos de acuerdo a la clasificación actualizada CIE-9.<sup>56</sup>

TERCERO: En base a los casos aparecidos se estableció un *esquema nosográfico* provisional que los incluyera a todos en el marco de la CIE-9 actualizada

CUARTO: Una vez ajustado el cuestionario se solicitó a los informáticos la realización de una base de datos a partir del mismo que incluyera como apoyo el esquema nosográfico general

QUINTO: En base a la propuesta nosográfica y la base de datos se realizó un muestreo con H. Clínicas de 2004 (periodo que no sería utilizado en el estudio definitivo y comparativo con el Distrito de Vallecas-Villa). El análisis de los problemas concretos encontrados en este segundo muestreo nos ayudó a perfilar la ficha-cuestionario, comparar el juicio clínico del médico de familia con el realizado por el especialista del SSM y establecer una *guía nosográfica* básica y amplia para los casos de estrés laboral. Esta primera ordenación nosográfica en versión CIE-9 de los trastornos laborales fue revisada por los psiquiatras colaboradores del estudio. En este momento del proceso, los encargados de extraer datos de las historias clínicas ya estaban entrenados en el manejo tanto del cuestionario como de los referentes diagnósticos (guía nosográfica).

SEXTO: El cuestionario ya podía pasarse a una muestra representativa de los casos de estrés laboral vistos en los años 2005, 2006 y 2007 en el CSM de Majadahonda. En el caso del Distrito de Vallecas-Villa utilizaríamos una muestra de los casos de 2005.

SEPTIMO: Se revisó con los profesionales que iban a recoger los datos (psicólogos clínico y médico del trabajo) las características de la Guía clínico-nosográfica para su utilización homogénea a la hora de sacar la información de los PIC y las Historias clínicas de los especialistas.

OCHO: Con los resultados del muestreo se remitió a todos los especialistas del CSM de Majadahonda la guía diagnóstica elaborada para la investigación a efectos de facilitar y homogeneizar su evaluación clínica de los casos de estrés laboral. Para apoyar y motivar en el uso de la misma a todo el equipo asistencial el coordinador del estudio realizó una sesión bibliográfica.<sup>57</sup>

*Cuestionario base*

=====

**TABLA II: Cuestionario base para la recogida de datos de estrés laboral**

1. Majadahonda/ Vallecas
2. Iniciales y nº de Hª Cl.<sup>a</sup>

---

<sup>56</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades (Mentales) utilizada en el Sistema Nacional de Salud

<sup>57</sup> No se ha evaluado todavía ningún resultado en términos de un mayor rigor diagnóstico

3. Fecha nacimiento
  4. Sexo (H/M)
  5. Situación laboral (A/P)
  6. En incapacidad temporal (IT: S/N) <sup>58</sup>
  7. Fecha PIC
  8. Fecha apertura H<sup>a</sup> Clínica
  9. Fecha primera consulta especializada
  10. Tiempo de espera en días naturales (Desde apertura H<sup>a</sup> Clínica a 1<sup>a</sup> cita)
  11. Iniciales profesional PIC
  12. Juicio clínico PIC <sup>59</sup>
  13. Iniciales y profesión terapeuta (Psiquiatra/ Psicólogo)
  14. Diagnóstico principal especialista
  15. Diagnóstico complementario
  16. EL paciente solicita un informe clínico (S – fecha solicitud -/ N)
  17. Fecha de alta
  18. Tiempo total de TTO, n<sup>o</sup> de citas y tiempo medio transcurrido entre consultas (Tiempo total desde la 1<sup>a</sup> consulta hasta el alta del paciente/ n<sup>o</sup> de citas – acuda o no el paciente -) <sup>60</sup>
  19. Tipo de tratamiento seguido
    - alguna forma de **psicoterapia** de forma **exclusiva**
    - alguna forma de **psicoterapia** además de algún **psicofármaco**
    - algún **psicofármaco** como tratamiento principal
- 
- 

### *Muestreo de las Historias Clínicas (año 2004)*

1. Juicios diagnósticos comparados en relación al estrés laboral

En base a una muestra de casos vistos en el Servicio (año 2004) comparamos los juicios clínicos expresados en los PIC con los diagnósticos establecidos por los profesionales (psiquiatras, psicólogos) en relación a dichos casos.

Hemos ordenado dichos diagnósticos, simplificándolos y teniendo en cuenta su posibilidad de inclusión de acuerdo a los criterios de la CIE-9.

Con estos datos hemos establecido una nosografía orientativa para una mejor identificación clínica de estos casos siguiendo la clasificación utilizada en la red de salud mental de la Comunidad de Madrid, CIE-9.

Al buscar la equiparación con la CIE-10 actual aparecen contradicciones internas serias derivadas del nuevo enfoque que la CIE-10 ha establecido en la ordenación nosográfica de algunos trastornos psiquiátricos.

---

---

### TABLA III. Diagnósticos clínicos de los casos derivados por problemas laborales (muestra del año 2004) <sup>61</sup>

<sup>58</sup> Se sacará tanto del PIC como de la H<sup>a</sup> Clínica

<sup>59</sup> Una frase, a ser posible textual, que exprese el motivo de la derivación

<sup>60</sup> Para obtener esta información se tendrá en cuenta la H<sup>a</sup> Clínica y, de forma complementaria y siempre que sea necesario, el registro general de datos del Servicio (n<sup>o</sup> de contactos según la ficha del profesional que incluye todas las citas, asista o no el paciente)

<sup>61</sup> La fuente es el Registro Acumulativo de Casos del Servicio, el registro específico de la Comisión de Evaluación y las propias Historias Clínicas

Juicios clínicos	MAP (Principal)	MAP (2°)	SSM (Principal)	SSM (2°)
Total	172	48	80	7
Estado de ansiedad	77	3	12	1
Depresión del humor	39	9	12	--
Estados mixtos	23	1	6	--
Reacciones adaptativas	16	1	39	2
Problemas en el trabajo	12	31	2	1
Síntomas o síndromes especiales (apetito, sueño, dolor)	1	2	2	--
Agorafobia	--	1	--	1
Trastorno psicossomático	1	--	--	--
Cambio del carácter	1	--	--	--
Descenso de la libido	1	--	--	--
Somatización	1	--	--	--
TOC	--	--	1	--
Consumo perjudicial de alcohol	--	--	--	1
Alteraciones corporales (hipotiroidismo)	--	--	--	1

=====  
 =====  
 Tabla IV. Cuadro diagnóstico de MAP y especialistas integrando todos los juicios clínicos <sup>62</sup>

Juicio clínico	MAP	Especialistas	Observaciones
Total	220	87	
Estado de ansiedad	<b>80</b> (36.4)	13 (14.9)	
Depresión del humor	48 (21.8)	12 (13.8)	
<i>Problemas en el trabajo</i>	43 (19.5)	3 (3.4)	
Trastorno mixto ansioso-depresivo	24 (10.9)	6 (6.9)	
Cuadro adaptativo-reactivo	17 (7.7)	<b>41</b> (47.1)	
<i>Sin trastorno</i>	--	6 (6.9)	

<sup>62</sup> Al no estar correlacionados el cuadro nos sirve tan sólo para ver el estilo diagnóstico de unos y otros y para construir una guía nosográfica que integre todas las consecuencias clínicas vistas en relación a los conflictos laborales

<i>psicopatológico específico</i>			
Síntomas o síndromes especiales (insomnio, pérdida de apetito, dolor psicógeno)	3	2	
Trastorno psicósomático	1	--	
Cambio del carácter	1	--	
Descenso de la libido	1	--	
Somatización	1	--	
Agorafobia	1	1	
TOC	--	1	
Alteración de las funciones corporales (hipotiroidismo)	--	1	
Consumo perjudicial de alcohol	--	1	

=====

**Ordenación de los PIC de los MAP a partir del muestreo**

En el muestreo de los Partes de Interconsulta (PIC) de los Médicos de atención primaria (MAP) realizados en la fase preparatoria se observa un estilo diagnóstico general de los problemas laborales de sus pacientes, centrados en dos ámbitos sintomatológicos: los cuadros con ansiedad y/o con depresión del humor, sin mayor especificidad nosográfica ni en cuanto a su gravedad clínica. Van a ser las preocupaciones y quejas del paciente quienes guíen la derivación. Si intentamos afinar algo más, vemos cuatro organizaciones clínicas principales: la ansiosa, la depresiva, la mixta ansioso-depresiva y la de carácter reactivo. Con mínima incidencia aparecen cuadros psicósomáticos y por somatización, insomnio y disminución del deseo sexual y el cambio del carácter. Sin olvidar la importancia de los casos enviados directamente por causa del conflicto laboral, muchas veces “diagnosticado desde el inicio por el propio paciente”.<sup>63</sup>

=====

**TABLA V: Ordenación clínica a partir del juicio principal del PIC del MAP**<sup>64</sup>

- Trastornos reactivos (incluyen: con sintomatología preferentemente ansiosa, con sintomatología mixta ansiosa y depresiva)
- Trastornos ansiosos (incluye: ansiedad, trastorno por ansiedad generalizada y crisis de ansiedad)
- Trastornos ansioso-depresivos
- Trastornos depresivos del humor (incluyen: tristeza, depresión, depresión reactiva, depresión severa o leve)
- Otros trastornos (incluyen: trastorno psicósomático, insomnio, cambio del carácter, disminución de la libido, síntomas de somatización)

<sup>63</sup> Al contrario que un síntoma expresado y recogido como tal por el MAP (ej.: ansiedad, insomnio, etc.) el acoso laboral expresa un proceso complejo que implica al paciente y que no debería ser sustanciado por el MAP como un “síntoma emocional”.

<sup>64</sup> Se han unificado todos los diagnósticos asimilables

- Conflicto laboral

*=====  
=====  
Criterios de ordenación clínica de los problemas laborales en el area especializada*

A partir de la muestra diagnóstica de los MAP establecimos un primer esquema nosográfico que sirviera de marco diagnóstico para la ordenación clínica de los problemas laborales en el area especializada, estableciendo 5 areas donde incluir los distintos cuadros clínicos relacionados con el estrés laboral recogidos en la CIE-9. Todos los diagnósticos de *carácter laboral directo*, cualquiera fuera sus características, fueron incluidos como Código V:

- A . Reacciones de Adaptación (309) <sup>65</sup>**
- B. Trastornos neuróticos (300) <sup>66</sup>**
- C. Otros trastornos psicopatológicos desencadenados por estrés (laboral) <sup>67</sup>**
- D. Factores adversos que influyen sobre la salud, calidad de vida y frecuentación de los servicios asistenciales (Código V) <sup>68</sup>**
- E. Ausencia de trastorno psicopatológico detectable en el momento actual**

Dentro de estos cinco bloques diagnósticos se fueron incluyendo todos los cuadros clínicos recogidos en la CIE 9 y la CIE 10 a los que hacían algún tipo de referencia los casos detectados en el muestreo.

*=====  
=====  
Tabla VI. Ordenación de los juicios clínicos a partir de casos de estrés laboral en el CSM de Majadahonda (año 2004: 194 casos) <sup>69</sup>*

CIE 9 MC	JUICIO CLINICO PRINCIPAL PIC <sup>70</sup>	DTO PRINCIPAL SSM <sup>71</sup>	OBSERVACIONES
<i>A. Reacciones de adaptacion (309)</i>	<b>19 (11.2%)</b>	<b>35 (50.7%)</b>	

<sup>65</sup> Deben guardar una estrecha relación, en tiempo y contenidos sintomatológicos, con acontecimientos generadores de tensión, pudiendo aparecer a cualquier edad sin necesidad de un trastorno mental previo o especial vulnerabilidad frente al estrés, aun cuando el manejo de dichos acontecimientos (“respuesta adaptativa al estrés”) varíe entre unas personas y otras. El esquema diferenciador que se sigue en función de su duración (breve/ prolongada) es similar al de los cuadros psicóticos reactivos (reacción paranoide aguda y psicosis paranoide psicógena)

<sup>66</sup> La condición y características propias de las personas con neurosis suelen dar lugar a una mayor vulnerabilidad frente a acontecimientos de la vida cotidiana que, en si mismos, no tendrían por qué generar una gran tensión emocional.

<sup>67</sup> Para establecer cualquiera de los diagnósticos de este apartado hemos de relacionar el cuadro clínico que presenta el paciente con la presencia de condiciones de estrés en el trabajo capaces de actuar en el paciente como desencadenantes y/o mantenedoras de dicho estado psíquico.

<sup>68</sup> Se trata de determinadas *circunstancias psicosociales* que aparecen a lo largo de la vida de las personas y que pueden afectar a su salud, calidad de vida o a la búsqueda de atención por parte de los servicios sanitarios

<sup>69</sup> Se trata del primer año completo registrado

<sup>70</sup> A partir del texto de las hojas de derivación del médico de familia, “traducido” a la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento de la CIE

<sup>71</sup> Solo cuando aparece señalado por el especialista en la Historia Clínica

*Efectos clínicos derivados de condiciones de estrés laboral detectados en la red de salud mental*

309.0 Reaccion depresiva breve	--	3	
309.1 Reaccion depresiva prolongada	--	1	
309.2 Con perturbacion predominante de otras emociones	--	10	
309.24 Trast. adaptativo con ansiedad	2		
309.28 Reaccion de adaptacion con ansiedad y humor deprimido	13	8	
<b>B. Trastornos de ansiedad (300)</b>	<b>129 (76.3%)</b>	<b>24 (34.8%)</b>	
300.0. Estados de ansiedad	67	6	
300.02. Trastorno de ansiedad generalizada	7	6	
300.4. Trastorno distimico	55	12	
<b>R. adaptación + T. de ansiedad</b>	<b>148 (87.6%)</b>	<b>59 (85.5)</b>	
<b>C. Otros trastornos desencadenados</b>	<b>7 (4.1%)</b>	<b>7 (10.1)</b>	
Episodio depresivo mayor psicogeno o reactivo (298.0)	2	3	
TOC	--	1	
Trastorno depresivo orgánico		1	
Otros trastornos y los no especificados del comer	--	2	
Insomnio (307.4)	1	--	
Cambio de carácter	1	--	
Disminucion de la libido (302.7)	1	--	
Trastornos psicomaticos y sintomas de somatizacion (306)	2	--	
<b>D.Codigo V</b>			
<b>V62. Otras circunstancias psicosociales</b>	<b>14 (8.3%)</b>	<b>2 (2.9%)</b>	
V62.2. Problema	--	2	

laboral			
V62.1. Efectos adversos del ambiente de trabajo	9	--	
Acoso laboral (variante del anterior)	5	--	
<i>E. Ausencia de trastorno psicopatológico detectable</i>	--	<b>1 (1.4%)</b>	
TOTALES	<b>169 (19+129+7+14+0)</b>	<b>69 (35+24+7+2+1)</b>	

Si comparamos el juicio diagnóstico expresado por el médico de familia frente al especialista en este muestreo de prueba, tenemos:

- la suma de los **trastornos adaptativos** y los **trastornos de ansiedad** (incluyen los trastornos distímicos) superan en ambos casos el 85%, lo que les da un carácter de centralidad diagnóstica en los problemas relativos al estrés laboral
- la consecuencia psicopatológica de los problemas relacionados con el estrés laboral se sitúan, por tanto y de manera principal, en el ámbito de los **trastornos mentales comunes**
- a la hora de discriminar dentro de esos dos bloques nosográficos la perspectiva es diferente entre el médico de familia y el especialista. Los médicos de familia se centran en los síntomas explicitados por el paciente: la ansiedad y el trastorno del humor (tristeza), lo que puede llevar consigo un sobrediagnóstico de los “estados de ansiedad” y “trastornos distímicos”. Por el contrario, los especialistas del CSM de Majadahonda se centran más en el carácter reactivo de estas situaciones, por lo que el diagnóstico principal se vincula a la clínica propia de las reacciones de adaptación.<sup>72</sup>
- Los médicos de familia establecen directamente el diagnóstico de estrés laboral - que lo hemos recogido dentro de Código V - en mayor proporción que los especialistas, que se ajustan más a los trastornos mentales y del comportamiento.
- La presencia de un juicio clínico y/o un diagnóstico explícito en las historias clínicas del CSM se da en poco más del 40% de los casos, lo que puede indicar una forma de trabajo determinada – donde el diagnóstico explícito se vincula a los informes y al alta del paciente - e, incluso, aspectos relativos a la calidad asistencial. Esta fue una de las razones para remitir la guía nosográfica provisional elaborada a los profesionales del servicio tratando de facilitar y mejorar la tarea diagnóstica en estos casos.
- Un objetivo importante de la guía nosográfica del estrés laboral era hacer hincapié en la diferenciación entre “reacciones adaptativas” y “trastornos neuróticos”, intentando de esta forma introducir una separación dentro del conjunto de problemas relacionados con

<sup>72</sup> Esta situación nos señala las limitaciones de un tipo de detección cada vez más simple, centrada en el síntoma relatado por el paciente e, igualmente, las de las propias clasificaciones oficiales. Los síntomas de ansiedad y de descenso del humor acompañan todo tipo de síndromes y trastornos imaginables. Y también muchas situaciones que ocurren en la vida de un sujeto y que no se pueden considerar trastornos clínicos. Igualmente las clasificaciones actuales, al tratar de facilitar la ordenación de todas las formas posibles de presentación de trastornos clínicos repiten aspectos clínicos y mezclan distintos criterios epistemológicos que exigen un rigor del clínico en el uso de las mismas. Las reacciones adaptativas pueden llevar consigo un clínica depresiva, ansiosa o mixta. Por tanto, solo deberíamos utilizar los diagnósticos de estado de ansiedad o trastorno distímico cuando valoráramos que el sujeto tiene un alto nivel de vulnerabilidad previa al estrés. Lo que significa una valoración cualitativa, es decir, clínica, de los hechos que nos presenta el paciente.

el estrés en el trabajo según el papel jugado por la propia situación laboral y/o por las condiciones psicológicas previas del trabajador, lo que nos permitiría distinguir dos tipos de efectos en el estrés laboral: como desencadenante de trastornos psíquicos o como simple descompensador, desestabilizador y/o amplificador de la problemática neurótica del sujeto.

Conviene tener en cuenta que la condición neurótica puede estar presente con carácter previo al propio estrés laboral y no guardar, en esos casos, relación de proporcionalidad con la magnitud del mismo. Lo que no impide considerar la presencia de ambas situaciones en grado variable.

*Los primeros datos del estudio fueron presentados en una sesión bibliográfica del CSM de Majadahonda abierta a los MAP con el título de “Evaluación clínico-asistencial de las consecuencias del estrés laboral en un CSM” el 26 de febrero del 2008 con el siguiente documento de presentación de la sesión:*

La sesión se va a centrar en dos aspectos:

- la demanda de casos clínicos relacionados con problemas de estrés (en el trabajo) ofreciendo los índices comparados de frecuentación asistencial de nuestro CSM, y
- la necesidad de establecer una ordenación clínico-nosográfica clara y rigurosa de los casos derivados y atendidos en el CSM de Majadahonda como punto de apoyo para afrontar su tratamiento eficaz.

Vamos a presentar la alta frecuentación relativa en el área especializada a que dan lugar estos problemas y la necesidad de establecer una ordenación nosográfica que se base en el análisis de la variable (y a veces poco específica) semiología que aparece en estas situaciones de conflicto (y no a la problemática laboral en sí misma, objeto de la salud laboral y la Medicina del Trabajo) para poder explorar nuevas intervenciones más efectivas (¿y específicas?) de tratamiento de los diversos trastornos psicopatológicos condicionados y/o influidos por situaciones de conflicto (laboral) *en el contexto de la cooperación con la medicina primaria y la medicina laboral.*

*Conclusión: el cuestionario en excel y la guía nosográfica de apoyo*

=====

Tabla VII. Guía nosográfica de apoyo diagnóstico para el estrés laboral.

CIE 9 <sup>73</sup>	CIE 10 <sup>74</sup>	OBSERVACIONES
<b>A . Reacciones de Adaptación</b> (309) <sup>75</sup>	Trastornos de adaptación (F43.2)	La reacción de adaptación de la CIE 9 (309) no es equiparable a

<sup>73</sup> Clasificación psiquiátrica oficial en la Comunidad de Madrid

<sup>74</sup> A la hora de establecer equiparaciones entre la CIE 9 y la CIE 10 no se puede olvidar que la arquitectura clasificatoria de la CIE 10 rompe, en determinados casos (véase, como ejemplo, los trastornos depresivos) de forma muy importante con el orden nosográfico seguido en la CIE 9

<sup>75</sup> Deben guardar una estrecha relación, en tiempo y contenidos sintomatológicos, con acontecimientos generadores de tensión, pudiendo aparecer a cualquier edad sin necesidad de un trastorno mental previo o especial vulnerabilidad frente al estrés, aun cuando el manejo de dichos acontecimientos (“respuesta adaptativa al estrés”) varíe entre unas personas y otras. El esquema diferenciador que se sigue en función de su duración (breve/ prolongada) es similar al de los cuadros psicóticos reactivos (reacción paranoide aguda y psicosis paranoide psicógena)

		los trastornos de adaptación de la CIE 10. Si se repasan las reacciones de adaptación en la CIE 9 se advierte la no inclusión de “los trastornos del juicio” como respuesta posible al estrés (que aparecen en los cuadros psicóticos reactivos) pero si las reacciones de la afectividad (309.0 y 1), de otras emociones (ansiedad, irritabilidad, preocupaciones, etc) y del comportamiento
Reacción depresiva breve (309.0)	Reacción depresiva breve (F43.20)	
Reacción depresiva prolongada (309.1)	Reacción depresiva prolongada (F43.21)	
Con predominio de otras emociones (ansiedad, temor o preocupación, etc.) (309.2)	Con predominio de alteraciones de otras emociones (F43.23) Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22) <sup>76</sup>	
<b>B. Trastornos neuróticos (300) <sup>77</sup></b>		
Estados de ansiedad (300.0)	Otros trastornos de ansiedad (F41) Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2)	Para establecer el diagnóstico de “estados de ansiedad” (300.0), hay que tener en cuenta que, con carácter general, dicha sintomatología ansiosa “no es atribuible a un peligro real”.
Depresión neurótica (Incluye los estados mixtos de ansiedad y depresión) (300.4)	Distimia (F34.1)	

<sup>76</sup> “La intensidad que alcanzan los síntomas ansiosos y depresivos presentes no supera a los que aparecen en el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto con ansiedad (F41.3)”

<sup>77</sup> La condición y características propias de las personas con neurosis suelen dar lugar a una mayor vulnerabilidad frente a acontecimientos de la vida cotidiana que, en si mismos, no tendrían por qué generar una gran tensión emocional.

<sup>78</sup> “Cuadro depresivo cuya intensidad (y duración) no guarda proporción con la situación aflictiva. Ej.: duelo patológico por la pérdida de un ser querido”)

78		
Neurastenia (300.5) <sup>79</sup>	Neurastenia (F48.0)	Podemos establecer su diagnóstico (cercano a determinadas formas de reacción adaptativa secundaria a la exposición prolongada a experiencias que causan tensión) cuando, en relación con una <i>situación de tensión emocional continuada</i> , aparece un cuadro clínico caracterizado por “fatiga, irritabilidad, dolores de cabeza, depresión, insomnio, dificultad para concentrarse y anhedonia”.
<b>C. Otros trastornos psicopatológicos desencadenados por estrés (laboral)</b> <sup>80</sup>		
Cuadros reactivos con sintomatología psicótica (otras psicosis no orgánicas, 298) <sup>81</sup>		Se trata de un grupo muy restringido de cuadros donde los síntomas psicóticos aparecen en relación directa con un acontecimiento traumático reciente (no más allá de dos semanas después de acontecimientos estresantes para la mayoría de las personas, en circunstancias similares y en el mismo ambiente cultural). <sup>82</sup> No se incluyen las dificultades o

<sup>79</sup> Hay una importante correlación entre “la neurastenia” y “el síndrome del quemado o burn-out”: determinadas condiciones laborales actuarían como una forma concreta – entre otras posibles – de estrés emocional continuado que puede dar lugar a la aparición de este cuadro, de una intensidad y gravedad mayor al famoso “surmenage”. En todo caso, la semiología propia de la neurastenia en la CIE-9 se asemeja, al menos, a una parte muy importante de problemas de estrés laboral: “Fatiga, irritabilidad, dolor de cabeza, depresión, insomnio, dificultad para la concentración y anhedonia. “. Sin olvidar sus condiciones de aparición: “Puede surgir a causa de una situación continuada de tensión emocional”.

<sup>80</sup> Para establecer cualquiera de los diagnósticos de este apartado hemos de relacionar el cuadro clínico que presenta el paciente con la presencia de condiciones de estrés en el trabajo capaces de actuar en el paciente como desencadenantes y/o mantenedoras de dicho estado psíquico.

<sup>81</sup> Se trata de un pequeño grupo de afecciones psicóticas atribuibles, *en gran parte o enteramente*, a una reciente experiencia traumática en la vida. Hay que descartar, por tanto, los cuadros psicóticos (la mayoría) en cuya etiología o desencadenante los factores ambientales no han jugado un papel principal y/o determinante. E igualmente, cuadros de este tipo desencadenados por factores de estrés crónico, algo rarísimo. Los dos cuadros con síntomas psicóticos que se podrían intentar relacionar con algunas formas especialmente graves de estrés laboral son la “Reacción paranoide aguda” (298.3) y la “Psicosis paranoide psicógena” (298.4), cuya diferencia reside principalmente en su menor o mayor duración sin llegar en ningún caso a cronificarse, lo que obligaría a otro tipo de diagnósticos y a otro ámbito conceptual (297: los estados paranoides). En general hay que ser muy precavido para realizar un diagnóstico de clínica psicótica secundaria a una situación de estrés laboral en una persona previamente sana.

<sup>82</sup> Este criterio (relación entre estrés agudo y aparición de un episodio psicótico) se acepta en la CIE 9 pero no con la misma claridad en la CIE 10, lo que dificulta la equiparación de los cuadros clínicos de ambas clasificaciones.

		problemas crónicos como fuente de estrés generador de síntomas psicóticos.
Reacción paranoide aguda o Bouffée delirante (298.3) Psicosis paranoide psicógena (298.4) <sup>83</sup>	Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23.x1) <sup>84</sup> (Incluye la reacción paranoide aguda o “bouffée delirante”) <sup>85</sup>	
Psicosis depresiva psicógena o reactiva (298.0) <sup>86</sup>	Depresión psicógena y/o reactiva (F32)	
Estados fóbicos (300.2)	Trastornos de ansiedad fóbica (F40)	
Disfunción psicosexual (302.7)	Disfunción sexual no orgánica (F52)	
Abuso de alcohol, sin dependencia (305.0)	Consumo perjudicial de alcohol (F10.1)	
Abuso de antidepresivos, sin dependencia (305.8)	Abuso de sustancias que no producen dependencia (F55)	
Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales (306)	Disfunción vegetativa somatomorfa (F45.3)	
Síntomas o síndromes especiales, como el insomnio (307.4), la pérdida de apetito (307.5) o el dolor psicógeno (307.8)	Trastornos no orgánicos del sueño (F51) Trastorno (atípico) de la conducta alimentaria (F50) <sup>87</sup>  Trastorno de dolor persistente somatomorfo (F45.4)	
Factores psíquicos asociados con enfermedades	Factores psicológicos y del comportamiento en	

<sup>83</sup> Este código debe usarse cuando aparecen síntomas identificables como *psicosis paranoide de origen psicógeno* de mayor duración que las reacciones paranoides agudas (298.3) pero sin llegar a poder ser considerados como estados paranoides (297). Debemos poder relacionar el cuadro psicótico, en gran parte o por entero, con una experiencia traumática ocurrida recientemente en la vida de la persona. No debe aplicarse a los cuadros de psicosis en cuya etiología los factores ambientales no desempeñen un papel principal o no tengan un carácter transitorio (Estados paranoides).

<sup>84</sup> Las características claves para establecer el diagnóstico por orden de prioridad serán: 1. El comienzo agudo (el cambio ocurre en un periodo máximo de 2 semanas) 2. La presencia de síndromes típicos 3. LA PRESENCIA DE ESTRÉS AGUDO ASOCIADO (¡una proporción importante de trastornos psicóticos agudos aparecen sin clara relación con estrés!)

<sup>85</sup> Se trata de un estado paranoide provocado, aparentemente al menos, por alguna sobrecarga emocional, a veces erróneamente elaborada por la persona como si se tratara de un ataque o una amenaza a su integridad personal

<sup>86</sup> Es un cuadro de sintomatología comparable al episodio depresivo de las psicosis maniaco-depresiva, pero provocado, al menos en apariencia, por una tensión emocional con capacidad entristecedora (Ej., una decepción o frustración grave).

<sup>87</sup> La correspondencia excluiría los trastornos típicos de la conducta alimentaria (Anorexia y bulimia nerviosa)

clasificadas en otra parte (316)	trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54) Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación (F59) Elaboración psicológica de síntomas somáticos (F68.0)	
<b>D. Factores adversos que influyen sobre la salud, la calidad de vida y la frecuentación de los servicios asistenciales (Código V)</b> <sup>88</sup>	Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	
Efectos adversos del ambiente del trabajo (V62.1)	Problemas relacionados con el empleo y el desempleo (Z56)	
	Acentuación de los rasgos de personalidad (Z73.1)	
<b>E. Ausencia de trastorno psicopatológico detectable en el momento actual</b>		Con carácter general este “diagnóstico” se establecerá cuando no se considere adecuado el diagnóstico de V62.1 (“Efectos adversos del ambiente de trabajo”) por no haber evidencias de que son las condiciones laborales quienes están produciendo un efecto psíquico negativo detectable en la persona en forma de trastorno psicopatológico.

=====

<sup>88</sup> Se trata de determinadas *circunstancias psicosociales* que aparecen a lo largo de la vida de las personas y que pueden afectar a su salud, calidad de vida o a la búsqueda de atención por parte de los servicios sanitarios

## QUINTA PARTE: INTERVENCIONES CLÍNICAS DE LA MEDICINA PRIMARIA Y LA RED ESPECIALIZADA DE SALUD MENTAL FRENTE AL ESTRES LABORAL

### *El estudio retrospectivo y relacional*

Las muestras analizadas en los trabajos preparatorios han matizado las hipótesis previas surgidas en base a la experiencia clínica y los datos producidos desde la Comisión de Evaluación del SSM de Majadahonda. Hasta aquí podemos establecer los criterios siguientes:

- Existe un estilo de valoración clínica de estos problemas por parte del MAP muy relacionado con las quejas del paciente y una lectura puramente sintomática y a veces lineal de las mismas
- Tres son las áreas señaladas habitualmente por el MAP en su solicitud de interconsulta: cuadros ansiosos (y mixtos ansioso-depresivos), reacciones adaptativas y conflictos laborales como tal: trastornos psiquiátricos comunes y problemas psicosociales relacionados con el trabajo.
- En el caso de los especialistas del CSM coincide un diagnóstico centrado en los trastornos comunes, con dos diferencias con el MAP: la consideración de los problemas adaptativos en primer lugar, frente a los problemas ansiosos y el escaso porcentaje de diagnósticos de carácter laboral.

Estos criterios han de ser avalados, refutados o matizados y profundizados en la evaluación de los resultados obtenidos a través del trabajo de campo en los Distritos de Majadahonda y Vallecas-Villa.

Una vez finalizado el trabajo preparatorio nos planteamos comparar algunos aspectos de la actuación llevada a cabo dentro de la red sanitaria en relación con aquellas personas que solicitaban ayuda sanitaria a causa de sus problemas laborales.

Los aspectos a comparar serían:

- algunos aspectos de la valoración clínica de los médicos de atención primaria respecto de los facultativos especialistas (psiquiatras y psicólogos).
- algunos aspectos de la práctica llevada a cabo en el Centro de salud mental de Majadahonda y en el de Vallecas- Villa.

La razón para elegir estos dos Distritos sanitarios fue su diferente perfil socio-demográfico y laboral así como la existencia de diferencias importantes en términos de renta per cápita de sus poblaciones, si tenemos en cuenta que la comarca del Oeste integra municipios con el nivel de renta más alto de la Comunidad de Madrid. Dada la diferente actividad laboral en ambas poblaciones era de especial interés ver si tenía algún efecto sobre los cuadros clínicos atendidos en las consultas de la red sanitaria pública al servicios de ambas poblaciones.

La organización de la red de atención primaria está más homologada y, por tanto, es más homogénea que la red de salud mental, donde podemos encontrar diferencias importantes en el desarrollo de unos Distritos y otros. La organización interna de los CSM de Distrito no es equivalente al no existir un protocolo de actuación común para dicha red de atención a la salud mental. Sin embargo existen muchas coincidencias en cuanto a su estrategia de trabajo en el territorio, su orientación asistencial de tipo comunitario, sus objetivos y sus programas de actuación.

Es por eso que hemos considerado los aspectos diferenciadores de ambos distritos mientras que hemos aceptado como homogénea la atención de la red primaria en ambos territorios. Hemos utilizado datos del 2005, teniendo en cuenta que es el primer semestre de ese año el estudiado en

ambos distritos para los casos de estrés laboral así como la poca variación de los datos referidos a 2006 y 2007.

*Datos de los Distritos de Majadahonda y Vallecas-Villa (Año 2005).-*

La población de Majadahonda dobla en número la de Vallecas-Villa. Sin embargo no queda registrada esta diferencia en los recursos humanos de cada Centro, que son muy similares, ni en el número total de casos atendidos a lo largo del año, donde Vallecas Villa supera a Majadahonda. Es razonable pensar en un uso diferente de ambos Centros por la población: la mayor parte de los vecinos de Vallecas Villa utilizan en Centro público; en el caso de Majadahonda, lo comparten con el uso de seguros sanitarios privados. Sin olvidar que, al tratarse de Centros con atención programada, los números resultantes de la actividad asistencial dependen en gran medida del número de profesionales con que cuentan: la oferta asistencial está más representada en los datos anuales que las variaciones la demanda, cuya principal expresión la encontramos en los tiempos de espera.

Contemplando los casos atendidos, la población “en edad laboral” supone entre un 76 y un 80% del total, siendo la proporción de mujeres sobre hombres de 6:4.

Por último, los diagnósticos de trastorno adaptativo (CIE 9, 309.) suponen en Majadahonda un 8% del total frente a un 5% en el caso de Vallecas Villa

Tabla VIII. Población Distritos

Distrito sanitario	Número de habitantes
Majadahonda	282.364
Vallecas-Villa	132.600

Tabla IX. Recursos humanos Distritos

Distrito sanitario	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermería	Trabajo Social
Majadahonda	7	6	4	2
Vallecas-Villa	8	5	3	2

Tabla X. Casos asistidos

CASOS ATENDIDOS	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	<16	>64	Total	<16	>64	Total	<16	>64	Total
Majadahonda	209	121	1549 (37.3%)	168	229	2603 (62.7%)	377 (9.0%)	350 (8.4%)	4152

<b>Vallecas-Villa</b>	264	194	1963 (40.4%)	157	541	2897 (59.6%)	421 (8.7%)	735 (15.1%)	4860
-----------------------	-----	-----	-----------------	-----	-----	-----------------	---------------	----------------	------

Tabla XI. Casos nuevos adultos e infantil (Majadahonda, 2005-07)

<b>Año</b>	<b>Casos nuevos</b>	<b>Mayores de edad</b>	<b>Menores de edad</b>
2005	2353	1892 (80.4%)	461 (19.6%)
2006	2402	1950 (81.2%)	452 (18.8%)
2007	2409	1938 (80.4%)	471 (19.6%)

Tabla XII. Casos nuevos/ mes en 2005

<b>Distrito sanitario</b>	<b>Adultos</b>	<b>Menores de edad</b>	<b>Observaciones</b>
Majadahonda	158	38	
Vallecas-Villa	183	42	

Tabla XIII. Diagnósticos según CIE-9: Reacción de adaptación (309.)

<b>Distrito sanitario</b>	<b>Casos diagnosticados</b>
Majadahonda	334
Vallecas-Villa	233

#### Funcionamiento general y programas asistenciales

##### *Distrito de Majadahonda*

- El Centro de Salud Mental de Majadahonda atiende a las zonas básicas de salud correspondientes a Boadilla del Monte, Pozuelo, Las Rozas (incluye Monterrozas y Las Matas), Villanueva de la Cañada (incluye Brunete, Quijorna y Villanueva del Pardillo) y Majadahonda. Gestiona directamente el Centro de Día del Distrito
- Los pacientes nuevos (y los reinicios <sup>89</sup>) llegan al Centro mediante un Parte de Interconsulta (PIC) de los médicos de familia (MAP), por petición de otros especialistas o desde el Hospital de referencia (H. Puerta de Hierro Majadahonda), mediante informe provisional de alta (o informe de la urgencia). La derivación tendrá carácter normal o preferente (a partir de la indicación expresa del PIC y su valoración en la Comisión de Evaluación del Centro). Los casos remitidos desde el Hospital (urgencias u unidad de

<sup>89</sup> Se trata de pacientes que han sido dados de alta o que, desde la última cita, ha pasado más de un año

hospitalización) tienen siempre carácter preferente salvo en pacientes hiperdemandantes y frecuentadores de la urgencia del hospital sobre los que se haya establecido otro criterio asistencial<sup>90</sup>.

- Todos los viernes se reúne la Comisión de Evaluación del Centro<sup>91</sup> para valorar y distribuir las peticiones de la semana. (El equipo de infancia y adolescencia se reúne los miércoles para evaluar y distribuir sus casos).
- La comisión de Evaluación establece a partir de la información del Médico que deriva el caso,
  - El carácter normal o preferente de la atención
  - El psiquiatra o psicóloga clínica encargado
  - El tipo de atención prevista (breve interconsulta o evaluación, estudio y seguimiento terapéutico)
  - La realización, en casos determinados, de una entrevista de recepción por parte de enfermería o trabajo social
  - Cuando aclarar el sentido de la derivación con el paciente o con su médico
  - Su inclusión en un registro especial o en el censo de pacientes psicóticos del Programa de seguimiento de trastornos persistentes o CONCUIDADADO
- A partir de la evaluación se cita a los pacientes por teléfono. El centro carece de agenda electrónica
- El Centro no atiende urgencias (salvo los incidentes de los pacientes en proceso de tratamiento)
- El PIC lo trae el paciente – o un familiar - o llega desde el centro de Salud por Fax o correo interno, indicando un teléfono de contacto.
- El primer contacto con el paciente (directo si ha traído la petición o telefónico) lo realiza un auxiliar de enfermería o un administrativo, recogiendo los datos necesarios a efectos de la apertura de la Historia Clínica.
- El responsable del paciente es un facultativo en cooperación con el médico de familia que ha derivado el caso siempre que sea necesario. En el caso de los pacientes que están dentro del Programa CONCUIDADADOS, la tutoría del mismo corre a cargo del personal de enfermería y trabajo social
- El facultativo encargado del paciente elabora la historia clínica y se hace cargo del tratamiento del mismo, incluyendo las propuestas de atención complementaria (Grupos, análisis clínicos, TO, etc).
- Las derivaciones de pacientes a otras unidades asistenciales en el ámbito del area 6 o fuera de ella (recursos de apoyo sociocomunitario) siguen los criterios establecidos con carácter general para cada una de ellas.
- La hospitalización de enfermos en la Clínica P<sup>a</sup> de Hierro Majadahonda se lleva a cabo en forma programada cuando es posible.
- Mientras un paciente está siendo atendido en las diferentes unidades o centros de apoyo clínico y rehabilitador con que cuenta el Centro (CRPS, Minirresidencia, Centro de rehabilitación laboral, etc) sigue dependiendo del profesional encargado de su caso.
- Al alta del paciente se remite informe al Médico de Familia, para su conocimiento y seguimiento general. Todas las peticiones de interconsulta remitidas por el M<sup>o</sup> de Familia son devueltas debidamente informadas, incluso aquellas en que el paciente remitido no ha venido a consulta ni aceptado, por tanto, tratamiento en el Centro.

## PROGRAMAS IMPLANTADOS

### ❖ Clínico asistenciales

- Atención especializada a niños y adolescentes (menores de 18 años)

<sup>90</sup> Son siempre preferentes, además, los casos para informar en relación a IVE's y los pacientes con problemas relacionados con el alcohol

<sup>91</sup> Constituida por el JS, un psiquiatra, un psicólogo clínico, la TS y las dos ATS (adulto e infantil).

- Atención especializada a adultos (a partir de 18 años) y mayores (a partir de 70 años)
  - Atención a problemas de abuso de alcohol
  - Atención a trastornos de la alimentación (adultos e infantil)
  - Atención y seguimiento de enfermos mentales crónicos (Programa “Concuidado”), que incluye en la actualidad apoyo domiciliario (EASC)
  - Técnicas de tratamiento en grupo
- ❖ De enlace
- Con atención primaria, servicios sociales municipales, otros recursos sociocomunitarios y atención especializada (hospital)
- ❖ De gestión clínica y evaluación
- Recepción, registro y distribución de casos
  - Evaluación, gestión clínica y actividad asistencial (Incluye la gestión de la lista y los tiempos de espera)

### *Distrito de Vallecas-Villa*

#### Organización Asistencial del Distrito.

En el año 2005, la actividad asistencial estaba dividida en tres áreas o programas generales:

- Atención de Adultos
- Atención de Infancia y Adolescencia, y
- Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados (Programa CONCUIDADOS).

En atención de Adultos trabajan 6 psiquiatras, 4 psicólogos, dos enfermeros y medio y un trabajador social y medio. Las derivaciones desde Atención Primaria pasan directamente a los profesionales en el caso de las demandas ordinarias y a entrevista de recepción con Enfermería y Trabajo Social en el caso de los preferentes<sup>92</sup>. La asignación a psiquiatra o psicólogo se hace en la primera entrevista de recepción y en el caso de demandas ordinarias se hace en función del PIC. Si un paciente en tratamiento psiquiátrico precisa una intervención psicológica se hace una derivación interna a un hueco para paciente nuevo con el psicólogo y lo mismo en el caso de pacientes en tratamiento psicológico que precisen intervención psiquiátrica.

En el 2005 la demora para primera consulta ordinaria estaba en torno a los tres meses.

#### *Selección de la muestra.-*

Los datos recogidos corresponden a los primeros semestres de los años 2005, 2006 y 2007 en el caso del Distrito de Majadahonda, y a los datos del primer semestre del 2005 en el distrito de Vallecas-Villa.

La muestra se ha establecido de la forma siguiente:

Inicialmente se recogieron los casos derivados por razón de “estrés laboral” (o similar) que habían sido atendidos en el CSM de Majadahonda durante el primer semestre de 2005, 2006 y 2007. Con posterioridad y a efectos de comparar estos resultados con otro CSM se recogieron los casos de estrés laboral vistos en el Distrito de Vallecas-Villa en el primer semestre del 2005.

Al elegir la muestra tuvimos en cuenta que:

- el registro de la Comisión de evaluación recoge los casos nuevos y los reinicios

---

<sup>92</sup> En ambos Distritos existe un sistema de reevaluación de las derivaciones con carácter preferente

- en el semestre se sumaban a los casos vistos por primera vez aquellos que seguían en tratamiento durante el mismo. En el caso del primer semestre analizado (2005) se añadían historias previas al 2005 que seguían en seguimiento (38). En el caso del 2006 y 2007 había que incluir aquellas historias clínicas abiertas en el 2º semestre del año anterior que continuaban en tratamiento con la única salvedad de no repetir caso, lo que añadían 3 y 8 casos a los atendidos inicialmente en el semestre.

Estas consideraciones se tuvieron en cuenta a la hora de diseñar la recogida de los datos de forma homogénea en ambos Distritos

En el caso de Majadahonda estaban recogidos los casos directamente a través del Registro específico de la Comisión de Evaluación

Muy al contrario, en el caso de Vallecas-Villa, para seleccionar las historias del primer semestre del 2005 fue necesario revisar todas las historias impares abiertas en dicho semestre: de la número 30.963 a la 32.753. El total de historias revisadas fue de 985. De ellas, 62 PIC cumplían el criterio para caso de estrés laboral lo que significaba un **6.9%** del total.

En Majadahonda se consideraron sólo los casos atendidos por primera vez en el semestre objeto de estudio.<sup>93</sup>

*Una vez depurada la muestra, los casos analizados han sido 336 en total: 274 de Majadahonda y 62 de Vallecas-Villa. Una muestra estadísticamente representativa.*

### *Variaciones diagnósticas observadas entre la atención primaria y la atención especializada (Centros de salud mental).*

Recogemos a continuación tres **tablas** donde, utilizando la Guía para el diagnóstico del estrés laboral, vemos la variabilidad existente en el juicio diagnóstico de los médicos de atención primaria y los especialistas de salud mental, en primer lugar, las diferencias existentes entre los PIC de los médicos de atención primaria de cada uno de los dos distritos y, por último, las diferencias diagnósticas que aparecen entre los profesionales de ambos CSM.

=====

**TABLA XIV: Diagnósticos en atención primaria y especializada.**

CIE 9 MC	JUICIO CLINICO PRINCIPAL PIC <sup>94</sup>	DTO PRINCIPAL SSM <sup>95</sup>	OBSERVACIONES
<i>A. Reacciones de adaptacion (309)</i> <b>REACCION ADAPTATIVA</b>	<b>110 (33.4%)</b>	<b>193 (81.4%)</b>	
<i>B. Trastornos de ansiedad (300)</i>			
300.0. Estados de ansiedad	151 (45.9%)	20 (8.4%)	

<sup>93</sup> Toda esta tarea de limpieza de la muestra se la debemos a los mismos profesionales que, posteriormente, recogieron todos los datos de las historias seleccionadas: Henry – MIR de Medicina del Trabajo -, Enrique – licenciado en psicología - y Rocío – psicóloga clínica -

<sup>94</sup> A partir del texto de las hojas de derivación del médico de familia, “traducido” a la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento de la CIE

<sup>95</sup> Solo cuando aparece señalado por el especialista en la Historia Clínica

<b>ANSIEDAD</b>			
300.4. Trastornos distimicos	34 (10.3%)	18 (7.6%)	
<b>DEPRESION</b>			
<i>C. Otros trastornos desencadenados</i>	<b>1 (0.3%)</b>	<b>1 (0.4%)</b>	
<i>D. Código V</i>			
V62. Otras circunstancias laborales adversas	<b>33 (10.0%)</b>	<b>5 (2.1%)</b>	
<i>E. Ausencia de trastorno psicopatológico detectable</i>			
<b>TOTALES</b>	<b>329 (100.0%)</b>	<b>237 (100.0%)</b>	
<i>F. Casos perdidos en la evaluación</i> <sup>96</sup>	<b>7</b>	<b>99</b>	

La información de los MAP que se recoge en el PIC de derivación a los CSM no responde a una perspectiva clínico-nosográfica, a pesar de haber sido ordenada por los evaluadores de los PIC de acuerdo a la Guía clínico-nosográfica de apoyo: se trata, más bien, de información sintomatológica directamente vinculada a las quejas del paciente y solo en algunos casos tiene alcance sindrómico. Expresa una anamnesis elemental, tomada directamente de los síntomas más obvios que trae el paciente a la consulta. <sup>97</sup>

Sin embargo, el interés de dicha ordenación viene dado por la concentración observada de todos los casos en torno a tres síndromes diferentes: **el síndrome ansioso** (46%), **el síndrome adaptativo** (33%) y **el síndrome depresivo** (10%). Entidades que recogen, en lo esencial, los componentes sintomatológicos de los trastornos más comunes y de mayor frecuentación asistencial.

Comparado con el diagnóstico principal de los casos en los CSM (detectado en la historia clínica en un 70% de los casos atendidos) más del 80% se diagnostican como **reacciones adaptativas**, ocupando los **trastornos de ansiedad y depresivos** sumados tan sólo un 16%.

La diferente perspectiva parece clara: el médico de familia recoge de su paciente la *ansiedad* (como síntoma y/o síndrome) donde el especialista contemplará en muchos casos un *trastorno adaptativo* (cuadro clínico directamente relacionado con el acontecimiento conflictivo). Sin embargo las diferencias son difíciles de apreciar si establecemos una base común exclusivamente sintomatológica, teniendo en cuenta que los trastornos adaptativos si cursan con sintomatología depresiva, ansiosa o mixta.

La comparación se hace difícil, pues en muchos casos el MAP y el especialista podrían estar refiriéndose a lo mismo pero con un uso diferente de los términos clasificatorios: uno dice que el paciente tiene ansiedad (en relación a sus problemas laborales) y el otro lo sintetiza como un trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad. Siendo básicamente lo mismo, su codificación

<sup>96</sup> No se contabilizan estadísticamente

<sup>97</sup> No se tome como crítica el señalar la primariedad de la anamnesis realizada por el MAP: el proceso de conocimiento de la salud de su paciente se realiza en el MAP por acumulación a lo largo del tiempo, no en base a un estudio puntual del caso con intención de llegar a un diagnóstico definitivo, tarea referida a la atención especializada.

en la CIE9 será diferente: “300.0” (Estados de ansiedad) frente a “309.2” (Reacción de adaptación con síntomas de ansiedad).

En resumen, las diferencias observadas entre los dos niveles asistenciales tienen consecuencias principalmente a efectos de la codificación común, existiendo, sin embargo, un acuerdo clínico en lo fundamental al situar la mayor parte de estos problemas clínicos en el ámbito de los trastornos psicopatológicos comunes, es decir, aquellos que cursan con un grado moderado o leve de severidad y son atendidos en la red extrahospitalaria del sistema sanitario.<sup>98</sup>

=====

**TABLA XV: Diagnósticos a partir de los PIC de los MAP de Majadahonda y Vallecas-Villa.**

CIE 9 MC	Majadahonda	Vallecas Villa	OBSERVACIONES
<i>A. Reacciones de adaptación (309)</i>	<b>102 (37.2)</b>	<b>8 (12.9)</b>	
<i>B. Trastornos de ansiedad (300)</i>			
300.0. Estados de ansiedad	112 (40.9)	39 (62.9)	
300.4. Trastorno distímico	27 (9.9)	7 (11.3)	
<i>C. Otros trastornos desencadenados</i>		<b>1 (1.6)</b>	
<i>D. Código V</i>			
V62. Otras circunstancias laborales adversas	<b>27 (9.9)</b>	<b>6 (9.7)</b>	
<i>E. Ausencia de trastorno psicopatológico detectable</i>			
<b>TOTALES</b>	<b>274(100.0%)</b>	<b>62 (100.0%)</b>	
<i>F. Casos perdidos en la evaluación</i> <sup>99</sup>	<b>6 (2.2)</b>	<b>1 (1.6)</b>	

=====

El DTO más frecuente se corresponde con los cuadros de ansiedad (300.0) lo que hace pensar en que **el síntoma ansiedad**, a pesar de su inespecificidad, es el factor clave para remitir el caso al especialista. O, más bien, que sea **la importancia e intensidad subjetiva del propio estrés laboral** lo que motiva la derivación. O ambas cosas a la vez. Al mismo tiempo es mucho más marcado este diagnóstico en los MAP de Vallecas-Villa que en los de Majadahonda, lo que

<sup>98</sup> Un caso especial pueden ser los cuadros desencadenados a partir de situaciones de “acoso” en el trabajo, lo que ha sido posteriormente objeto de estudio con metodología cualitativa

<sup>99</sup> No se contabilizan estadísticamente

podría corresponderse con la mayor tendencia de los especialistas del Distrito de Majadahonda que los de Vallecas Villa a detectar las dificultades laborales como una forma de trastorno adaptativo y constatarlo así en la hoja-informe de devolución. El caso es que sumando los cuadros de ansiedad y las reacciones adaptativas (diagnóstico más frecuente en Majadahonda que en Vallecas-Villa, como hemos dicho) nos da un porcentaje bastante similar: 78.1/ 75.8. La interpretación de estos datos no es tampoco fácil. El trastorno distímico ocupa el tercer lugar al mismo nivel que el código V (circunstancias laborales adversas), pero teniendo en cuenta que los síntomas que acompañan más frecuentemente al trastorno adaptativo son de corte depresivo y de duración variable, no es posible garantizar que los MAP establezcan una diferenciación clara entre “distimia” y “trastorno adaptativo con síntomas depresivos”. Nuevamente existe una cierta disociación entre la descripción de la clínica del paciente y su codificación, acercándose el MAP y el especialista en lo primero pero no en lo segundo. En todo caso queda claro que la ansiedad que presenta el paciente es el rasgo principal detectado y valorado por su médico de familia a la hora de decidir derivarlo al especialista.<sup>100</sup>

=====

**TABLA XVI: Diagnósticos de los especialistas de los CSM de Majadahonda y Vallecas-Villa**

CIE 9 MC	Majadahonda	Vallecas Villa	OBSERVACIONES
<i>A. Reacciones de adaptación (309)</i>	<b>161 (58.8)</b>	<b>32 (51.6)</b>	
<i>B. Trastornos de ansiedad (300)</i>			
300.0. Estados de ansiedad	11 (4.0)	9 (14.5)	
300.4. Trastorno distímico	5 (1.8)	13 (21.0)	
<i>C. Otros trastornos desencadenados</i>		<b>1 (1.6)</b>	
<i>D. Código V</i>			
V62. Otras circunstancias laborales adversas	<b>4 (1.5)</b>	<b>1 (1.6)</b>	
<i>E. Ausencia de trastorno psicopatológico detectable</i>			
<b>TOTALES</b>	<b>274 (100.0%)</b>	<b>62(100.0%)</b>	
<i>F. Casos perdidos en la evaluación</i> <sup>101</sup>	<b>93 (33.9)</b>	<b>6 (9.7)</b>	

=====

<sup>100</sup> Otro elemento que puede llevar al MAP a la derivación del caso es la existencia de una baja laboral de larga duración, aspecto que no ha sido desarrollado en este estudio

<sup>101</sup> No se contabilizan estadísticamente

Al comparar los juicios clínicos de los dos CSM lo primero que se observa es el mayor valor clínico-nosográfico, y por tanto, fiabilidad, de la codificación diagnóstica junto a una mayor consideración no solo sintomatológica, sino también patogénica. Ambos CSM coinciden en priorizar el carácter adaptativo del estrés laboral en su codificación diagnóstica, de forma más marcada en el CSM de Majadahonda (58.8/51.6), muy especialmente si ponderamos el porcentaje depurando los “casos perdidos o nulos” (el 89.0% de los casos frente al 57.1% en Vallecas Villa). Lo que nos indica que los casos remitidos con la indicación de que la sintomatología del paciente se debe al estrés laboral se diagnostican como reacciones adaptativas (309) en el CSM de Majadahonda. Algo que no ocurre en igual magnitud en Vallecas-Villa, donde se reparte en mayor proporción con otros dos diagnósticos: el trastorno distímico (23.2%) y el trastorno ansioso (16.1%). También resulta especialmente significativo el bajo índice de diagnósticos directamente “laborales” a través del Código V.

En resumen, la ordenación práctica de los cuadros de estrés laboral se lleva a cabo principalmente atendiendo a cuatro apartados, ninguno de especial gravedad clínica: las **reacciones desadaptativas frente al estrés**, los **cuadros clínicos de ansiedad y/o depresión** y la existencia de **factores propios del ambiente de trabajo** que han promovido el contacto del paciente-trabajador con los servicios sanitarios.<sup>102</sup>

Ordenación que sería muy útil poder comparar con los tratamientos llevados a cabo en cada caso y sus resultados en términos de mejoría clínica y recuperación laboral.

### *Análisis general de la muestra de casos de estrés laboral*

#### A. Análisis descriptivo de las variables.-

La muestra revisada ha sido de 336 historias clínicas, 274 de Majadahonda (M) y 62 de Vallecas-Villa (VV)<sup>103</sup>

- *Considerando en conjunto los pacientes de Majadahonda y Vallecas-Villa*<sup>104</sup>

1. Dos terceras parte de la muestra han sido mujeres.
2. La edad media de la muestra está en torno a los 40 años con un intervalo de confianza (IC 95%, entre 39 y 41)<sup>105</sup>, situándose la mediana en los 39 años y apareciendo un arco total de edades entre 21 y 67 años.

<sup>102</sup> No es este el lugar para criticar las insuficiencias de la clasificación psiquiátrica de la OMS en tantos aspectos, más aun si tenemos en cuenta los problemas que lleva consigo cualquier tipo de codificación.

<sup>103</sup> Corresponden a 3 semestres de Majadahonda (2005,06 y 07) y uno de Vallecas-Villa (2005). La comparativa entre Majadahonda y V-V sería entre 83 y 62 casos que corresponde con las HC abiertas de casos de estrés laboral en ambos centros en el primer semestre del 2005.

<sup>104</sup> Para facilitar el entendimiento del texto hemos simplificado los datos resultantes del análisis estadístico, pudiendo verse completos en un anexo al final del texto

<sup>105</sup> El intervalo de confianza es una operación estadística que llevamos a cabo para saber entre qué orquilla la media de la muestra es válida a efectos de representar al conjunto de la población. Cuanto el intervalo de confianza se da en una orquilla más reducida nos indica que es más fiable. Al contrario, si la orquilla es muy amplia la proporción de confianza es muy pequeña. Hemos utilizado un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) que es muy alto.

3. Como era de esperar al tratarse de personas con conflicto en relación a su trabajo, casi la totalidad estaban en activo (entre el 96 y el 97%)<sup>106</sup>. El resto, parados.
4. Para el tiempo medio del paciente en la empresa con la que está en conflicto hemos utilizado la mediana: 2 años, dada la gran variación de los tiempos (hasta 37 años!)
5. En más de la mitad de los casos (IC 95%: 51.5-52.2) se ha señalado en la Historia que se encuentran en situación de Incapacidad temporal (I.T.)<sup>107</sup>
6. En cuanto al profesional encargado del caso, la proporción entre el psicólogo clínico y el psiquiatra ha sido de 6:4.
7. El índice de pacientes que solicitaron informe en las primeras entrevistas no llegó a 1 de cada 5 (18.8%), cifra que podría correlacionarse con el índice de personas que acuden a la consulta buscando apoyo no solo para su estado psíquico sino también y especialmente, en su enfrentamiento con la empresa.<sup>108</sup>
8. La correlación existente en cuanto a la valoración clínica de los casos se estudia en apartado aparte
9. Las distintas formas de atención han sido recogidas de forma que no es fácil una interpretación específica, presentando las mismas dificultades que las existentes para el diagnóstico clínico. El cuestionario daba tres opciones genéricas: atención psicoterapéutica, atención farmacológica y atención mixta.<sup>109</sup> Al tratarse de un estudio retrospectivo de carácter documental sólo podíamos intentar establecer una separación básica, y en todo caso, conocer el uso de la psicoterapia en estos trastornos.<sup>110</sup> De las tres opciones la más repetida es el tratamiento farmacológico (45.4%) seguido del tratamiento mixto (35%) y quedando en tercer lugar con casi un 20% la intervención psicoterapéutica. Es decir, según estos datos, 1 de cada 5 casos ha dispuesto de intervención psicoterapéutica como principal tratamiento para su situación, índice razonable considerando dos aspectos contrapuestos: la alta presión asistencial de los Centros – que fuerza intervenciones rápidas y generalistas - y la consideración generalizada de la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas en este tipo de problemas.<sup>111</sup>  
Estos datos deben considerarse, en cualquier caso, con cuidado. De un lado, una gran parte de los pacientes que llegan al CSM cuenta ya con tratamiento farmacológico previo prescrito por su MAP. Si consideráramos el índice “intervención psicoterapéutica” de una forma rigurosa difícilmente podríamos asegurar en todos los casos que se trata de un tratamiento psicoterapéutico específico sino de formas variables de actuación psicoterapéutica, que incluye sin duda algunas poco específicas.<sup>112</sup>

---

<sup>106</sup> IC 95%: 96.6 – 96.8%

<sup>107</sup> Es más que probable que la cifra real se encuentre por encima al no haberse registrado todos los casos en el PIC ni en la historia

<sup>108</sup> El índice de los códigos V resultante en los MAP se encuentra en torno al 10%. Sin embargo, en los muestreos realizados en Majadahonda con casos de 2004 aparecía un índice de derivaciones directos por el conflicto laboral del paciente de un 19.5%

<sup>109</sup> No podemos echarle culpa alguna al cuestionario. Si hubiera sido más específico respecto a las formas de tratamiento seguidas hubiera hecho imposible la tarea de los investigadores sobre las historias clínicas.

<sup>110</sup> Hemos solicitado que una psicóloga del CSM de Majadahonda revisara sus casos de estrés laboral y nos indicara “las formas de intervención seguidas”.

<sup>111</sup> Silneos, 1989; Katzman y Tomori, 2005; Wise, 1988

<sup>112</sup> En la parte cualitativa del estudio hemos incluido la descripción de su trabajo psicoterapéutico con estos pacientes de una psicóloga clínica del Servicio con experiencia dilatada en su atención.

Si unimos los tratamientos farmacológicos con los mixtos nos acercamos a la realidad asistencial de nuestros CSM: 4 de cada 5 reciben principalmente un medicamento para su dolencia y 1 de cada 5 son objeto de un tratamiento psicoterapéutico como intervención prioritaria y estrategia principal de tratamiento. Con estos datos, el problema que queda es saber si *esa correlación 4/1* es generalizable al resto de tratamientos de los trastornos psíquicos comunes en los CSM, aclarando si esta cifra responde más bien a las políticas asistenciales concretas de los Centros en materia terapéutica o a diferencias reales en las formas de intervención sobre los distintos trastornos psiquiátricos y psicológicos comunes.

10. La dinámica de atención concreta de estos pacientes tampoco es fácil de establecer y sus resultados no son especialmente halagüeños en términos de calidad asistencial y de cubrir las necesidades y formas de tratamiento recomendadas en la literatura científica para este tipo de problemas.

Tres variables debemos considerar: el *tiempo de demora* desde la solicitud de atención por parte del MAP hasta que es atendido por un especialista, el *número medio total de consultas* a que ha dado lugar el tratamiento del caso y el *tiempo transcurrido hasta el alta* (desde la primera consulta).<sup>113</sup>

- El tiempo de demora para ser atendido en el CSM fue de mes y medio desde la petición del MAP, lo que se corresponde con la mediana que es, en este caso, la medida que nos aporta información más fiable.
- En cuanto al cálculo del número medio de consultas realizadas con cada paciente, nuevamente utilizamos la mediana que es de 5.
- En cuanto al tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta el último contacto, la mediana se corresponde con los 3 meses.

En todos los casos las variaciones encontradas entre unos y otros pacientes ha sido enorme.<sup>114</sup>

La valoración de estas variables también pueden ser motivo de discusión. El indicador de tiempos de espera es el más claro: el inicio precoz del tratamiento supone una ventaja. El número de contactos habidos y tiempo total del proceso terapéutico son de interpretación más compleja: una mayor efectividad terapéutica reduce las consultas necesarias y abrevia el tiempo de tratamiento. Algunos autores aconsejan, de hecho, intervenciones breves en este tipo de trastornos<sup>115</sup>. Pero igualmente el desbordamiento asistencial en la que se encuentran estos Centros sugiere una tendencia a la reducción del número de consultas y del tiempo total de tratamiento en los trastornos comunes, en general, de menor gravedad.

11. La atención en los CSM es mediante cita previa. El índice de pacientes vistos “de urgencia”, por tanto y como era de esperar, es muy pequeño, poco más del 4%. No teniendo oficialmente urgencias los CSM esta cifra podría expresar aquellos casos en que el profesional les recibe sin tener cita por petición expresa del paciente. Considerado como cita adelantada así lo anota en la historia clínica.

#### PERFIL DEL PACIENTE-TIPO QUE SUFRE LAS CONSECUENCIAS CLÍNICAS DEL ESTRES LABORAL.-

---

<sup>113</sup> El alta puede ser resultado de eventos distintos, desde la recuperación del paciente hasta su abandono voluntario del tratamiento.

<sup>114</sup> En el estudio cualitativo, de aparición posterior, de dos casos del CSM de Majadahonda se establece uno de los motivos que marcan la distancia existente entre citas: el tiempo disponible del terapeuta y los progresos clínicos que va dando el paciente

<sup>115</sup> Sifneos, 1989; True y Benway, 1992

Según los datos anteriores podríamos establecer el perfil del paciente-tipo con estrés laboral atendido en los CSM-

MUJER <sup>116</sup>

EDAD ENTRE 39-41 AÑOS <sup>117</sup>

EN ACTIVO, PERO DE BAJA LABORAL

LLEVA TRABAJANDO YA 2 AÑOS <sup>118</sup> EN LA EMPRESA

LA HA REMITIDO SU MAP POR PADECER DE ANSIEDAD <sup>119</sup> Y ES ATENDIDA EN EL CSM UN MES Y MEDIO DESPUÉS <sup>120</sup> POR UN PSICÓLOGO CLÍNICO QUE LA DIAGNOSTICA DE REACCIÓN ADAPTATIVA <sup>121</sup>

HABITUALMENTE SE LE PRESCRIBEN MEDICAMENTOS <sup>122</sup> - SI NO LOS ESTÁ TOMANDO - PARA ALIVIAR SU ANSIEDAD

ES TRATADA DURANTE TRES MESES <sup>123</sup>, REALIZANDO EL ESPECIALISTA 5

CONSULTAS <sup>124</sup> CON CARÁCTER DE ASISTENCIA PROGRAMADA

NO SOLICITA INFORME CLÍNICO SOBRE SU ENFERMEDAD AL ESPECIALISTA QUE LE ATIENDE EN LAS PRIMERAS ENTREVISTAS

- *Separando las muestras de Majadahonda y Vallecas-Villa.-*

#### 1. Sexo

Se confirma una mayor proporción de mujeres que de hombres siendo superior el porcentaje de mujeres en Majadahonda que en Vallecas Villa (67/61%), aun cuando esta cifra debería ponderarse con la media de hombres/mujeres existente en ambas poblaciones

#### 2. Edad

La media de edad es algo mayor en Majadahonda (39-40) que en Vallecas-Villa (35-36), debiendo ponderarse también en este caso con la pirámide de edad en ambas poblaciones

#### 3. Situación laboral (Parado/Activo)

En Vallecas Villa el índice de parados de la muestra es más alto, un 8%, sin considerar las cifras de parados y población activa en ambas poblaciones. La tendencia es inversa, sin embargo, al contabilizar las personas en situación de baja laboral: en Majadahonda están de baja por encima de 50%, - 53% -, mientras que en Vallecas Villas no llegan al 50%, - 48% -

#### 4. Diagnósticos MAP/ CSM

---

<sup>116</sup> Dos de cada tres casos son mujeres

<sup>117</sup> IC 95%: 39-41. Se ha utilizado el intervalo de confianza (IC): la media real referida no a la muestra utilizada sino a toda la población está contenida en ese intervalo con una probabilidad del 95%

<sup>118</sup> Hemos tomado la mediana

<sup>119</sup> Casi la mitad de los casos, un 45%

<sup>120</sup> Al existir valores extremos en la distribución de esta variable hemos utilizado la mediana por ser la medida de centralización de la muestra más fiable en estas situaciones: entre la solicitud y un mes y medio están incluidos el 50 % de los usuarios

<sup>121</sup> El 80% de los casos diagnosticados

<sup>122</sup> En un 80% de los casos

<sup>123</sup> Tiempo mediano de seguimiento de los casos

<sup>124</sup> Se ha utilizado la mediana

En el área especializada los trastornos emocionales relacionados con una situación estresante en el trabajo suelen diagnosticarse más como *trastornos adaptativos*, quedando en un lejano segundo lugar los *cuadros distímicos o reacciones de tipo depresivo*. Sin embargo, hay diferencias entre Majadahonda y Vallecas-Villa también en este aspecto. En el primer caso *las reacciones adaptativas* suponen casi el 90% frente al 57% de Vallecas-Villa, donde los *cuadros distímicos* – caracterizados por la presencia de un estado depresivo del humor - alcanzan un 23%, casi 1 de cada 4. Lo que hace pensar que los diagnósticos realizados en los CSM siguen también criterios básicos, marcados sobre todo por sus consecuencias en la elección de psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, etc), algo poco novedoso en la época que vivimos ocupada por la farmacopsiquiatría y una gran insensibilidad a la hora de discriminar tanto semiológica como psicopatológicamente qué les ocurre a los pacientes. Los síndromes adaptativos, al discurrir con síntomas depresivos, son asimilados a los cuadros depresivos de corte reactivo o neurótico y objeto de un tratamiento (farmacológico) común.

Lo que no quita que los criterios diferenciadores de ambos cuadros clínicos estén bien establecidos, al menos a nivel conceptual y a efectos de su codificación, al primar las condiciones e intensidad del estrés en el primer caso y componentes de vulnerabilidad personal e inestabilidad psíquica previa en el segundo.

Lo que no va a cambiar es el tratamiento habitual de la mayor parte de los casos: un ISRS.

#### 5. Tipo de terapeuta que se hace cargo del caso ( $\psi$ / psiquiatra)

La diferencia es muy significativa: mientras que en Majadahonda son los psicólogos clínicos (67.4%) quienes atienden principalmente este tipo de problemas en Vallecas/Villa son, principalmente, los psiquiatras (71.7%) quienes se hacen cargo. En el caso de Majadahonda, el criterio de derivación de estos casos viene marcado desde la Comisión de Evaluación que suele orientar la mayor parte de problemas de corte adaptativo necesitados de un enfoque psicoterapéutico a los psicólogos clínicos, salvo si se presenta en el PIC alguna otra información que aconseje, por criterios de eficiencia, su atención por un psiquiatra o su derivación a un programa específico del Centro.<sup>125</sup> Podría también tenerse en cuenta que el Distrito de Vallecas-Villa contaba en 2005 en números absolutos con más psiquiatras y menos psicólogos que el Distrito de Majadahonda.

#### 6. Solicitud de informe al especialista (SI/NO)

Son porcentajes muy cercanos en ambos casos, en torno a una solicitud de informe por cada 5 pacientes. El informe, especialmente si se solicita en las primeras entrevistas, suele relacionarse con la existencia de un contencioso legal con la empresa donde el paciente-trabajador se queja de estar siendo objeto de “acoso laboral o mobbing” y busca que la confirmación escrita por parte del profesional sanitario le ayude en su contencioso con la empresa.

#### 7. Tratamiento recibido (Psicoterapia/ Farmacoterapia/ Mixta)

Con el cuidado que debemos seguir al valorar estos datos, la tendencia parece clara, con un mayor empleo de la psicoterapia en Majadahonda (24.2%) y de la farmacoterapia en Vallecas Villa (70.5%). Si añadimos a ambos “los tratamientos mixtos” (37.4/ 26.2%) el efecto sería mucho más marcado: 61.6% frente al 96.7%.

Seguramente el tipo de especialista que se hace cargo del caso (más los psicólogos en Majadahonda) no lo explique todo. Pero si comparamos ambos cuadros, en Vallecas-Villa coincide el índice de psiquiatras con el de tratamientos farmacológicos (69.4) y, sin

---

<sup>125</sup> Desde una perspectiva formal, la psicoterapia puede ser realizada tanto por el psicólogo clínico como por el psiquiatra. En la práctica se tiende a ordenar la derivación de los casos de forma que los psicólogos se hagan cargo, principalmente, de los trastornos psíquicos comunes que pueden mejorar mediante intervenciones de carácter psicoterapéutico.

embargo, los casos cogidos por un psicólogo clínico han dado lugar a atención psicoterapéutica exclusiva en una proporción pequeñísima, el 3.2%, aproximándose mucho, sin embargo, las cifras de psicólogos (27.4) y las de atención mixta farmacológico-psicoterapéutica (25.8).

En resumen, los casos con doble prestación de psicoterapia y farmacoterapia son atendidos en un porcentaje mínimo por un psiquiatra; habitualmente su atención la lleva a cabo un psicólogo con apoyo farmacológico de un psiquiatra del Centro o del propio MAP.

Los datos relativos a Majadahonda sugieren, por último, una gran relación entre los casos atendidos por un psiquiatra (32.6%) y el porcentaje de tratamiento con psicofármacos (38.4%), en cifra superior porque una parte de los casos atendidos por psicólogos son tratados farmacológicamente por el MAP o por un psiquiatra del Servicio. También una gran relación entre los casos atendidos por un psicólogo (67.4%) y la suma de los tratamientos psicoterapéuticos y mixtos (61.6)

#### 8. Atención de urgencia

Se atiende más del doble de casos con carácter de urgencia en el CSM de Vallecas Villa (8.1/ 3.3%).

#### 9. Tiempo de seguimiento y tiempo de demora hasta la 1ª consulta

Se observan diferencias en el comportamiento de ambos CSM: en el de Majadahonda son más cortos tanto los tiempos de espera como el tiempo total de contacto con el paciente. En Vallecas Villa va a pasar más tiempo en ser atendido y en concluir la fase de tratamiento.

=====

**TABLA XVII: Datos-resumen de Majadahonda y Vallecas-Villa**

Variable	Distrito Majadahonda	Distrito Vallecas-Villa	Observaciones
Tiempo de espera (días)	45	50	
Profesional	1º Psicólogo Clínico 67% 2º Psiquiatra, 33%	1º Psiquiatra 72% 2º Psicólogo, 28%	
Dto preferente	1º R. Adaptativa 89% 2º Estado de ansiedad 6%	1º R. Adaptativa 57% 2º Trastorno distímico 23%	
Tipo de TTO	1º Farmacológico 38% 2º Mixto 37%	1º Farmacológico 70% 2º Mixto 26%	
Indice de psicoterapias	24%	4%	
Duración total del seguimiento del caso	75 días	162 días	
Nº total de consultas	5-7	5-	Esta variable no ha sido desagregada

=====

#### B. Significación estadística de las diferencias observadas en los dos Distritos sanitarios

Hemos aplicado la medida del *chi-cuadrado de Pearson* y del estadístico exacto de Fisher para conocer si las diferencias observadas entre las dos muestras analizadas tienen significación estadística, considerando las diferencias generales existentes entre ambos territorios.

*Las siguientes diferencias observadas son estadísticamente significativas:*

- *La edad (p 0.002)*
- *La situación laboral (p 0.020)*
- *Los juicios clínicos de los MAP (0.001)*
- *Los juicios diagnósticos de los especialistas de Majadahonda y Vallecas Villa (p 0.0001)*
- *Las diferencias en cuanto al tipo de terapeuta y al tratamiento recibido (p 0.0001)*
- *En cuanto al tiempo de trabajo en la empresa (p. 0.0001)*
- *En cuanto al tiempo total de tratamiento (utilizando pruebas no paramétricas): p. 0.012*

*Las diferencias observadas en otras variables no se han podido consignar como significativas desde una perspectiva estadística:*

- *El sexo (p. 0.358)*
- *Las personas en IT (p. 0.553)*
- *La atención de urgencia (p. 0.089)*

*En el límite – utilizando pruebas no paramétricas - se ha encontrado el tiempo de demora a la primera consulta (p. 0.052)*

Se ha analizado de forma más detallada el grado de significación estadística de las diferencias encontradas en los juicios clínicos de los MAP y en los diagnósticos de los especialistas de los CSM en relación a los tres principales bloques diagnósticos: reacciones adaptativas, estados de ansiedad y trastornos distímicos, con resultados aun más fiables en los especialistas de los CSM que en el caso de los MAP (donde surgen dudas en relación con los trastornos distímicos). Hemos aplicado igualmente el índice de acuerdo de Kappa para medir la concordancia existente en las variaciones diagnósticas encontradas entre los MAP y los profesionales de los CSM con resultados de **muy baja concordancia** al comparar unos y otros. Podemos asegurar, por tanto, que los “sistemas de codificación” en ambos ámbitos no son coincidentes. Son significativos los datos al comparar los MAP por un lado y los especialistas por otro, pero la concordancia es muy baja al querer comparar los juicios diagnósticos de los MAP con los especialistas. Lo que no significa, como ya hemos señalado, que no exista un acuerdo clínico importante entre los MAP y los especialistas de ambos Distritos a pesar de no quedar registrado en los sistemas de codificación utilizados en cada nivel asistencial.

### **Introducción.**

Una vez establecidos los datos y su significación estadística queríamos ahondar de forma cualitativa en casos vistos en el CSM de Majadahonda por causa de estrés laboral, preguntándonos si había aspectos específicos en las condiciones de aparición, clínica y evolución de las personas tratadas en nuestro centro a partir de los efectos perniciosos sobre su estado psíquico de distintas situaciones de estrés laboral. Para ello hemos analizado con cierta profundidad dos casos: uno marcado por una condición de violencia laboral y otro donde lo básico era la exigencia de un sobreesfuerzo laboral continuado como principales desencadenantes del cuadro clínico. Una primera conclusión ha sido contemplar las peculiares consecuencias del acoso laboral que pueden alcanzar importantes niveles de gravedad clínica. No así los casos habituales de desadaptación frente al sobreesfuerzo y pérdida del control laboral, que se sitúan evolutivamente en el campo de los trastornos adaptativos con síntomas ansiosos y depresivos, pudiéndose codificar dentro del conjunto de los trastornos psíquicos comunes.

Lo que no es óbice en ambos casos para considerar la presencia habitual de síntomas psico-físicos, es decir, propios de una respuesta desadaptativa psico-física global y la necesidad de valorar en todos los casos el papel del sujeto (vulnerabilidad) tanto en el desencadenamiento del cuadro psíquico como en las posibilidades de recuperación.

Lo que queda reflejado en los dos relatos siguientes es que cuando aparece un cuadro depresivo, ya sea consecuencia de una situación de acoso, de vivencias de pérdida, o de cualquier otra, existen unos pensamientos y mecanismos de defensa propios e identificables con el objetivo de defenderse de la violencia (y que pueden desencadenar al final conflictos psico-sociales o síntomas clínicos).

Sea lo que sea, e independientemente de la personalidad de la paciente (precisamente en el caso que nos ocupa, poco susceptible – al menos aparentemente – para sufrir acoso), el punto de partida necesario es laboral: ha sufrido de violencia identificable en su trabajo.

Esta situación especial no se corresponde con el estrés por causa de exigencias que sobrepasan la capacidad de la persona; de hecho, el derrumbe, en el caso analizado, ocurre precisamente cuando es privada de función en su trabajo. El estrés en tanto que ruptura se genera inicialmente en la persona, no en las condiciones de productividad. Aparte del caso presentado, se añade uno representativo de situaciones de estrés generadas por las condiciones de sobrecarga del trabajo, sin más, donde asistimos a una sintomatología característica del estrés por sobreesfuerzo, sin aparición de sentimientos de culpa. Se trata de personas sobrepasadas en sus capacidades por diferentes circunstancias. Son, sin duda, los casos más frecuentes.

En el caso analizado hay una conclusión importante: es preciso diferenciar el estrés laboral propiamente dicho – como carga de la producción que supera la capacidad adaptativa del sujeto en un momento dado - de las situaciones de estrés generadas por la violencia interpersonal ocurrida en el ámbito laboral y que pueden tener consecuencias más sistemáticas, duraderas y severas sobre la salud psico-física de la persona. Distinguir ambas situaciones supone no sólo un imperativo clínico sino también moral.

## **La historia de Raquel.**

### *Presentación*

El caso analizado es coherente con el perfil general de la muestra. Una mujer en torno a los 40 años, profesional en activo y ahora de baja, con tiempo en la empresa y remitida por su MAP por “ansiedad reactiva a problemas laborales y rasgos depresivos”. Tratada con psicofármacos y psicoterapia (en este caso por un psiquiatra clínico con experiencia como psicoterapeuta) el tiempo y la intensidad de tratamiento del caso se encuentra, sin duda, en la banda alta de la muestra<sup>126</sup>. El caso se centró en el tratamiento clínico de la paciente, que no solicitó inicialmente ningún informe para utilizar frente a su empresa. Si se solicitó informe por parte de la mutua dada su situación de I.T.

El problema clínico se empieza a hacer visible en una segunda fase: se ha ido gestando poco a poco a través de los esfuerzos de la paciente para no sufrir y resistir los embates, en este caso, de la propietaria de la empresa. No se trata, por tanto del traslado de un problema laboral a una situación clínica. Es el afrontamiento sin éxito del problema lo que ha ido deteriorando su salud (mental).

La clínica no es compatible con ninguna forma de malestar psico-social general; no responde a ninguna huida. Muy al contrario, la aparición en la consulta llega como consecuencia de su derrumbamiento psíquico, lo que da a la clínica depresiva de la paciente rasgos propios de las llamadas *depresiones endógenas o melancólicas*.

Estamos en el final de un proceso, ante el efecto devastador del estrés crónico sin alternativa ni posibilidad de ser compensado por el sujeto

*Los síntomas: dolores, dificultades para dormir, miedo-ansiedad a ir al trabajo, angustia, rasgos depresivos, anhedonia, falta de energía, ánimo triste, ausencia de motivación, retraimiento social, pérdida de peso*

La paciente no entiende lo que le ocurre. Es inexplicable para alguien como ella que trata de conducirse con lógica, cómo se puede haber hundido de tamaña forma una persona con experiencia, cualificación profesional y madurez personal. Cómo no ha sabido responder frente a la situación y ha perdido su capacidad de control. Cómo no ha advertido a tiempo lo que le estaba pasando.

El caso confirma que todos somos vulnerables. Siempre podemos ser atacados en nuestra identidad. Y las circunstancias también cuentan. En el desarrollo del proceso se advierte con claridad lo mezcladas que pueden aparecer en la clínica de la paciente la agresión externa y su propia vulnerabilidad interna.

El tratamiento nos abre también la posibilidad de plantearnos no seguir, cambiar. Aceptar nuestra debilidad. Buscar alternativas. Otro trabajo. La necesidad de un nuevo trabajo.

---

<sup>126</sup> La gran variabilidad encontrada en el tiempo de atención de los casos de estrés laboral responde, sin duda, a distintos factores. Uno de ellos es la diferente gravedad real existente entre un estrés por sobreesfuerzo de aparición frecuente y una situación continuada de acoso laboral.

### La presentación

Raquel, así la llamaremos, es una mujer de 38 años cuando acude por primera vez a nuestros servicios de salud mental. Ha sido derivada por su médico de atención primaria de forma preferente. En el impreso de interconsulta se indica como motivo de derivación, que se trata de una paciente:

*“con ansiedad reactiva a problemas laborales, con rasgos depresivos y anhedonia. Ligera mejoría tras tratamiento con una benzodiacepina (BZD) y un antidepresivo (ISRS) hasta 40 mgs. En su mutua solicitan informe vuestro y además ruego valoración por vosotros”*

(fecha no especificada por ser manuscrita).

La primera cita tiene lugar el 12 de cierto mes. En el primer contacto impresiona la facies depresiva de la paciente. Raquel expresa como motivo por el que se encuentra en la consulta:

*“Estoy hecha una mierda. Un año y medio a dos intentando que nada me afecte, que me resbale”.*

Relativamente parca en palabras, su gesto adusto se valora como posible signo de depresión (retardo psicomotor).

No expresa una demanda de atención explícita, sino que pareciera más un momento dentro de un proceso (petición de la mutua y de su MAP). De hecho, y el propio término clínico evoca algo de ello, acude para ser valorada y que un *juicio clínico* sea emitido. No evidencia angustia ante la entrevista, sino una actitud indefinible.

Quizás por ello reduce la descripción inicial de su estado a una metáfora global sobre su estado y a un tiempo de defensa psíquica frente a “algo” (*“Un año y medio a dos intentando que nada me afecte, me resbale”*), finalmente infructuoso. La constatación de este intento fallido sería la propia derivación, pues sus intentos fracasaron, con el objeto de ser valorada, tanto sobre su capacidad para reincorporarse laboralmente (mutua) como sobre su propio estado clínico (MAP).

Raquel sitúa los signos de malestar más evidentes (o agudos) en el año anterior: *“Mal, mal”*, en septiembre (tratada entonces con una BZD). Refiere dolores en la mano, el pecho, dificultad para dormir, y *miedo* todos los días para ir al trabajo. El miedo es el único síntoma subjetivo expuesto que se corresponde con una emoción intensa primaria. Se trata de un elemento clave en toda reincorporación. **Apuntando una hipótesis, quizás sea una cuestión fundamental sobre la posible reincorporación laboral de determinadas personas, determinar el miedo a ‘qué’ (la verdadera –en tanto concreta- fuente del miedo).**

Tras un periodo de 18 a 24 meses, sugiere, que pese a haber estado resistiendo, se produjo una especie de ruptura: *“Un día no pude más: estaba ‘castigada’ en un sillón”*. Sin duda se trata de una metáfora que expone una relación especial con su ámbito laboral: se siente *castigada*. No especifica todavía el detonante de esta percepción.

Acto seguido, parece tener la necesidad de aclarar al entrevistador algo sobre ella: *“Soy una buena profesional muy respetada. (...) No con esta pinta, como una niña”* (existe un tono de cierto orgullo en su declaración).

Es habitual que estas personas, muchas de ellas ante su primera baja, deseen que los profesionales no desarrollen una imagen denostada sobre ellas; a veces inician una exposición curricular donde destacan su capacidad de trabajo, e incluso no haber *tomado* nunca una baja incluso cuando esta era clínicamente precisa. Estar de baja psíquica (propongámoslo ahora como un hipótesis), es temido por el posible *juicio de fracaso o falsedad* por los demás.

En el caso de Raquel, su afirmación sugiere que su imagen primaria se mantiene, sin gran distorsión; y que no precisa la validación del “otro”. Pero en su afirmación se vinculan dos

---

<sup>127</sup> Se trata de dos casos analizados por el Dr. Antonio Escudero

elementos, su capacidad y la apariencia que acompaña a dicha capacidad. Esta última es descrita con el concepto “niña”. En su uso adquiere matices despectivos, que reaparecerán a lo largo de la terapia en varios momentos. Es conveniente señalar que sus rasgos fisionómicos recuerdan a una persona de una edad pre-adulta.

### **El ámbito laboral**

Si bien pudiera parecer más lógico detenernos primero en los síntomas que motivan la derivación, en la medida de lo posible hemos optado por mantener la secuencia en la que aparecen los datos. La entrevista no es directiva <sup>128</sup>

Con respecto a su actual situación laboral, comenta que pidió el cambio a esta empresa (su categoría es de “dirección”), para compatibilizar el horario con el cuidado de sus hijos. No obstante, siente que las expectativas que le fueron planteadas no se cumplieron.

Actualmente evalúa negativamente el lugar de trabajo, denominándolo “chiringuito” propiedad de la jefa. De hecho recalca: “no es una empresa, es como una casa con una dueña”. La depreciación recae también sobre ella, pues eligió cambiar a dicho lugar y decidió permanecer por las condiciones de horario que le permitía estar más tiempo con sus hijos. La alusión a la propietaria como “dueña” evoca posesión y autoritarismo. De hecho, Raquel es directora, “pero tratada como una chacha”. Al preguntarle por dicho trato refiere que no puede hacer “su trabajo verdadero” (como directora). Expresar que el ámbito laboral es como una “casa”, lo desarropa de categoría de empresa. Quizás, no sea sólo un ejercicio descriptivo, sino que dicha imagen es la que opera en su mente. Cabe dudar si la trasposición de empresa por casa pueda ser beneficiosa para ella, pues le puede dificultar distinguir entre obligaciones y derechos propios de uno y otro ámbito.

Respecto a las otras personas que trabajan en esta empresa, Raquel las describe de la siguiente forma: “Todo son niñas, ‘menos yo’, pero a mí no me afectaba, la gente se iba y al final me tocó a mí”.

De nuevo aparece el concepto de “niña”, que parece describir (al menos en parte) un nivel de experiencia y formación. De aquí que su primera reacción en la entrevista fuera defenderse de dicha calificación calificándose como *una buena profesional muy respetada sin “esta pinta, como una niña”*. Más adelante veremos que en tanto no era una “niña” se sentía protegida, mientras que las personas a su alrededor sí eran afectadas. No obstante esto finalizó cuando: “Al final me tocó a mí”.

Pero este derrumbe, no se enuncia por ella como una renuncia a su invulnerabilidad. Tampoco implica, que se identifique con las demás afectadas. El concepto de “niña” sigue presente en ella; su propio modelo no permite identificarla como tal. Así que su pregunta ahora es, cómo siendo una joven profesional con experiencia y formación y con un alto grado de madurez personal, llegó al punto en el que *no pudo más* y se sintió *castigada en un sillón*.

**Los síntomas clínicos** de Raquel son evidentes desde la primera consulta: presenta ánimo triste, con facies depresiva, ausencia de motivación y anergia, anhedonia, ansiedad, temor, retraimiento social, trastornos del sueño, pérdida de peso y apetencia por alimentos muy dulces. Tiene oscilaciones anímicas, con cierta mejoría hacia las 19 horas. Predominan rasgos propios de depresiones endógenas o melancólicas (término que en el contexto de la psiquiatría alude a un patrón que abarca la anergia, anhedonia, dificultad para la memoria, retardo psicomotor...). Aunque ya habían sido prescritos psicofármacos se proponen antidepresivos con un perfil más apropiado para los síntomas de su depresión. De hecho, irá progresivamente mejorando de la misma, pero dicha recuperación no será pareja a su elaboración del proceso laboral.

---

<sup>128</sup> Ver D. Rodríguez, J. Pujol Salud, A. Vallano Ferraz. Describir los resultados de las intervenciones en la práctica clínica. En Guía de investigación clínica para atención primaria; 2005 Ediciones Mayo, S.A. [Acceso en: <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/bin/view/IAP/GicapCap7>; 22 de marzo de 2009; 83-92

Comenta que no le apetece ver a nadie, salvo a las personas que la comprenden; pero, refiere que apenas alguien le dice “*te tienes que animar*”, deja de verla, aumentando así su retraimiento social. La expresión *te tienes que animar*, define el malestar como un acto volitivo de la persona que lo padece; es decir, salir o permanecer en el estado se considera que *depende* de la persona. En tanto que, siguiendo esta lógica, se adjudica a la persona la *decisión* de animarse, se la considera responsable de su estado y todo lo que deriva del mismo, como pueda ser reincorporarse al trabajo. Existiendo altos índices de absentismo laboral la persona teme ser identificada como “rentista”; al fin y al cabo, no existe ninguna imagen visual objetivable para otros de la lesión que la ha apartado del trabajo.

Raquel, siente que *aquello* que le está ocurriendo, no es explicable a los demás. Pero, en tanto que para Raquel, -junto a la complejidad de los síntomas depresivos desconocidos por ella-, “esto” es producto de una vulnerabilidad propia, precisa comprenderlo: “*Necesito que alguien me explique cómo ha pasado esto y que no suceda nunca más*”. Esta puede ser la auténtica demanda de la paciente. Su valoración sobre sí misma como persona fuerte y profesional (altamente) cualificada, ha sido quebrada. Había algo desesperado cuando pronunció: “*que no suceda nunca más*”. Realmente su demanda va dirigida hacia la comprensión de lo ocurrido. Es difícil saber si solicitaba también esa ayuda para que no ocurriese de nuevo, o si sólo precisaba una explicación que le permitiese cerrar la brecha en su defensa psíquica. El estilo atribucional de Raquel se corresponde con lo que en psicología se llama *locus de control interno* (LCI); es decir, alguien que desea controlar su destino en base a sus propias capacidades, de tal forma que los “fallos” los atribuirá a sí misma.

Como hemos empezado a apuntar, se confunden en su relato dos aspectos, los que podríamos adjudicar a una sintomatología, y los derivados del manejo por otra persona.

### **El proceso hacia el “derrumbe”**

Poco a poco va describiendo su situación laboral concreta. Refiere que para la dueña de la empresa “*su única obsesión era que yo no hiciese mi trabajo. Le daba rabia pues mi horario era (finalizaba) a las 14 horas*”. “*Al principio te engatusa*” (...) “*Tiene ataques de ira*”.

Se genera una especie de disonancia cognitiva entre este estado de “*seducción*” laboral y reacciones en forma de “*ataques de ira*” sorprendidos, imprevisibles. Estos procesos de alternancia entre violencia y gesto amigable, generan un estado de desconcierto y estrés continuo, en el cual la reacción de la persona que acosa es lo temido y la cesación del acoso o el gesto amigable, el refuerzo positivo.

Empieza a sentir que sus propias “*reacciones son desproporcionadas*” y que las acciones de su jefa le afectan. Atribuye esto a un “*problema de cabeza*” suyo (curiosamente no al mecanismo defensivo básico, las cosas resbalan, no penetran en ella). En el caso de Raquel, la pérdida del control sobre sí misma le alarma. Es signo de que las barreras que ha interpuesto y en las que confiaba se derrumban. La situación ya no resbala, sino que alcanza al núcleo interno de su capacidad de auto-control. Refiere que le pone “*nerviosa, no controlar el por qué*”.

Comienza a hablar de su miedo: “*Sé que no es una cosa coherente, pero no lo puedo controlar*”. Esto se acompaña de un estado indefinido explicado “*como si me hubiera desconectado*”. Ello puede representar tanto una desconexión entre la lógica y la razón (funcionamiento predominante en ella) y las emociones; una ruptura entre la persona que fue y cómo se ve ahora; un aislamiento de *su mundo*; un signo de la depresión instaurada; o todo ello.

Describe su personalidad previa como casi “*hiperactiva*”, con capacidad de disfrutar de todo, pero ahora persiste una pérdida de energía y de “*un agotamiento del sistema*”<sup>129</sup>.

---

<sup>129</sup> El fenómeno de agotamiento psico-físico como resultado final de los intentos de afrontar el problema puede estar presente en la evolución de cualquier forma de estrés laboral crónico, lo que ligaría el acoso con el resto de formas de estrés

Señala: “*Unos días estoy fatal, otros bien. Intento buscar una relación causa-efecto (...) No consigo coger una rutina*”. No alude, como esperaba el entrevistador, al comportamiento que despliega la persona que le acosa; muy característico por otra parte en las situaciones de violencia, donde la víctima, ante lo inexplicable de los cambios de él, intenta encontrar un patrón que le permita predecir o prevenir los ataques de agresividad, física y/o verbal. Para ella, la búsqueda se sitúa en su propio estado. Para Raquel, parecen inconcebibles los efectos que esta situación están generando en ella.

Nueve días después de la consulta anterior, su estado anímico ha experimentado grandes oscilaciones, desde “*lloreras*”, a días que conseguía dormir, otro en el que no durmió en toda la noche (previo a la siguiente consulta). Sin embargo, su estado anímico general ha mejorado. Quizás, ello influya en lo que parece un intento de reconstruir sus defensas: “*Tengo que olvidarme para curarme*” Ante la situación atormentadora, en tanto que rumiativa y angustiada, busca solución en el olvido.

Con todo, persistirá la búsqueda de una causa. Una solución, alternativa al olvido, es determinar que lo que ha ocurrido se ha debido a un estado de imprudencia suya: “*¡He llegado (a la nueva empresa) y sin escudo para que no me pudiera pasar! (...) Yo creo que he estado con fuego estando muy segura*”. Aquí se está labrando una teoría propia. Realmente la teoría atribuye lo ocurrido a su propia imprudencia; pero para ello dos elementos tienen que ser descartados: el papel de la acosadora y su incapacidad para neutralizarla. Es como si la figura de la persona acosadora quedase disminuido frente a lo que considera sus propios mecanismos de protección.

Como muestra para ella de su error de calibración refiere no haber advertido señales de alarma, tales como empezar a “*ver cosas con otras personas*”, pero “*que no iban*” con ella. Hasta que “*el periodo de gracia de ocho meses acabó*”. Comenta que ante las primeras devaluaciones y ataques de ira, ella respondía para sí misma: “*a mí me resbala*”. Pero con todo, el error es de ella: “*Soy tan cabezota... que esto no me afecte... mientras... “Ella se ha ido endiosando*”. Pero acto seguido hace una declaración sorprendente al entrevistador, en cuanto que coloca su situación en otro nivel: “*He empezado a comprender los malos tratos*”. Realmente, existen similitudes, propias de toda violencia interpersonal, ampliamente descritas en la literatura científica. Entre estas, lo impredecible del maltrato, la imposibilidad de establecer una pauta de conducta en el otro que condiciona un estado de hipervigilancia y de estrés crónico. Dado que la agresión es la devaluación y descalificación desde una situación de poder, el miedo se impone como primera emoción; posteriormente, otras más complejas como la culpa y la vergüenza, acompañarán a las disonancias y disfunciones cognitivas que acompañan el proceso.

### **“Encontré mi punto débil”**

Las siguientes líneas son cruciales para comenzar a comprender el proceso. Así, refiere Raquel que Ella (jefa): “*Encontré mi punto débil*”. Antoja, a modo de metáfora, que habla de su *talón de Aquiles*.

El punto débil es apartarla de las funciones correspondientes a su cargo (o denigrarlas). Esto lo va consiguiendo su jefa, describe, por medio de “*desorganizarla*” a través de demandas triviales, listas de tareas absurdas (como ir por una silla de ruedas, un ventilador), de tal forma que su trabajo de dirección “*no lo llevaba tan organizado*”. Así que, refiere “*mi trabajo se fue*”, y a partir de aquí le empezó a afectar puesto que, “*ya no podía desconectar*”. Cabe una pregunta aquí irresuelta, ¿por qué accedió a ir por una silla de ruedas? ¿Qué conciencia tenía de lo que esto significaba realmente? Parece que acceder a estas demandas se correspondía con su actitud de dejar que las cosas le resbalasen. Sin embargo, al convertir en un *sin-sentido* su trabajo de dirección, le había despojado de un elemento que afianzaba su identidad. Por otro lado, la expresión de no poder desconectar, es la señal de que su mundo psíquico, cognitivo y emocional, comienza a girar en torno a la situación laboral, mientras que la delimitación con otros aspectos (ej. Familiar), se desvanecen.

Quizás, cuando anteriormente expresa que su jefa se iba *endiosando* en la medida en que ella se debilitaba quiera definir el progresivo aumento de presión que recibe. Así es cuando la jefa

espeta: “Yo no te he dicho que pienses. ¿Capice?”. Exigir, no pensar, es anular..., es atacar al núcleo identitario de la persona.

Comienza a sentirse más identificada con el resto de compañeras a quienes ya no llama “niñas” (“*Trata así a todo el mundo*”). Respecto a ella misma y a las demás refiere: “*Te hace sentir una mierda, y te lleva al límite, y cuando no puedes más para*”. Quien acosa cesa la presión en tanto se doblega a la persona. El límite de la presión, es el de la resistencia que pueda expresar o actuar la persona acosada. Pero ahora la persona que acosa y la víctima saben que ese límite es finito.

¿Existe algún factor diferencial entre recibir un maltrato indistinguible del de los demás, o convertirse en el objeto único del mismo?. Quizás, a modo de hipótesis, el primer caso sea menos perjudicial que el segundo. No es tanto que se desarrolle una especie de compañerismo entre víctimas, sino que en las otras personas perjudicadas representan al “otro” con quien poder identificarse. Además, en cierta forma introduce una localización de la fuente de daño en la persona que acosa. Quizás, cuando la descalificación del acoso se centra en una sola persona dejando indemne a los demás, pueda ser más desconcertante (y esto generar más daño psíquico), pues evoca una pregunta sin respuesta: ¿Por qué yo? Aquí la pregunta, sin ser importante, se centra para Raquel en ¿por qué yo no he resistido?

Preguntarse por qué sus propios mecanismos no han resistido, si bien coloca el fallo en la propia persona, anula –o disminuye– el tiempo el papel del otro que acosa (quien se convierte más bien en una circunstancia que desvela un fallo en el sistema de protección). Al tiempo, permite definir el tema como un enigma que radica en sí misma, pero que es susceptible resolver.

El día 29 del mismo mes refiere que está “*un poco nerviosa, pero mejor, en días variable, días buenos y días malos en los que me cuesta levantarme...*” Al pedirle que precise qué significa para ella “estar bien”, lo equiparará con “*importar todo un bledo*”. Refuerza esto expresando “*¡pero qué tontería!* (lo que está ocurriendo)” (...) “*No me apetece pensar en el pasado*”. Cabe señalar, aunque la paciente no lo haga, que la expresión elude toda especificidad. El que “nada” importe abarca un todo, básicamente no sentir. Así, es como ella aspiraba a resistir, a que todo “resbalase” sin penetrar (sin cuestionar, sin generar duda, ni elecciones). Una cuestión, es si este ‘que nada importe’, puede acotarse a una faceta del mundo de la paciente, o bien, esto sólo se alcanza a costa de una desconexión emocional generalizada que afecte a otros ámbitos. En la primera cita comentó que una hija pequeña suya había hecho una “regresión”, expresando ella misma “debe ser que no la he hecho caso”.

Raquel está haciendo más cosas, está más activa, sin embargo, que todo le deje de importar (para ello ‘todo’ es una tontería), no sugiere una evolución ‘personal’.

En un momento, referirá no obstante que “*he visto cosas terribles*”. Al expresar esto, para el terapeuta es un signo de que el pretender no sentir es una ficción frente al sufrimiento. Por otro lado, ello sugiere el progresivo estrechamiento de ‘su mundo’ y aproximación al del ‘otro’. Así ve la caída de los otros; la distancia con las “niñas”, jóvenes profesionales poco preparadas y maduras, se va diluyendo. Lo “terrible” es posible sólo en la medida de que se abre como una posibilidad su propio derrumbe. Aquí el terapeuta señala que no puede permanecer “*inmune en su fortaleza*”. Ante esto, Raquel dirá: “*Quería equilibrar mi tiempo y de repente, toda esa forma de ser positiva se puede desmoronar. Ahora no tengo nada claro... mi futuro. ¿Qué voy a hacer?*”. La expresión “*de repente*” parece que sugiere más que tiempo en sí, la irrupción de la conmoción, la sorpresa y el miedo, y la pérdida de una imagen labrada por sí misma. Lo que provoca esta conmoción, diríamos, es el fracaso de una respuesta de los recursos propios. Es el desvelamiento de su vulnerabilidad ante el otro; tanto más en cuanto que en cierta forma desprecia a este otro. El futuro no se despliega ya como ella parecía aspirar: con certeza. El futuro es ya lo que siempre fue y ella se negó a admitir, incierto.

## Las elecciones a tomar

Abierta la pregunta por el futuro, el entrevistador introduce la posibilidad de un cambio de empresa (entendiendo que el futuro es más amplio que sólo dicho cambio laboral). Esto remite a las posibles elecciones a tomar. Para Raquel esto es conflictivo: su propio *currículum*, y sobre todo, la pérdida de un horario compatible con una mayor presencia junto a sus hijos.

En otro sentido, si cabe más importante, los planteamientos de ‘cambio personal’ son muy imprecisos: “*Hay cosas que sé que voy a cambiar. Pero no me voy a hacer responsable de todas las cosas*”. Pero su propia imprecisión topa, como señala a continuación, con la angustia que le produce “*no tomar decisiones*”.

Responsabilidad y elección comienzan a emerger en el discurso. Todavía no adquieren una forma concreta, y no sabemos si alude a actuaciones laborales o a elecciones y responsabilidades más amplias sobre su propio futuro (y por tanto ‘su mundo’).

Comenta sus preocupaciones, “*el cuándo y el qué*” (...) “*Van pasando los días, y en los días malos no veo lo bueno*”. ‘Qué y cuándo’, se convierte en una situación dialéctica interna. La situación de baja se convierte en un terreno temporalmente suspendido. La actitud en torno a qué hacer varía de día en día, a veces al ritmo de la propia enfermedad, de los pensamientos, de las intervenciones de terceros y de la actitud de control por mutuas o el médico que dio la baja. El tiempo pasa, pero se sabe que está acotado. Lo que puede ser una situación dialéctica consigo misma (cerrada al exterior, *salvo quizás en la consulta*), se convierte, en algo de naturaleza meramente rumiativa, donde se da la angustiosa paradoja de que se ‘gana’ tiempo a la vez que se ‘pierde’ (o descuenta).

La persona acosadora, por otra parte establece condiciones desde su lugar de poder: “*Si me portaba bien me daba el paro. Decía, te arreglo el paro si te portas bien. (...) Sé, que lo justo es denunciarla... coge niñas jóvenes...*”. Al expresarlo así, elude su responsabilidad sobre la decisión de denunciar cuando usa una formulación impersonal -lo justo es-, en lugar del “yo” debiera denunciarla. Por otra parte, ella misma se autoexcluye al plantear de nuevo que esto no parecer ir con ella, sino con “las niñas”. Las resonancias que guardan las palabras: *niñas, castigo, portarse bien* debe ser destacado. Esta infantilización de las trabajadoras, como devaluación, la banalización del trabajo, la petición de cosas incongruentes con el trabajo y la función, junto a la imprevisibilidad de los ‘ataques de ira’, parecen constituir elementos principales de la situación de acoso laboral.

En la consulta del día 25 del siguiente mes, Raquel salió de casa cuatro días con su marido. Su padre se presenta, argumentando que, sabiendo de la cita, le pidió autorización a Raquel para asistir. Le refiero que si es así no hay problema pero con la condición que todo aquello que surja pueda ser trasladable a Raquel si es pertinente para su mejoría.

Comenta que sus nietos, de 8 y 6 años están “agotados”. Su asistencia, permite formular alguna cuestión sobre el temperamento o carácter de Raquel. Su padre comenta que entendía a su hija “*como un cerebritito*”, sensata, razonable, y realizando trabajos exactos. Expresa que *no comprende lo que le ha ocurrido a su hija*. De igual forma señala que ella “*razona*” mucho con sus hijos, a los cuales, define como consentidos. Parece existir pues un predominio de un estilo racional sobre lo emocional en parte de la familia. El padre indica que advierte cierta mejoría, y define a Raquel “*como una persona que almacena los problemas*”.

Algunas conclusiones podríamos obtener de esta visita. Definida como “*cerebritito*”, perfeccionista, razonadora, parece confirmar ese aspecto de Raquel donde sus decisiones y forma de ver el mundo están construidas acorde a una lógica –o que ella precisa de esta lógica-. Así, intenta que lo emocional no le afecte. Por otra parte, su mente lógica hace que el acoso, con su carácter de absurdo y carente de sentido, sea para ella especialmente devastador. Su cierto hermetismo es reflejado por el padre como un “*almacén*”. Pero existe además una circunstancia, que no sólo se dará en Raquel, y que ampliable a muchas personas que padecen depresiones y acosos, los demás no pueden comprender qué les ha ocurrido. No es sólo la propia imagen, sino la imagen de los demás el espejo en el que las personas se ven atrapadas.

El día 30 comenta que estuvo bien con su marido durante cuatro días que salieron, pero que *justo ayer se “dio cuenta que estaba... está de los nervios*”. Pone esto en relación con la llegada

de un correo de la empresa. Comenzó a sentir que le temblaban las piernas, aunque pensó que sería una “tontería”, no se quedó tranquila hasta verificarlo, permaneciendo en un estado de ansiedad y nervios. Comenta que le “*temblaban las piernas*”. Pensaba diversas posibilidades, una de ellas fue si se trataría de una carta de despido, lo que por otra parte no creía posible. Esto lo catalogó como una posibilidad “buena”, positiva. Pero por otra parte, contra toda “razón”, temía que se tratase de una *denuncia por robar* o que le reclamaban partes de baja; de hecho, que se tratase de “cualquier cosa”.

Tratarse en primera instancia de una carta de despido, podría quizás liberarla de la angustia que genera toda elección determinante. El hecho de que la carta pudiera significar una denuncia por robo, aunque desde su lógica era inverosímil, podría reflejar a modo de hipótesis: un sentimiento de culpa (la culpa suele tener un rasgo absurdo, y con ello generar más conmoción), o que fuese la reproducción de *lo absurdo* de las demandas triviales que ya recibía por parte de la persona acosadora. Es llamativo que refiera que se da cuenta de su estado nervioso, de una forma repentina. Esto sugiere la puesta en marcha de los intensos mecanismos defensivos por parte de Raquel, para que las cuestiones le “resbalen”, básicamente a través de un intento de desconexión de los sucesos con las emociones. No obstante, y para sorpresa de ella (motivo que deriva en angustia), su pensamiento, en el sentido de razonador, pero sesgado hacia las posibilidades negativas, emerge ante dichos estímulos sin contención. No nos queda claro, si estos pensamientos, van unidos a las emociones correspondientes junto a los cuales surgieron. En todo caso, por su naturaleza desventajosa para la persona, estos pensamientos generan de por sí nuevas emociones, fundamentalmente primarias, tales como el miedo. Al mismo tiempo, el hecho de que en la misma fortaleza interior que ella construyó, sea donde emerjan emociones o conclusiones sin control le provocan un sentimiento de vulnerabilidad. No sólo de dicho autocontrol, sino de desconocimiento e inseguridad sobre la respuesta de su organismo (veremos, que éste, en el sentido de lo corporal, es un gran desconocido para ella).

Seguidamente Raquel dirá, para sí misma y para el interlocutor, en una forma, que más que pregunta parece un intento de recuperar el control sobre la situación: “*¿cómo le he permitido hacer esto?, no quiero que nadie me vuelva a abusar así*”.

Sugiere esta expresión su necesidad de adquirir el control. En tanto que se auto incrimina por haber permitido ser dañada por esta persona, lo define como un error propio -y no como una situación posible-, susceptible de ser evitada en el futuro. De ahí que Raquel construya una frase aparentemente incongruente en su sintaxis: *no quiero que nadie me vuelva a abusar así*. Existe una mescolanza entre la partícula *me*, como representante de la propia persona, y el empleo de la forma activa del verbo abusar evitando una construcción pasiva.

Comenta Raquel, que en su entorno más íntimo, fundamentalmente su familia, le empieza a costar “*mantener el tipo*”. Su rol dentro de su familia no puede sostenerlo más tiempo. Con ello se desestructura la dinámica previa familiar generando una crisis. Síntoma de esto, es su declaración: “*no me gusta ser un estorbo*”. Se despierta gritando algunas noches. La valoración que la significaba como la base nuclear de la familia, comienza a cobrar otro signo ante expresiones como la de su marido: “*voy a confirmar, ¡qué pesada eres!*”; lo cual es recogido por ella como “*reproche*”.

Por otra parte, como nuevo factor, se inician a partir de una serie de encuentros fortuitos, oportunidades que le abren la esperanza de encontrar un nuevo destino laboral. Describe esto como haber “*vislumbrado la ilusión*”. Este empleo de *La ilusión*, con un significado esencialista, en lugar de *una* entre otras, parece sugerirnos algo sentido como perdido, opuesto a la apatía y la anhedonia que dominan los largos procesos de depresión.

El día 23 del siguiente mes refiere que del “tema depresivo” se encuentra mucho mejor, pero nerviosa. Sufre “diarrea” desde hace un mes, fuma en exceso, y *picotea* comidas, lo cual le sorprende pues no es normal en ella. Cuando se acuesta siente una sensación de “picor” que le induce a mover las piernas para calmar la sensación. No queda claro si este último síntoma tiene vinculación con el estado de ansiedad, con la propia medicación, o si podríamos definirlo como un *síndrome de piernas inquietas*. En cualquier caso, el hecho de que estando *mucho mejor* de

su estado depresivo, se encuentre más nerviosa, con sobre estimulación del sistema vegetativo autónomo no supone una contradicción. La depresión impone en las personas un estado de desvitalización, con anergia, ausencia de proyectos o vivencia del tiempo vital detenido. En tanto tiempo detenido, no existen expectativas de futuro en la persona con depresión, y por tanto, tampoco elecciones dirigidas hacia proyectos de vida.

Llevó a la mutua un informe. Siente que la trataron bien, expresándole que se cuidase. Expresa cierta expectativa de que a través de la mutua se ejerza algún tipo de presión para alcanzar un acuerdo con su empresa.

El 19 del siguiente mes comenta que está “*más triste, quizás por el tiempo*”, pero que sin embargo “*no está mal*”. Señala que ante cualquier mejoría y empeoramiento se anima y desmoraliza respectivamente. Efectivamente Raquel expresa estar más triste, y sin embargo no estar mal. Tristeza no es sinónimo unívoco de depresión, más bien de duelo, quizás por la pérdida de su propia imagen y de su sentimiento de control y seguridad asociado. La tristeza, suele ser indicador de un contacto con aceptación de la realidad, alejada de la sensación de colapso que se vive en el momento desencadenante de una situación crítica y amenazante.

Comenta que, cuando está bien le parece “*imposible ponerse en la piel de cuando estaba mal, y la inversa. Unas veces veo las cosas blancas y otras negras*”. Expresó su sorpresa ante esto. Quizás en la medida en que se recupera, los anteriores esquemas de seguridad, los mecanismos de defensa ante el daño por el otro, vuelven a activarse. Desde esa perspectiva sobre sí misma, tiene un cierto extrañamiento. Pero esto mismo ocurre en ambos sentidos. Parece poder comenzar a reconocerse a sí misma como alguien que puede estar mal.

Expresa su dificultad para leer cuando al tiempo había irrumpido de nuevo el deseo por la lectura. Ahora que tiene más tiempo y se siente mejor, no puede “empezar” (recalca ella este verbo) una novela. Utiliza para esto una expresión curiosa en cuanto desmesurada: “*debe ser algo retorcido. No quiero empezar*”.

Sea cual sea la posible explicación, ya se considere esto como metáfora de la dificultad de reiniciar su actividad de alguna forma, ya sea porque las capacidades cognitivas todavía no se han recuperado, o porque pensamientos intrusivos dispersan su atención, lo cierto es que todos estos signos y síntomas, propios de una depresión, o de un estrés crónico, son para ella sorprendentes.

A lo largo de las entrevistas, se compaginan el análisis de la situación, junto a la prescripción, si es necesario de medicación psicofarmacológica, acompañada de una explicación de sus mecanismos de actuación. No cesa de expresar que esto es algo del todo sorprendente para ella (es decir, la explicación biológica, o mejor dicho, la influencia de los problemas sobre la biología y viceversa).

Quince días más tarde, tras expresar: “*mi cabeza no se olvida fácilmente, del mono-tema*”, casi exclama: “*¿y cómo pudo ser esto, cómo se puede llegar a esta situación? (...) ¿y cuándo empezó?*”. Surge en este punto un tema clave en toda situación traumática, relacionada con el **no entender**. Esta pregunta global, el ‘no entender’, tiene o suele tener, una doble dirección que apunta tanto hacia el otro que acosa o maltrata, como al propio ‘manejo’ de la situación.

Por otra parte, ahora, **no entender** es formulado a ‘otro’, psicoterapeuta en este caso. Constituye una verdadera demanda a otro quien puede ayudarla. Anteriormente, el cuestionamiento, y toda la inseguridad que conllevaba, eran clausurados por ella misma a través de conductas prefijadas o afirmaciones categóricas. Es ahora que empieza a adquirir la forma de una pregunta abierta

Esto es fundamental, pues se inicia una nueva fase, en la cual el sujeto se pregunta por algo más que sólo por un sujeto que trabaja. Se está preguntando por sí misma en un sentido que cabría considerar más trascendente, y que en todo caso le descubre la posibilidad de la propia vulnerabilidad, y la similitud con el otro.

Abierta la entrada al terapeuta, se intenta un trabajo conjunto de reconstrucción narrativa.

Es ella misma quien señala como acontecimiento de su derrumbe psíquico, la enfermedad y

posteriormente rápido fallecimiento de su abuela paterna. Comenta que la enfermedad de su abuela duró un año, durante el cual ella tenía que salir de la oficina en algunas ocasiones. Días antes de la ruptura, es decir del sentimiento de crisis, o imposibilidad para continuar en la situación, murió también su otra abuela. Refiere esto como algo que ahora contempla como absurdo: estuvo a punto de no ir al entierro cuando se lo comunicaron, pues le “*daba miedo*”. Es tanto más absurdo cuando se trataba de salir a las 14:30, sobrepasadas las 14 horas, hora final estipulada en su contrato. Su miedo llegó hasta tal punto que no le preguntó nada a su jefa pues temía que no le dejase ir. Ella misma se asombra narrándolo exclamando, más para sí, “*¿qué miedo tenía que tener!*”.

Desconocía, y temía, la respuesta de su jefa ante su marcha, pero “*al día siguiente no me dijo ni ‘mu’*”.

La situación fue tan absurda, describe ella misma, como el hecho de que no hizo uso de un día de operación derivado del contrato, en que a su padre le operaron de un cáncer y “*no se enteró*”. Su hermana, sin embargo tomó dos días que le correspondían.

Expresa que por entonces ya se sentía “*sólo responsable ante ella*”, su jefa. En este punto, la violencia ha creado una relación en la cual el centro de atención de la víctima es quien acosa. El ‘otro acosador’ es ya el único ante quien dar cuentas. El desequilibrio de poder, tal como lo describe es máximo. Narra cómo “*cada día adelantaba el reloj un poquito más*”. Su angustia por llegar tarde iba en consonancia con que su jefa le llamaba a las nueve menos cuarto preguntándole dónde estaba, siendo su horario de entrada las nueve.

Recuerda y sitúa en octubre del año anterior, en que ocurrió una bronca terrible con su jefa, el momento a partir del cual todo “*fue intenso*”: “*Ella quería que hiciese lo imposible y se puso como una loca a chillar; yo no entiendo esto*”. Refiere que fue “*la primera vez que le decía no*”. Sin embargo, al día siguiente, su jefa le dijo que le iba a subir el sueldo con una cantidad precisa. Pero también a partir de ese momento empezó a exigirle actividades triviales y que no se correspondían con su cargo de directora: “*vete a comprar... y no te vayas de aquí...*”. Estas conductas hacen que la sensación de confusión sea todavía mayor. El ‘otro’ se convierte, en todos los sentidos, en alguien impredecible, más aún para una persona que intenta controlar como Raquel la realidad a través de la razón.

Comenta que en enero se “*quería ir a esquiar, y no quería portarme mal...*”. Percibe Raquel, que temía portarse mal ante la otra persona. Dicha percepción junto a otras son señales para ella de algo que no marcha correctamente, de algo que hace emerger en ella sentimientos incongruentes. Portarse o no bien resuena a una relación de castigo, punitiva, infantil. Tras marcharse a esquiar, su jefa le mandaba continuos mensajes.

Comienza a experimentar que se le da la consigna continua de que recibirá “*cosas*” sólo *si se porta bien*, pese a que estas “*posibles cosas*” figuraban en el contrato.

Finalizando la entrevista y para valorar la modificación del tratamiento, al preguntársele cómo se encuentra anímicamente, refiere que está mejor, que no está tan apática pero sí “*más rabiosa*”. Añade “*si consigo dos testigos, la denuncio, y si no, vuelvo para qué me despida (...)* *Estoy mucho mejor, no se va a salir con la suya, ya no admito, me voy*”. El hecho de tomar una decisión, de elegir -pese a que toda elección conlleva para la persona acosada un sentimiento de injusticia de lo no debidamente resuelto- implica una diferenciación de emociones. La apatía que describe, probable suma de factores, representa el abandono, la desvitalización donde nada destaca. Frente a esta indiferenciación, la rabia representa una emoción muy intensa.

Comenta que esta mejor en algunas cosas mientras que en otras esta “*estancada o descubriendo...*”. El uso de la expresión “*descubrir*”, sugiere que Raquel se está abriendo a nuevas experiencias; mientras que el estancamiento sugiere un movimiento promisorio o latente. Si bien esta apertura no deja de conservar elementos de angustia, implica las posibilidades del desarrollo de la propia identidad.

Comenta que en una noche reciente se despertó llorando, y que en ese momento: “*vi clarísimo que estaba lisiada, tocada, que tendría que volver y que no quería..., y es que esto es la*

*verdad*". Pese a todo no existe el tono de pesadumbre de anteriores expresiones. Es más, ahora despertarse angustiada le desvela su situación, antes era mero signo de descontrol.

Al preguntarle qué es lo que considera como *la verdad*, comenta que "*la realidad es que no soy la misma, muy insegura, que no soy yo, y... no me voy a recuperar nunca*". Expresa que "*eso me va a quedar. (...) no veo opciones: me replanteo mi vida*". Describe cómo su matrimonio no es el convencional en el sentido de que ella se ha ocupado siempre de ser quien aportaba el dinero, quien tenía la responsabilidad de esto último. Refiere "*yo soy siempre las que doy la seguridad*". Quizás este rol también tenga que cambiar.

Realizamos un genograma completo de su familia. En el mismo, a lo largo de tres generaciones, sin contar sus propios hijos, tanto por su parte como por la de su marido, hombres y mujeres han ejercido profesiones liberales exitosas. Es aquí cuando la figura de la primera abuela *que falleció* –paterna- es destacada como su figura familiar más próxima e importante en su vida. Es además una persona a quien admira por sus logros: alcanzó una alta titulación académica, pese a haber vivido tiempos complejos para el desarrollo de la mujer. Refiere que esta abuela fue para ella "*más que su madre*". Es esta la abuela que falleció dos años antes; coincidente en el tiempo con el cambio de empresa y ese periodo que describe Raquel al inicio de soportar una situación entre año y medio y *dos* años. Comenta que cuando se quieren meter con ella la comparan más con su madre y que esto no es verdad. Refiere algo que se expresa a modo de mito familiar pero cuyo verdadero significado ella desconoce "*éramos una familia, muy bien avenida, pero un misterio, algo dramático, horroroso, todo el mundo se peleó*".

La terapia continuó sobre aspectos familiares. A lo largo de las siguientes citas entregó notas autobiográficas que empezó a redactar; si bien describen aspectos de su biografía que fueron configurando su carácter, tienen una naturaleza de gran intimidad, y por no ser estrictamente pertinentes a la cuestión que tratamos -aunque esclarecedores de algunos aspectos para el terapeuta- son omitidas.

Algunas situaciones laborales y familiares parecían tener resonancia mutua. En todo caso, a lo largo de las entrevistas posteriores no se señaló ni ella indicó equivalencias entre la situación laboral y su historia biográfica. En todo caso, correspondía a ella establecerlas. El trabajo en torno a su reincorporación laboral se centró en las elecciones. Ella comentó en una cita "*yo siempre he elegido mis trabajos*"; el último fue, sin embargo, fallido. Las elecciones no son ahora para ella –por su naturaleza jamás lo son- infalibles. De aquí que surjan, quizás de forma que podríamos decir, adecuada, dudas sobre distintas ofertas. El contencioso legal que abrió para negociar sus condiciones de marcha de la anterior empresa, curiosamente permanecían en un segundo plano. No era la carencia de importancia, sino que quedaban disminuidas ante la incertidumbre del futuro en nuevos lugares y las nuevas expectativas.

Es importante para arrojar luz sobre todo lo anterior algo sobre el entorno familiar. El ambiente en el que vive desde su niñez es "complejo". El único referente válido es la figura de la abuela paterna. No suplanta la figura de su madre, pero como ya señalamos, estuvo más presente en su vida. Como forma de "aislarse" de las situaciones conflictivas familiares, se centró en los estudios y el trabajo. Estos eran: "*La zanahoria que yo tenía para mí*". Se trataría como seguir adelante sin mirar a los lados. Como intentó hacer en la empresa en la que sufrió acoso. Y así confió en sentirse protegida hasta que quien acosaba dio con su talón de Aquiles: desprover de sentido a su trabajo, y con ello, abrirla "al mundo".

A inicios del año siguiente, seis meses después de iniciar el contacto en nuestro centro. Expresó nada más empezar: "*¡Ya soy libre! Me 'han' puesto una inyección de autoestima bastante potente*". Se trata de un nuevo trabajo. Expresa que no tiene temor, pues se siente "*protegida*" porque conoce a las personas con las que va a trabajar. Destacamos aquí el uso, ahora sí de las formas pasivas verbales. Acepta la ayuda de otros.

Hacia marzo, hablamos sobre los efectos del estrés crónico, mantenido. De la incertidumbre y la violencia imprevisible, y el estado de expectativa hipervigilante que ello genera.

Expresa –aun no se ha incorporado-: "*si consigo volver a trabajar está superado. Todo lo demás me encuentro bien*". Varía en su asertividad. A veces describe bajones ante la

incertidumbre laboral. Ha estado barajando dos propuestas laborales. En una ocasión me refiere como posibilidad, ponerse por su cuenta. Lo expresa con escasa convicción.

No fue elegida en un proceso de selección para un trabajo al cual optó con muchas perspectivas de conseguir. Señala, cómo ha tenido información a propósito de la persona que probablemente seleccionen. Refiere aquí, que sin embargo se siente “*afortunada, por acceder a una explicación*”. Una explicación, justa o no pero coherente con el mundo empresarial; sobre todo, haber recibido una explicación. Es difícil determinar en este momento de su historia si significa un signo, o una falla de su carácter, o un deseo aceptable para todos. De hecho, su agradecimiento es por el acto de haber recibido de alguien una explicación, no del trabajo en sí.

Trabajamos lo que podríamos llamar, la pérdida de la inocencia; en su caso, que el mundo no se rige por variables lógicas controlables. Ella ya lo ha vivido realmente en su entorno familiar, pero construyó una especie de burbuja. Este era su mecanismo de defensa, pero ahora ha descubierto que es falible.

Raquel va reelaborando el sentido de *responsabilidad*, no ya como dar cuenta frente a un “otro” ante cuyo juicio se siente sometida. Se trataría de la responsabilidad asumida ante las propias elecciones. Lo cual, no anula la responsabilidad del “otro”.

Ella misma dirá: “*estoy luchando por el sentido de responsabilidad que tengo por todo*”. Comenta que está “*reconsiderando la forma de ver las cosas, (...) Me estoy un poco mentalizando...*”, y refiere estar “*sorprendida por lo que ve*”. Vamos bajando el tratamiento y distanciando las citas.

Tres meses después refiere que está muy bien, muy contenta, “*no sé qué quiero hacer con mi vida, vuelvo a ser un poco yo*”. Llama la atención, cómo se combina la alegría con la incertidumbre. Quizás ahora la incertidumbre signifique para ella oportunidad.

Cuatro meses más tarde refiere que está “*fenomenal*”. Meses antes retiró el tratamiento antidepressivo que quedaba. Lleva meses trabajando. Su puesto es de directora.

Acordamos el alta clínica. Cuando nos estamos despidiendo, comenta: “*creo que la experiencia te hace más sensible para las experiencias de los demás*.”... Casi inmediatamente, se para y refiere, como un detalle, para ella extraño, que con mucha frecuencia, sin advertirlo hasta haberlo pronunciado, pide permiso para hacer las cosas. [Esta vez, su extrañeza es sosegada, o quizás ya entiende las cosas, aunque no las comprenda]

## **El segundo caso**

### *Sinopsis*

Se trata de un varón de 42 años con negocio propio y trabajadores a su cuenta.

Su vida está centrada en su actividad laboral con falta de tiempo para su familia y amigos

Tiene antecedentes de pérdida muy dolorosa de una abuela hace 12 años, con quien convivía

Presenta un cuadro con ansiedad, agotamiento físico y mental, anhedonia, insomnio, astenia, pérdida de peso y de la libido y dificultades para concentrarse en las cosas. Abuso eventual de alcohol.

Presencia de ideas relacionadas con el suicidio y la muerte

Posible patrón estacional de sus síntomas

Toma medicación antidepressiva

No está de baja laboral ni ha solicitado informe clínico alguno. No fue al especialista la

primera vez que le remitió el MAP.

Ha perdido el control sobre su trabajo y sus trabajadores hasta convertirse en “un infierno”

Está buscando una alternativa a su trabajo actual más reconfortante

El cuadro clínico parece centrado en un trastorno del afecto, que si tiene un carácter estacional nos indicaría una cierta predisposición (o menor resistencia) a padecerlo y situaciones de pérdida del control del impulso en forma de abuso eventual de alcohol.

### *Desarrollo del caso*

#### **Presentación**

El presente caso contrasta con el sufrido por Raquel. Al igual que el anterior, ha sido elaborado a partir de las anotaciones de un tratamiento naturalista en un centro asistencial donde la indicación terapéutica era la que dirigía las acciones. Los tiempos entre las entrevistas están marcados por la compatibilidad de tiempo y con los progresos terapéuticos. Es la continuidad de las consultas la que da sentido, al igual que en el caso de Raquel, al relato.

Luis, de 42 años, fue remitido por su médico de cabecera expresando como motivo de la derivación “Ansiedad”. Describe su médico de cabecera ampliando el motivo de consulta lo siguiente: “*posible trastorno de ansiedad en relación con actividad laboral, en tratamiento con un antidepresivo (serotoninérgico) desde hace dos años con mal control actual... no seguimiento por psiquiatra desde hace prácticamente ocho meses... asocio al tratamiento una benzodiacepina y ruego valoración*”.

A nivel de antecedentes personales recientes destaca una glucemia basal alterada, una bronquitis aguda y a finales del año previo una contractura cervical. El volante de derivación estaba fechado con anterioridad. Sin embargo no acudió en la primera ocasión. Sólo después de una segunda derivación de su MAP acude al Centro, pasados cuatro meses desde que el MAP emitió el primer parte.<sup>130</sup>

#### **El contexto**

Luis expresa como *demanda* de consulta propia lo siguiente: “*llevó mucho tiempo tomando antidepresivos, en mayo fui de nuevo al médico de cabecera, estaba muy mal, tenía un bajón y me cambió la medicación*”. Refiere que siente mucha ansiedad. Identifica este periodo de malestar con una duración de aproximadamente 18 meses.

Posee una teoría personal al respecto que describe como “*agotamiento del sistema nervioso*”. Comenta que tras el cambio de antidepresivo (por uno de mecanismo dual) se encuentra algo mejor de ánimo. Este “*agotamiento del sistema nervioso*” *lo relaciona claramente con el trabajo*. Es un profesional autónomo del sector de servicios. Se dedica a hacer reportajes de bodas. Comenta que “*tenía 54 empleados y eran 54 problemas*”. Comenta que actualmente sólo tiene cuatro personas a su cargo y que el resto trabajan como “*freelance*”.

*No ha presentado la baja* preparada por su médico de Atención Primaria en la Seguridad Social.

*Esto es congruente con lo que referimos al hablar del caso de Raquel, personas que precisan que no se emita un juicio negativo sobre ellos relacionando baja laboral y absentismo.*

#### **Los síntomas**

Establece lo que podríamos considerar su *demanda primaria*: “*quiero curarme porque cuando estoy muy mal me tomo tres copas y luego estoy peor*”. El consumo de alcohol parece un intento de automedicación por su efecto sedante.

Comenta que lleva unos días en los cuales no está bien, y ha dejado de frecuentar su oficina. Está muy irascible: “*tengo a mi hijo (casi 13 años) muy machacado... no le paso ni una... y a mi mujer también*”. Su esposa se ha puesto a trabajar y es quien está sacando la familia adelante.

---

<sup>130</sup> Este accidente asistencial puede incidir en el incremento del registro de los tiempos de espera

Comenta: “*la verdad es que tengo suerte, tengo una mujer que no me la merezco,... ¡lo que me ha aguantado!*”

Al preguntarle por su grupo social, refiere que carece de disponibilidad para ellos, y que dejó de ver por ese motivo a sus amigos de toda la vida.

Refiere que: “*cada vez tiene menos ilusión, nunca he sido un tío pasota*”. [Anhedonia, o ausencia de la búsqueda de actividades placenteras o de su disfrute]

Le cuesta iniciar el sueño, y se despierta de madrugada; consigue volver a dormir, aunque en muchas ocasiones se despierta de nuevo". [Dificultad de conciliación del sueño y despertar precoz]

Se siente peor por la mañana [empeoramiento matutino]. Manifiesta un estado de continuo cansancio [astenia]. Ha perdido 12 kilogramos en unos ocho meses, tres a cuatro de ellos desde principios de año [pérdida ponderal]. Refiere que antes, cuando tenía mucha ansiedad, le apetecía comer. [Hiporexia]

Comenta que desde hace más de un mes no siente deseos sexuales, hasta el punto de que su esposa, refiere, ha pensado respecto a su inclinación sexual, o sobre si mantenía alguna otra relación, ante lo cual él insistía que no tenía ninguna relación con otra mujer. [Disminución de la libido]

Refiere “*pérdida de memoria*” y a veces lo que denomina como un habla pastosa.

Con respecto a su *personalidad previa* se describe como: afable, demasiado bueno (“*que me engaña todo el mundo*”), responsable “*aunque dejado... Aparco las cosas... Dentro de mi desorden*”.

## **La situación laboral**

Al preguntarle cómo cree que se ha generado el estado anímico que describe, comenta: “*a lo mejor es mi manera de ser, no me gusta fallar, no se pueden casar de nuevo (reportajes de bodas)*”. Comenta que él “*no quiere fallar*”, pero que no se trata sólo del tema de la propia pareja sino “*de la familia extensa*”. Al preguntarle si puede aclarar este punto refiere: “*siempre sale un tío de la familia,... hasta que no le expliques el motivo por el que no sale una canción, los cambios..., por cualquier cosa...*”. Refiere que “*más de uno ha llegado a llamarle amenazante*”. Luego, apostilla, las personas que trabajan (para él) hacen (los problemas) más gordos: “*no resuelven las quejas*”. (Refiere que ha llegado a cubrir 20 bodas en un fin de semana e incluso ese número en un sábado)

Por otro lado ha montado una pequeña distribuidora de alimentos selectos (quesos, vinos) desde hace dos años, como algo complementario. Lo define como un pequeño negocio, gratificante, “del que no dependo de nadie” (no necesita de ninguna otra persona que le ayude).

Al preguntarle, por qué montó esta pequeña distribuidora refiere que fue buscando una solución complementaria, “*pues el trabajo actual es de lunes a domingo, y además, se vuelca más porque es el único empleado*”. Este proyecto se inició con el objetivo de poder dejar el trabajo de reportajes.

Aparece espontáneamente, sorprendentemente podríamos decir, pues interrumpe el hilo anterior, un nuevo emergente biográfico: “*de todas maneras mi abuela murió hace 12 años y a mí me afectó mucho, porque yo no vivía con mis padres, vivía con ella*”. Al preguntarle por qué menciona este hecho ahora refiere: “*por qué yo creo que ahí empecé a estar tocado...*”.

*Al margen de la casualidad que pueda representar el papel jugado por las dos abuelas en las vidas de Raquel y Luis, parece que en ambos el desfallecimiento ante lo insostenible de la situación laboral, abre –como es potencial de toda crisis (peligro y oportunidad)- nuevas perspectivas de exploración sobre sí mismos.*

Al preguntarle por otros acontecimientos, refiere que la mujer de un amigo se suicidó hace dos meses, “*y se me pasó por la cabeza, se me pasó suicidarme*”. Al preguntarle si había pensado como hacerlo especifica como medios: “*tirarme por la ventana y si no soy capaz tomarme todo el medicamento*”. No existe ninguna intención de impresionar de alguna forma al interlocutor,

en todo caso, lo que a éste impresiona es el distanciamiento afectivo con el cual emite esta información. No queda claro por qué es un tema postergado casi hasta el final. Es cierto que la entrevista ha sido semiestructurada, no directiva, en cuyo caso se habría preguntado directamente al inicio.

Curiosamente, y separado de lo anterior, ya finalizando la entrevista recuerda a “dos chavales” que estuvieron con él y que se suicidaron. Los diversos suicidios, están presentes, pero distantes. Se expresan no obstante con cierto distanciamiento afectivo. ¿Puede ser este un intento de aislarlos, encapsularlos o reprimirlos?

**Seis días después**, refiere que está algo mejor, aunque dependiendo de los días. Comenta que en la semana transcurrida tras la anterior consulta: “*hice propósito de enmienda*”.

Persisten sin embargo días sin ánimo. Destaca la dificultad para la concentración.

Respecto a su proyecto de cambio de estilo de vida, refiere que ayer estuvo muy bien con su hijo y esposa; yendo el domingo al cine.

Sigue adelante con su proyecto alternativo: “*me parece que le van a meter una patada a las fotos*”.

La dosis de tratamiento antidepresivo se ha subido al no alcanzarse una remisión completa de sus síntomas.

Veintiún días tras la anterior cita, comenta que está algo mejor y no tan decaído. Persiste sin embargo la ausencia de ganas de hacer algo; refiere que está bajo de moral.

Sin embargo expresa, “*por lo menos me motivo y digo que tengo que salir adelante*”. Refiere sentir por otra parte ahora mucha ansiedad.

*Este surgimiento de ansiedad y proyecto recuerda lo que Raquel describía. Parece como si la depresión en tanto que desvitaliza aplaca la ansiedad. En la medida en que el mundo se abre con sus elecciones e incertidumbres, la ansiedad se hace más presente.*

Esta semana Luis ha comenzado a dejar la actividad previa. “*Han sido casi 20 años con ella*”, dirá, y con ello “*mucha tensión, fines de semana,...*”. Siente que en esa situación de presión se bloquea y no toma decisiones.

Tras ausentarse en una cita y tras el periodo estival, diez meses después comenta que ya ha dejado completamente la actividad fotográfica. Refiere que sin embargo: “*no termino de levantar la cabeza, y bebo un huevo, a partir de las seis de la tarde*” (En torno a cinco o seis whiskies).

El médico de cabecera ha aumentado en ese periodo el tratamiento antidepresivo. Refiere que fue su mujer quien le orientó a pedir una nueva cita.

Al solicitarle que precise sobre este consumo de alcohol, refiere que lo hace sólo, yendo siempre al mismo lugar, y que luego no recuerda las cosas. Llega al estado de embriaguez. Aunque especifica que no es que vaya “*de lado a lado*”. Añade: “*no sé si es por olvidar... hay días que me meto en la cama y no me apetece salir*”. Refiere que tiene mucha ansiedad.

Siente mucha culpa por todo lo anterior: “*Yo no sé cómo no me he separado* (inculpándose a sí mismo de la situación familiar). *Luego mi hijo tiene 13 años, y siempre está enfadado conmigo*”. Comenta que hay discusiones en casa “*por mi culpa*”.

Presenta ideas de muerte. Existe un empeoramiento por la mañana. Comenta que sin embargo las anteriores Navidades estuvo bastante mejor, se levantaba por sí mismo, hacía fotos y se sentía contento. El decaimiento parece que experimenta un incremento a partir de los meses de febrero o marzo. Refiere que: “*además me cambia mucho el carácter, de estar tranquilo a estar cabreado*”. Por entonces el entrevistador empieza a valorar si puede existir un patrón estacional vinculado al estado de ánimo.

Sobre el consumo de alcohol comenta, con cierta extrañeza respecto a su propio hábito: “*Pero si me tiro sin beber una semana... no sé por qué es, es una válvula de escape, no sé por qué*”.

Pese a su estado depresivo no se encuentra de baja. Se hace un ajuste según el protocolo habitual para depresiones resistentes.

Veinte días después de esta cita refiere que se encuentra mejor, aunque: “*esta mañana me he despertado con una crisis de ansiedad, no me había pasado nunca*”. No obstante, y esto es ya una tónica en todas sus revisiones, destaca espontáneamente que siente una mejoría que advierte

por estar más alegre, y en que no le da tantas vueltas a las cosas. Ha empezado a trabajar de mensajero, y refiere que tampoco bebe. Comenta que está muy cansado, pero bien. Los atascos no le afectan, incluso refiere *“por lo menos estoy distraído”*.

Mes y medio después refiere que está algo peor desde 15 días a un mes antes. Parece existir una incongruencia entre su estado de ánimo y la ansiedad que antes de esos días no sentía y el hecho de reconocer y él mismo destacar que sin embargo las cosas se van arreglando.

Hacemos un ajuste del tratamiento medicamentoso y tras un mes refiere que tiene ansiedad y que desde hace poco tiempo le cuesta dormir y se despierta mucho por la noche. Refiere que esto ha reaparecido recientemente. Comenta *“no sé por qué será (...) pero estoy algo mejor, estoy mejor de ánimo más contento, veo las cosas más positivas”*.

Refiere que siempre ha estado con ansiedad, pero ahora mucho menos que antes, que más bien son “picos” de ansiedad, como una opresión que al rato se pasa. Refiere de nuevo: *“Y lo que tengo es ganas de llorar todo el día, por cualquier cosa, pero me encuentro mejor... ha sido, esta última semana”*. Lo vincula con el cambio de tiempo. No deja de señalar: *“Pero voy con ganas de trabajar y todo”*.

Hacemos una nueva valoración respecto a la influencia de los cambios estacionales sobre la evolución de su cuadro afectivo. En otoño parece que se encuentra mal, sin ganas de hacer nada, ni de levantarse, importándole todo poco. Sin embargo en las últimas Navidades (invierno) estuvo mejor, trabajando. De nuevo en febrero a marzo (primavera) empieza a estar mal. Pregunta: *“si hubiese tenido la cabeza mejor hace tiempo ¿estaría mejor ahora?”*.

Un mes y medio después comenta que ha mejorado su estado de ánimo y su estado de ansiedad. Curiosamente estamos en pleno octubre –también es cierto que hemos seguido ajustando la medicación-. Define estar anímicamente hacia la mitad de sus posibilidades. Vuelven a destacar los problemas de memoria y de falta de atención y concentración.

Dos meses después refiere que está cada vez mejor (invierno). Está contento y se siente bien, al ir a trabajar, si bien le cuesta hacer algunas cosas. Sigue de mensajero y con su pequeño negocio de importación de productos alimenticios. Ha hecho algunas cosas para otra gente, como técnico.

Transmite que todo lo anterior, el trabajo como fotógrafo, era *“como un infierno”*. Comenta que su mujer le hizo recabar su atención sobre el hecho de que ya no le llamaban de ningún sitio, que ya le habían dejado tranquilo. Ella comenta que le encuentra mejor de ánimo. Establece una relación entre el ánimo y el consumo de alcohol: *“si estoy bien no bebo”*.

Se ha seguido manteniendo el tratamiento pautado y un seguimiento. Presenta variaciones anímicas que impresionan de alguna relación con los cambios estacionales. Sin embargo, diferencia lo que identifica como síntomas propios de un trastorno depresivo, de lo que es su reciente actitud ante el mundo, que experimenta como una mejoría en su calidad de vida

## **Consideraciones finales**

Ambos casos son complejos, y la petición de atención por terceros fue la situación laboral. Mientras Raquel fue sometida a acoso laboral, Luis es su “propio” jefe. A diferencia de Raquel, la cual recibe con mayor impacto los efectos del acoso desde el momento en el que se vacía de sentido a su trabajo –su espacio de refugio-, para Luis será este exceso y la dificultad de gobernarlo o gestionarlo lo que determina su colapso psicoemocional. Ambos son renuentes inicialmente a acudir a salud mental, y será la insistencia de sus médicos de atención primaria los que lo conseguirán. En ambos casos, otros aspectos de la vida, sobre todo de índole personal y familiar, pese a los intentos de delimitarlos de los ámbitos laborales se han visto afectados. En ambos se va a mostrar una sintomatología similar compatible con un episodio depresivo con síntomas somáticos, con predominio de la anergia depresiva frente a la ansiedad. Sin embargo, en ambos también conforme disminuyan los síntomas depresivos se harán más evidentes lo

de carácter ansioso. Ambos enfrentan elecciones y realizan un cambio en su vida profesional.

Sus cuadros clínicos podrían sugerir una cierta contradicción si consideramos que sus estados depresivos son consecuencia directa de la situación laboral. Cabría esperar que los correlatos sintomáticos se correspondiesen más con depresiones de origen reactivo ante la situación laboral que con cuadros depresivos con presencia de síntomas somáticos. Cabe pensar también que un estrés crónico, con su incidencia sobre el sistema neuroendocrino influya en la aparición de cuadros depresivos con un perfil más “endógeno”. Cabe incluso pensar en una relación temporal, a modo de dos procesos independientes que concurren en determinadas ocasiones.<sup>131</sup>

En todo caso, esto nos ilustra, no sólo acerca de la complejidad del diagnóstico de algunas situaciones laborales, sino de la necesidad de una correcta anamnesis. Esto es especialmente evidente en el caso de Luís. Es él mismo quien padece los síntomas propios de una depresión, pero los separa del “infierno” que suponía el estrés laboral al cual estaba sometido. Si bien fluctúa la mejoría y empeoramiento de los síntomas arriba enumerados su situación existencial ha ido mejorando progresivamente.

De forma algo distinta en Raquel, existe una mejoría evidente conforme se aleja del agente acosador. Y es aquí donde se establece quizás la diferencia fundamental entre ambos casos, también su diferente gravedad: Raquel sufre un ataque a su identidad que acaba derrumbándose. No se reconoce con la misma persona previa a la situación traumática. En Luís, cambia el temperamento ante los demás, su personalidad previa, “su carácter”, pero no su identidad. Raquel tiene que hacer todo un trabajo de reconstrucción de sí misma; para Luis es suficiente con variar las condiciones laborales. De hecho, finalmente, Raquel retorna a su antigua función de dirección; Luís cambia por completo de área de trabajo.

=====

TABLA XVIII. Características de los dos casos presentados

	El caso Raquel	El caso Luis
Genero	Mujer	Varon
Edad	38	42
PIC del MAP	“Ansiedad reactiva a problemas laborales, con rasgos depresivos y anhedonia. Ligera mejoría tras tratamiento con una (BZD) y un antidepresivo (ISRS) hasta 40 mgs. En su mutua solicitan informe vuestro y además ruego valoración por vosotros”.	“Posible trastorno de ansiedad en relación con actividad laboral, en tratamiento con un antidepresivo (ISRS) desde hace dos años con mal control actual. Sin seguimiento por psiquiatra desde hace prácticamente ocho meses. Asocio al tratamiento una BZD y ruego valoración”

<sup>131</sup> Observamos dos condiciones. En la primera, el perfil de vulnerabilidad del sujeto influye sobre la aparición de la respuesta psicofísica al estrés crónico y matiza las formas o características clínicas resultantes. Pero puede ocurrir que la aparición de condiciones de estrés de lugar a una negativa evolución de un trastorno psíquico previo o no directamente influido por el estrés.

Motivación para el tratamiento	Le remite su MAP	Le remite su MAP
Actividad laboral previa	Cualificada por cuenta ajena	Tiene un negocio propio
Valoración de su trabajo	Se implica personalmente en su trabajo	Valora su trabajo en relación a los beneficios y al control sobre el mismo
Inicio del proceso	Acoso de la dueña del negocio dificultando gravemente el ejercicio de su función	Deterioro progresivo de las relaciones con sus trabajadores y sus clientes
Posición frente al conflicto laboral	No lo comprende. Se culpa de lo que le ocurre	No lo soporta. Se queja de lo que le ocurre
Clínica desarrollada	Dolor, insomnio, angustia frente al trabajo, rasgos depresivos, anhedonia, anergia, animo triste, demotivación por todas las cosas, retraimiento social, pérdida de peso	Ansiedad, agotamiento, anhedonia, insomnio, astenia, pérdida de la libido, pérdida de peso, dificultad para concentrarse, abuso esporádico de alcohol
Gravedad evolutiva	El proceso cuestiona su identidad. No comprende lo que le sucede.	El proceso cuestiona su equilibrio psíquico. No soporta lo que le ocurre, desbordado.
Tratamiento seguido	Psicofármacos + psicoterapia	Psicofármacos + psicoterapia
Condiciones del estrés crónico	Sin mecanismos de compensación ni facilidad de alternativa (implicación con su trabajo)	Sin mecanismos de compensación (sin relaciones familiares y sociales, con abuso esporádico de alcohol) pero con búsqueda de alternativa laboral
Alternativas	Recuperar su trabajo en otro lugar	Cambiar de tipo de trabajo
Posición frente a la baja laboral	La evita	La evita
Antecedentes personales	Muerte muy sentida de un familiar muy cercano tiempo atrás	Muerte muy sentida de un familiar muy cercano tiempo atrás

## *CONCLUSIONES*

- A. Encuentros y desencuentros entre la Medicina laboral y la medicina clínica (nivel primario y nivel especializado)

- La medicina laboral ha establecido los distintos conflictos del trabajo con consecuencias negativas sobre el equilibrio psíquico del sujeto.  
Básicamente se cuenta con:
  - el estrés laboral por sobreesfuerzo
  - el síndrome del quemado o burn-out
  - el acoso laboral
- Es papel de la medicina clínica establecer, en su caso, las formas de fracaso del equilibrio psíquico del sujeto inmerso en los distintos tipos de conflicto laboral. Hemos analizado este aspecto en el caso de los MAP y los especialistas de salud mental (psiquiatras y psicólogos clínicos) con los siguientes resultados:
  - los juicios clínicos realizados por los MAP y los especialistas suelen tener un alto grado de coincidencia, contemplando estos problemas con carácter general en el ámbito de los trastornos mentales comunes, es decir, aquellos cuya centralidad sintomatológica gira en torno a la ansiedad y el trastorno del humor, cursan habitualmente con un grado moderado o leve de severidad y son atendidos dentro de la red extrahospitalaria del sistema sanitario.
  - En muchos casos el MAP y el especialista se están refiriendo al mismo problema clínico pero con un uso diferente de los términos clasificatorios (codificación diagnóstica). Para uno el paciente sufre de ansiedad (por culpa de sus problemas en el trabajo) mientras que el otro lo sintetiza como un trastorno adaptativo con síntomas ansiosos. Siendo básicamente lo mismo, su codificación CIE-9 va a ser diferente: 300.0 frente a 309.2.
  - las principales diferencias las encontramos en el uso frecuente por parte del MAP del diagnóstico directo de estrés laboral y sus variantes (lo que se ha recogido dentro de los códigos V) y en la diferente codificación nosográfica: los MAP se centran en los trastornos neuróticos (estados de ansiedad y distimias) y los especialistas en las reacciones adaptativas (con síntomas depresivos y/o ansiosos)
- De forma generalizada, el MAP expresa un juicio clínico en el PIC de derivación (que funciona de facto como un mini-informe dirigido al especialista) y sin embargo, los juicios clínicos realizados por el especialista en la historia clínica no llegan al 50%. Para el especialista, la historia clínica es un documento de trabajo, de forma que la concreción de un juicio clínico o un diagnóstico definido sobre el caso se lleva a cabo cuando realiza un informe de situación o el informe de derivación y/o de alta del paciente.
- La estructuración de una Guía Nosográfica de apoyo a los profesionales sanitarios frente a los casos de estrés laboral tiene como objetivos, precisamente, asegurar un juicio clínico a partir del conflicto laboral expresado por el paciente y ayudar a diferenciar dos grupos nosográficos con consecuencias para un mejor conocimiento del problema del paciente, lo que puede facilitar un tratamiento más racional. Se trata de distinguir entre las reacciones adaptativas y los trastornos neuróticos, diferencia que ayuda a entender el grado de influencia de las características estresantes y de la condición psíquica del sujeto en las consecuencias clínicas del problema. Lo que nos permite establecer variantes en el papel de las distintas formas de estrés

laboral: desencadenante del fracaso clínico del sujeto o simplemente desestabilizador y/o amplificador de su débil equilibrio psíquico.

- El conjunto de datos obtenidos nos lleva, desgraciadamente frente a estos problemas a recuperar la importancia de la clínica (y, en este sentido, de la anamnesis), lo que, al margen de las complejas codificaciones psiquiátricas actuales, nos obliga a una valoración cualitativa (y rigurosa) de los hechos narrados por el paciente.

#### B. El perfil- tipo de los usuarios de los CSM con problemas laborales

Una mujer, entre los 39 y los 41 años, profesional en activo aunque temporalmente de baja, con un mínimo de dos años en la empresa, remitida por su médico por padecer de ansiedad provocada en el ámbito de su trabajo, que es vista un mes y medio después por el especialista, una psicóloga clínica, que la diagnostica de reacción adaptativa. Suele estar tomando medicación psicotrópica para aliviar sus síntomas, y es vista por el especialista en 5 consultas programadas a lo largo de tres meses. La paciente no ha solicitado ningún informe al principio del tratamiento.

#### C. Diferencias encontradas en la atención realizada en los dos CSM (Majadahonda y Vallecas-Villa)

- Los tiempos de espera (45 a 50 días)
- El profesional encargado (Psicólogo y psiquiatra)
- El porcentaje de seguimientos psicoterapéuticos (24% a 4%)
- El tiempo total del tratamiento base (75 a 162 días)

#### D. ¿Qué nos dice el estudio cualitativo?

- la evolución de los pacientes es muy diferente si se trata de un estrés por sobre esfuerzo o de un caso de acoso laboral
- el acoso laboral puede dar lugar a un trastorno depresivo de perfil severo, melancólico, con sentimientos de culpa, exigir un tratamiento más intensivo y largo en el tiempo que los cuadros habituales de estrés laboral.
- las consecuencias médicas del estrés laboral crónico y sus variantes son psico-físicas, afectando al conjunto de la salud de estas personas.
- Es conveniente un tratamiento mixto, farmacológico (antidepresivos) con seguimiento psicoterapéutico

## **OBJETIVOS Y RECOMENDACIONES**

<b>Objetivo</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Observaciones</b>
Mejorar y homogeneizar los diagnósticos clínicos relativos a los problemas de estrés laboral	Establecimiento de una guía simplificada de apoyo al diagnóstico clínico del estrés laboral común para atención primaria y especializada	
Correlacionar el diagnóstico laboral con el diagnóstico clínico	Ordenar los trastornos laborales e incluirlos como diagnóstico 2º	
Diferenciar el papel jugado por las condiciones estresantes y el grado de vulnerabilidad del sujeto	Llevar a cabo en todos estos casos una anamnesis rigurosa y extensa	
Mejorar la efectividad terapéutica de los trastornos clínicos 2ºs al estrés laboral	Realizar estudios de efectividad terapéutica en base a la guía diagnóstica común comparando la farmacoterapia, las psicoterapias y los tratamientos mixtos	

### *Áreas diagnósticas para el estrés laboral*

**SE ESTABLECEN 5 ÁREAS DIAGNÓSTICAS** <sup>132</sup> (CIE 9 Y CIE 10)

**Reacciones de Adaptación** (309) <sup>133</sup> (Respuestas desadaptativas y reactivas)

**Trastornos neuróticos** (300) <sup>134</sup> (Comportamientos con un componente neurótico)

**Otros trastornos psicopatológicos y psicosomáticos desencadenados y/o influidos por estrés (laboral)** <sup>135</sup> (Otros trastornos psicopatológicos y psicosomáticos)

<sup>132</sup> Consecuencias psicopatológicas del estrés laboral con expresión clínica detectable

<sup>133</sup> Deben guardar una estrecha relación, en tiempo y contenidos sintomatológicos, con acontecimientos generadores de tensión, pudiendo aparecer a cualquier edad sin necesidad de un trastorno mental previo o especial vulnerabilidad frente al estrés, aun cuando el manejo de dichos acontecimientos (“respuesta adaptativa al estrés”) varíe entre unas personas y otras. El esquema diferenciador que se sigue en función de su duración (breve/ prolongada) es similar al de los cuadros psicóticos reactivos (reacción paranoide aguda y psicosis paranoide psicógena)

<sup>134</sup> La condición y características propias de las personas con neurosis suelen dar lugar a una mayor vulnerabilidad frente a acontecimientos de la vida cotidiana que, en si mismos, no tendrían por qué generar una gran tensión emocional.

<sup>135</sup> Para establecer cualquiera de los diagnósticos de este apartado hemos de relacionar el cuadro clínico que presenta el paciente con la presencia de condiciones de estrés en el trabajo capaces de actuar en el paciente como desencadenantes y/o mantenedoras de dicho estado psíquico.

**Factores adversos que influyen sobre la salud, calidad de vida y frecuentación de los servicios asistenciales (Código V) <sup>136</sup>** (Malestares psico-sociales relacionados con condiciones de trabajo)

**Ausencia de trastorno psicopatológico detectable en el momento actual** (Situaciones de conflicto sin correspondencia psicopatológica y/o cuadros de simulación)

Dentro de esas 5 áreas se engloban las consecuencias derivadas de las distintas formas de estrés laboral que llegan solicitando ayuda a la red de atención médico-sanitaria.

La primera de dichas áreas responde a criterios patogénicos y a la habilidad de las respuestas de las personas frente al estrés, de ahí su contenido principalmente adaptativo/ desadaptativo y la presencia de una *sintomatología variable*. Lo primordial es la presencia necesaria del estrés continuado para desencadenar el fracaso en la adaptación del sujeto.

Las áreas segunda y tercera integran los distintos trastornos psicopatológicos observables en estas personas. En un importante primer lugar se encuentran los trastornos neuróticos, los más frecuentes y comunes en estas personas, una vez descontados los problemas de carácter adaptativo. En estos casos al conflicto psicosocial se suma un cierto grado de inestabilidad y/o vulnerabilidad de la persona frente al estrés.

Las dos últimas áreas son expresivas de una situación de tensión o malestar vividos por el sujeto en su ámbito laboral sin consecuencias psicopatológicas – aún – significativas y/ detectables.

Hay que valorarlas teniendo en cuenta el momento de la exploración y pueden ser deudoras de actuaciones de carácter educativo y/o preventivo, dentro o fuera del ámbito sanitario.

#### *Guía diagnóstica de los casos de estrés laboral en la red extrahospitalaria*

El uso de la clasificación manejada para el estudio realizado expresa en su gran complejidad de manejo sus limitaciones severas (las de la CIE9) en el orden clínico práctico, especialmente cara a su aprovechamiento dentro del conjunto de la red sanitaria. La propuesta siguiente podría ser utilizada con mayor provecho en el trabajo asistencial común llevado a cabo en las áreas primaria y especializada, así como en trabajos de investigación conjunto en relación a distintos aspectos del estrés laboral. Responde al establecimiento clínico de los efectos adversos del estrés laboral en cinco grupos:

- cuadros psíquicos *directamente relacionados con el estrés laboral*
- cuadros en los que el estrés laboral ha jugado y juega un papel de exacerbación y/o dificulta la evolución favorable del proceso sanitario
- síntomas psicósomáticos y otras conductas determinadas por el estrés laboral
- presencia de condiciones adversas en el trabajo que generan malestar en el sujeto
- ausencia de un trastorno psicopatológico detectable en el momento de la consulta (incluidos los cuadros de simulación).

=====  
Tabla XIX. Guía diagnóstica para los casos de estrés laboral.-

---

<sup>136</sup> Se trata de determinadas *circunstancias psicosociales* que aparecen a lo largo de la vida de las personas y que pueden afectar a su salud, calidad de vida o a la búsqueda de atención por parte de los servicios sanitarios

**A. Cuadros reactivos y adaptativos**

- A.1. Con síntomas predominantemente depresivos y de duración variable (309.0 y 309.1)
- A.2. Con síntomas preferentemente ansiosos (309.2)
- A.3. Con síntomas mixtos ansiosos y depresivos (F43.23)
- A.4. Con presencia de síntomas psicóticos provocados (298.3 y 298.4)
- A.5. Con presencia de un cuadro depresivo mayor (298.0)
- A.6. Con acentuación de los rasgos de personalidad (Z73.1)

**E. Exacerbación de un trastorno neurótico previo**

- B.1. Estados de ansiedad (300.0)
- B.2. Estados fóbicos (300.2)
- B.3. Trastornos distímico (300.4)
- B.4. Cuadros neurasténicos (300.5)

**F. Presencia de determinados síntomas y síndromes físicos especiales influidos por las condiciones de trabajo**

- C.1. Episodios de disfunción vegetativa somatomorfa (F45.3)
- C.2. Insomnio (307.4)
- C.3. Disfunción sexual (302.7)
- C.4. Hiporexia y anorexia (307.5)
- C.5. Cefaleas de tensión (307.8)
- C.6. Abuso de alcohol (305.0)
- C.7. Abuso de medicamentos (305.8)
- C.6. Otros síntomas y síndromes psicósomáticos (316)

**G. Presencia de condiciones adversas del ambiente de trabajo que generan malestar en el sujeto (V 62)**

**H. Ausencia de un trastorno psicopatológico detectable en el momento de la consulta**<sup>137</sup> (Incluye la simulación)

=====

*Ordenación clínica de las consecuencias del conflicto laboral (Reacciones desadaptativas)*

- Reacción desadaptativa frente a una situación prolongada de acoso laboral o “mobbing”
- Reacción desadaptativa frente a un estado continuado de estrés laboral por sobrecarga
- Reacción desadaptativa frente a una situación estresante crónica con características propias (Síndrome del quemado o burn-out)
- Respuestas inadecuadas y/o insuficientes del sujeto frente a condiciones habituales de estrés laboral

<sup>137</sup> Podríamos incluir en este apartado los cuadros de simulación

- Sobreactuación del usuario de los servicios sanitarios frente a condiciones habituales de estrés en su trabajo

### *Recomendaciones y propuestas terapéuticas*

#### *Consecuencias psicofísicas del estrés laboral*

No es asunto lineal cómo las condiciones continuadas del trabajo en situación de estrés inciden sobre la pérdida de salud:

- Sabemos que sus efectos adversos pueden incidir tanto sobre la salud física como psíquica <sup>138</sup>
- Sabemos también que su incidencia sobre la salud es variable y juega dentro de un amplio abanico que va desde malestares circunstanciales hasta situaciones con riesgo para la vida.

Esta situación introduce mayor complejidad, si cabe, a la hora de establecer las formas de enfrentar el problema

#### *Intervenciones de carácter sanitario*

#### *Efectividad de las intervenciones sanitarias en el estrés laboral*

En relación con la efectividad de la red sanitaria actual de atención a la salud mental está abierto un doble debate:

- Sobre el grado de efectividad de nuestra actuación en relación a los trastornos psiquiátricos comunes
- Sobre las consecuencias negativas del crecimiento de la demanda de atención de problemas psicopatológicos comunes sobre la correcta organización y disponibilidad de recursos para afrontar de forma eficaz los trastornos mentales graves con riesgo de discapacidad e invalidez.

Lo que nos indica que estamos ante un conjunto de problemas cuyo efecto sanitario es muy importante y muy variable, exigiendo, por tanto, una respuesta específica para cada caso. En el análisis cualitativo de casos se planteaba algo esencial: la necesidad de una anamnesis cuidadosa, mucho más allá que las mejoras, también necesarias, qué duda cabe, en la codificación de estos trastornos.

Nuestra impresión es que en el campo general del estrés laboral por sobreesfuerzo lo que se está haciendo está directamente relacionado con la sensibilidad existente respecto del reconocimiento de los derechos laborales de las personas, centrándose un interés más específico en Síndromes como el acoso laboral, burnout, etc, con mayor repercusión mediática y frecuencia reducida en comparación con el conjunto de

---

<sup>138</sup> Además de sobre su motivación laboral. En un estudio de 2007 de la Consultora Towers Perrin sobre el nivel de compromiso de los españoles con su empresa, un 19% estaban totalmente comprometidos, un 35% parcialmente comprometidos y el 46%, casi uno de cada dos, no estaba comprometido con su empresa. Y el Informe Benchmark 2006/2007 analizaba el grado de compromiso de distintos sectores teniendo en cuenta aspectos relacionados con el clima laboral: el índice de compromiso con la empresa era alto en el sector farmacéutico y el de los seguros. Al contrario, faltaba en el caso del sector público y en las empresas de telecomunicaciones y de alta tecnología

conflictos laborales que actúan de forma cotidiana, poco a poco y durante mucho tiempo sobre la salud de las personas.<sup>139</sup>

¿Tiene base la hipótesis que contempla la existencia de un trasvase creciente de “conflictos y malestares” desde el mundo laboral hacia el sanitario como una ventaja obtenida por el mundo empresarial al derivar de esta forma gastos necesarios para mejorar las condiciones del trabajador dentro de la empresa y reducir sus riesgos de pérdida de la salud hacia un servicio de carácter universal que se financia de forma general por impuestos?.

De acuerdo con los datos de que disponemos, esta situación se daría en un porcentaje pequeño de los casos que atendemos. Con carácter general el sujeto vincula con su actividad laboral aspectos importantes relativos a la consideración de sí mismo, su autoestima e, incluso, su integridad psíquica. El “abandono depresivo” suele ser la consecuencia del fracaso habido en “el enfrentamiento ansioso” del conflicto laboral.

En todos estos casos debemos evitar, por tanto, un doble riesgo. La excesiva e inespecífica **medicalización del conflicto laboral** perjudica tanto al usuario como al propio sistema sanitario, desbordado frente al crecimiento de una demanda para la que carece de suficientes profesionales y programas de actuación efectiva. Y, no nos olvidemos de las pérdidas en **productividad de las empresas** y su efecto, por tanto, sobre el conjunto de su riqueza y la del país.

#### *Tratamiento general de los trastornos adaptativos*<sup>140</sup>

Debemos tomar en consideración cuatro aspectos:

- La identificación de los factores estresantes
  - Consideramos que el trastorno de adaptación surge de una reacción psicológica a un factor estresante
  - *Se ha descrito **comorbilidad** con otros diagnósticos psiquiátricos: trastornos de personalidad, de ansiedad o afectivos. También se asocia con aumento del riesgo de intento de suicidio y suicidio consumado, abuso de sustancias y diversas quejas somáticas no explicadas.*
  - La respuesta desadaptativa puede atenuarse si es posible eliminar, reducir o contener el estrés
  - Lo primero, por tanto, es identificar **el factor estresante**
    - *La enfermedad médica en si misma es un factor estresante para la persona de primer orden* (En el caso de pacientes con cáncer avanzado, la

---

<sup>139</sup> Podemos reconocer dos ámbitos diferenciados: el de la consideración mayor o menor de los derechos laborales en la organización del trabajo de las personas (sus deficiencias facilitan el estrés laboral) y el de la violencia en el trabajo, cuyo paradigma es el acoso laboral, con características particulares.

<sup>140</sup> James J. Strain & Kimberly G. Klepstein. En Glen O. Gabbard: *Tratamientos de los trastornos psiquiátricos*. (Ars Medica, 2007)

intervención psicoterapéutica, sin prolongar la vida ayuda a mejorar la calidad de la vida del paciente)

- En los niños: exigencias del desarrollo, problemas escolares, conflictos familiares, dificultades con los compañeros, incapacidad cognitiva o emocional de hacerse cargo de las tareas, etc.
  - Sobre los factores estresantes. Pueden ser:
    - agudos y crónicos
    - psicológicos y fisiológicos
  - Disponemos de moduladores del efecto del estrés: la fortaleza del yo, los sistemas de apoyo socio-familiar, la capacidad aprendida de afrontamiento de problemas, la educación, el autodominio previo, etc.
  - Un mismo factor estresante puede tener, en distintas circunstancias, distinta significación. También puede venir a sumar el efecto de otro factor anterior
  - Los procesos de aprendizaje y experiencias de la infancia influyen sobre el desarrollo posterior de síntomas psiquiátricos *inducidos* por estrés. Función parental abusiva o hiperprotectora, acontecimientos adversos tempranos en la familia, ansiedad de separación, etc, pueden ser factores de riesgo para los procesos adaptativos posteriores.
- Las medidas psicoterapéuticas que hayan demostrado alguna eficacia
    - Los enfoques psicoterapéuticos del tratamiento se han considerado siempre de gran importancia en el tratamiento de los trastornos adaptativos
    - Sus objetivos son:
      - reducir el factor estresante
      - modificar el significado del factor o factores estresantes para el sujeto (estrés laboral)
      - potenciar la capacidad y habilidades de afrontamiento del estrés
      - mejorar las condiciones psíquicas generales y los sistemas de apoyo personal
    - Se consideran de utilidad algunos principios para la psicoterapia de los trastornos adaptativos: la brevedad en la duración del tratamiento, la inmediatez del comienzo, centrar la psicoterapia en los problemas concretos, responder a las expectativas del paciente, la proximidad relacional (transferencia positiva) y la simplicidad de las técnicas utilizadas
    - Las intervenciones de mayor consideración son la psicoterapia breve y las intervenciones psicosociales de grupo
  - Las medidas de carácter farmacológico que alivien las consecuencias del estrés
    - Se recomienda con carácter general la farmacoterapia (especialmente antidepresivos ISRS), a pesar de que los datos sólo avalan esta opinión, cuando está presente una clínica depresiva franca o cuando se utilizan los fármacos junto con una intervención psicoterapéutica
    - En un trabajo de Strain y cols. de 1998 con enfermos hospitalizados por una enfermedad médico-quirúrgica y diagnosticados de trastorno de adaptación se observó que requerían el mismo número de interconsultas psiquiátricas y tenían la misma posibilidad de recibir

medicación para su problema emocional que los pacientes con trastornos psiquiátricos mayores.

- La mejora en la organización del tratamiento de estos problemas mediante la elaboración de Guías de buena práctica clínica especialmente en los ámbitos de la medicina laboral y de la atención primaria de salud

### *La experiencia terapéutica de una psicóloga clínica en un CSM <sup>141</sup>*

Hemos solicitado a una psicóloga clínica del CSM de Majadahonda con experiencia en la atención psicoterapéutica de personas con problemas de estrés en el trabajo una descripción del enfoque y metodología concreta que sigue con este tipo de casos.

#### Ordenación del caso.-

“Aun siendo habitual la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, tratamos de advertir matices en la clínica relacionados con el tipo de conflicto laboral que sufre el paciente.

Conviene diferenciar ya en la primera entrevista si se trata de un caso de reacción adaptativa causada por una situación de acoso, si es un caso de estrés laboral por sobrecarga de trabajo, o si estamos ante un proceso particular de estrés crónico que ha conducido a un síndrome de burn-out .

También conviene descartar un conflicto laboral “habitual” que el sujeto maneja inadecuadamente por falta de habilidades o por coincidir con otras circunstancias estresantes o con una situación personal de especial vulnerabilidad psicológica.

Las cuatro situaciones más habituales de conflicto en el trabajo, por tanto, serán, de mayor a menor gravedad:

Una reacción frente a una situación de acoso en el trabajo (“Mobbing”): requiere una evaluación inicial del nivel del daño psicológico, ya que además de los síntomas ansiosos, depresivos y somáticos, los sujetos pueden presentar *cierto grado de confusión y disfunción cognitiva*, que en ocasiones recuerdan las características de un cuadro psico-orgánico, así como “anestesia emocional”, aplanamiento emocional y físico y dificultades en la ejecución de tareas sencillas. Igualmente el sujeto puede presentar una cierta *actitud de “perplejidad”*. Los intentos por “comprender la situación” ocupan permanentemente el pensamiento del sujeto, causando un desgaste considerable.

Las crisis de ansiedad y la agorafobia secundaria pueden estar presente como intento de respuesta adaptativa frente a una situación vivida con las características de la indefensión. <sup>142</sup>

Síndrome de “Burn-Out”: Una forma especial de desarrollo – en determinadas circunstancias – del estrés laboral crónico. Los sujetos presentan síntomas de *agotamiento mental y físico*, pero *comprenden la relación entre su estado emocional y sus condiciones de trabajo*. La *sintomatología “deficitaria”* (falta de

---

<sup>141</sup> Se trata de Violeta Suarez, psicóloga clínica del SSM de Majadahonda con experiencia terapéutica contrastada en estos problemas

<sup>142</sup> Ver M.E.P. Seligman: Indefensión (1975)

concentración, de interés, falta de fuerza..) y los *síntomas físicos* (cefaleas, gastralgias, dermatitis, etc.) son predominantes y pueden ser intensos. La ansiedad adquiere características de ansiedad anticipatoria frente a la incapacidad para enfrentarse a diario a tareas que ya no puede ejecutar satisfactoriamente. Pueden estar presentes, por tanto, *crisis de ansiedad* y *agorafobia secundaria*, como intento de respuesta adaptativa. No suelen aparecer trastornos cognitivos, aunque se *ve comprometida la capacidad de ejecución*. Los síntomas depresivos son secundarios.

Síndrome de estrés laboral crónico: Sería un cuadro parecido al anterior, pero causado por una situación laboral menos sostenida, de menor tiempo de evolución, menos sistemática y, por tanto, con mejor pronóstico que el Burn-out.

Reacciones a conflictos en el trabajo: Distintas situaciones laborales de “conflicto” -en sentido amplio-, que sin cumplir criterios de acoso, burn-out ni estrés laboral crónico, dan cuenta de distintos malestares en el sujeto con componentes ansioso-depresivos, incomprensión de la situación y una respuesta inadaptada e insuficiente para superar el conflicto.”

( EN LA PRIMERA ENTREVISTA, POR TANTO, HAY QUE DIFERENCIAR LAS CUATRO COMPOSICIONES CLÍNICO-LABORALES MÁS REPRESENTATIVAS ATENDIENDO A SU PROBLEMÁTICA PSICOSOCIAL Y LABORAL DE PARTIDA Y CONTEMPLANDO SU DIFERENTE EXPRESIVIDAD CLÍNICA. ESTAMOS ANTE TRASTORNOS POR ADAPTACIÓN QUE PRESENTAN DISTINTAS FORMAS EN CUANTO A SU PRESENTACIÓN Y GRAVEDAD CLÍNICA, Y POR TANTO, DISTINTOS Matices A LA HORA DE AFRONTARLOS:

- REACCIÓN ADAPTATIVA FRENTE A UNA SITUACIÓN DE ACOSO LABORAL O MOBBING <sup>143</sup>
- REACCIÓN FRENTE A UN ESTADO DE ESTRÉS LABORAL POR SOBRECARGA
- UNA REACCIÓN FRENTE A UNA SITUACIÓN CRÓNICA DEFINIDA COMO SÍNDROME DE BURN-OUT (UN CUADRO MÁS ESPECÍFICO Y DE MAYOR GRAVEDAD Y DURACIÓN QUE EL ESTRÉS POR SOBRECARGA)
- UNA RESPUESTA INADECUADA Y/O INSUFICIENTE DEL SUJETO FRENTE A CONDICIONES HABITUALES DE ESTRÉS LABORAL)

“El abordaje psicoterapéutico: <sup>144</sup>

---

<sup>143</sup> Sólo en las condiciones de acoso van a poder aparecer, si no se dieran factores predisponentes en el sujeto, cuadros reactivos con sintomatología psicótica, lo que le supone un riesgo de mayor gravedad psicopatológica en estas situaciones.

<sup>144</sup> La falta habitual de control sobre las condiciones del estrés laboral - ausencia de opciones laborales alternativas - junto a la importancia de la presencia de elementos de apoyo social en las consecuencias clínicas del estrés, nos señala los límites de la psicoterapia individual y de la conveniencia de un afrontamiento psicoterapéutico de carácter grupal para estos problemas.

Después de la evaluación inicial, en la que se identifican también *los síntomas, su orden de aparición y el grado de limitación psicosocial que causan*, realizo una primera intervención de carácter PSICOEDUCATIVA, sobre todo en relación a la sintomatología ansiosa, explicándola como una respuesta positiva, un intento de adaptación del organismo a una situación que se vive como amenazante. (reestructuración cognitiva del sentido del conflicto sobre la ansiedad)

En este punto valoro si la amenaza sentida por el sujeto tiene características realmente inmovilizadoras (posibilidad y necesidad de modificar la situación laboral)

Si ya existe evitación de personas, lugares e incluso conversaciones relacionadas con el entorno laboral, hay que posponer las estrategias de afrontamiento de la situación.

Inicialmente suelo recomendar suspender cualquier contacto con el entorno laboral (cuando significan una fuente de ansiedad que impide al sujeto poner en juego sus capacidades de respuesta), pero explicándole al paciente que es una medida provisional, para recuperar sus capacidades y energía y que llegará el momento de enfrentarse a la situación “de otra manera”.

En un segundo momento exploro cómo surgió el conflicto y en qué consiste la respuesta no adaptativa del paciente. Valoro el estilo de respuesta, en relación al sistema de creencias y valores del sujeto, al tratarse de un elemento que será necesario trabajar para ponerlo en relación con los efectos que sobre el paciente ha tenido el conflicto.

También investigo cómo ha respondido el sujeto en anteriores momentos de su historia personal a situaciones conflictivas y difíciles.

Por último pregunto al paciente de qué modo cree que se solucionaría la situación ( para evaluar su ubicación en la resolución del conflicto) y qué expectativas tiene del tratamiento que va a seguir en salud mental.

En resumen: evaluó el tipo de conflicto que ha causado la sintomatología, tanto el conflicto real como la significación que ha tenido para el sujeto del conflicto. Trato de reorganizar la experiencia, analizando las ideas sobre las relaciones en la empresa, la confusión de estas relaciones con sus relaciones personales, y la desilusión que supone descubrir que no son lo mismo. Exploro las emociones ligadas a este proceso ligándolas con el proceso de conflicto laboral. A continuación la intervención se dirige a recuperar las capacidades previas del sujeto, recordando cómo ha resuelto otras situaciones conflictivas, y analizando los obstáculos que le impiden hacerlo en el presente.

Se trata de *devolverle a una posición activa*, desde la que se pueda hacer cargo de las decisiones que deberá afrontar. Para ello tiene que entender que las soluciones posibles no siempre son las que se esperan o desean, ni las más justas. Es importante reconvertir la experiencia en una ocasión de maduración y aprendizaje.

Finalmente, hay que trabajar de forma progresiva el acercamiento al entorno laboral y la reincorporación al trabajo, con los objetivos que el paciente haya decidido proponerse para resolver la situación.”<sup>145</sup>

(EN RESUMEN, PODEMOS ESTABLECER LA SIGUIENTE UNA *GUÍA DE ACTUACIÓN TERAPÉUTICA* CON LOS PASOS Y MOMENTOS TERAPEUTICOS SIGUIENTES:

**UNO:** IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS CLÍNICOS, DE SU ORDEN DE APARICIÓN EN EL TIEMPO Y DE LOS EFECTOS LIMITATIVOS SOBRE LA VIDA LABORAL Y PERSONAL

---

<sup>145</sup> Ver Luis Javier Sanz y otros : “Una experiencia de abordaje grupal de los conflictos laborales”, publicado en el número 103 de la Revista de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría).

**DOS:** INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE CARÁCTER ASERTIVO: LA ANSIEDAD QUE SIENDE ES UN INSTRUMENTO PARA LA ADAPTACIÓN QUE INDICA LA EXISTENCIA DE UN PROBLEMA Y LE PREPARA PARA AFRONTARLO. CON ESTA MEDIDA INICIAL SE BUSCA REDUCIR LA ANSIEDAD Y MEJORAR LA AUTOESTIMA Y NIVEL DE CONFIANZA DEL PACIENTE EN SUS PROPIAS FUERZAS Y EN EL TERAPEUTA

**TRES:** SE TRABAJA CON EL PACIENTE CÓMO QUEDARÍA RESUELTO EL CONFLICTO A SU JUICIO Y QUÉ AYUDA ESPERA DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

**CUATRO:** IDENTIFICAMOS DE FORMA CONCRETA LAS CARACTERÍSTICAS DEL CONFLICTO LABORAL, LAS LIMITACIONES QUE ESTÁ PRODUCIENDO EN EL PACIENTE, LAS CONDICIONES REALES DEL TRABAJO Y LA PERCEPCIÓN DEL MISMO (CARACTERÍSTICAS DEL CONFLICTO REAL Y SIGNIFICACIÓN QUE TIENE PARA EL PACIENTE)

**CINCO:** SI HAY INTOLERANCIA SEVERA FRENTE A LA SITUACIÓN LABORAL, SE SUSPENDE INICIALMENTE CUALQUIER CONTACTO CON EL ENTORNO LABORAL, REDUCIENDO EL NIVEL DE ANSIEDAD ANTICIPATORIA Y FACILITANDO RECUPERAR FUNCIONES DE SU VIDA COTIDIANA, INFORMANDO AL PACIENTE DEL CARACTER TEMPORAL DE ESTA MEDIDA, MIENTRAS RECUPERA SUS CAPACIDADES Y ENERGÍA ACTUALMENTE INHIBIDAS PARA PODER ENFRENTARSE A LA SITUACIÓN “DE OTRA MANERA” A COMO HA VENIDO HACIÉNDOLO. (ES EN ESTE CONTEXTO DONDE SE DEBE SITUAR EL PAPEL DE LA BAJA LABORAL)

**SEXTO:** SE ANALIZA COMO SURGIO EL CONFLICTO Y LA RESPUESTA DESADAPTATIVA DEL SUJETO, VALORANDO SU ESTILO GENERAL DE RESPUESTA FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS (LABORALES O EXTRALABORALES) Y TENIENDO EN CUENTA SU SISTEMA DE CREENCIAS Y VALORES. (REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA Y EMOCIONAL DE LA EXPERIENCIA GENERAL DEL CONFLICTO Y “DE LOS CONFLICTOS”, CON EL OBJETIVO DE INCLUIR DENTRO DEL CONFLICTO LABORAL EL SENTIDO DE OPORTUNIDAD DE DESARROLLO PERSONAL A TRAVÉS DE LA SUPERACIÓN DE DIFICULTADES)

**SEPTIMO:** A PARTIR DE LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE FRENTE A OTROS CONFLICTOS Y DIFICULTADES, SE ESTABLECEN SUS PUNTOS FUERTES Y DEBILES, NECESARIOS PARA PLANIFICAR CORRECTAMENTE LAS POSIBILIDADES DE ACERCAMIENTO Y AFRONTAMIENTO DEL CONFLICTO.

**OCHO:** UNA VEZ RECUPERADAS LAS CAPACIDADES DEL SUJETO INHIBIDAS POR EL CONFLICTO PODEMOS EMPEZAR A AFRONTAR SU SITUACIÓN EN EL TRABAJO Y ACORDAR LAS OPCIONES REALISTAS QUE SE LE OFRECEN, EN BASE A LA ACTUALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS INICIALMENTE POR EL SUJETO).

#### *Medidas psicoterapéuticas aceptadas para el estrés laboral*

La intervención más general en estos casos dentro de la red pública es la prescripción de un antidepresivo, a pesar de sus resultados inseguros y necesitar de un apoyo psicológico y una orientación psicoterapéutica para conseguir una mayor efectividad terapéutica.

**Algunas orientaciones en la atención de estas personas son actualmente objeto de amplio consenso:**

- Explicar al paciente el valor e incidencia real de la actuación sanitaria al tratarse de un conflicto real en la vida del paciente.
- Ayudar al paciente a hacer una valoración e interpretación realista de la situación (Reestructuración cognitiva)
- Ayudar al paciente a valorar sus posibilidades de actuación frente al conflicto laboral y sus alternativas
- Ayudar al paciente a tomar conciencia del carácter no equidistante del conflicto (Va a ser mayor siempre el desgaste del individuo-trabajador que el de la empresa-organización)
- Utilizar técnicas específicas que refuercen la capacidad del paciente para afrontar problemas en su vida cotidiana y en su actividad laboral conflictiva.
  - entrenamiento en habilidades de afrontamiento
  - entrenamiento en establecimiento y consecución de acuerdos
  - psicoterapia grupal de tiempo predeterminado y objetivos definidos <sup>146</sup>
- Ayudar al paciente a aprender a controlar mejor los efectos del estrés (ej.: entrenamiento en relajación)
- Ayudarle a organizar formas de compensación frente al estrés laboral dentro de su entorno habitual mediante la realización de actividades relajantes y facilitadoras de apoyo emocional (hobbys, ejercicio físico, amigos, familia, etc) <sup>147</sup>
- Prevenir desde el primer contacto con el paciente la consolidación de respuestas victimistas y no favorecer el desarrollo de actitudes dirigidas hacia la obtención de un beneficio secundario a través del sistema sanitario y de la pasividad personal (bajas laborales de larga duración, informes de parte, etc)
- No favorecer medidas ni actitudes de revancha frente al dolor que se le ha producido
- Usar un antidepresivo a dosis moderadas y durante un tiempo determinado (ejemplo, ISRS) siempre que el paciente presente síntomas de carácter ansioso o depresivo que se sienta incapaz de controlar mediante otros mecanismos.

*Intervenciones no médico-sanitarias (Los apoyos sociales)*

A pesar de su potencial gravedad, el estrés puede ser combatido mediante medidas relativamente fáciles de llevar a cabo, sobresaliendo entre ellas la posesión de suficiente

---

<sup>146</sup> El contexto grupal es más favorable que el individual a la hora de conseguir resultados concretos y en tiempos de tratamiento limitado.

<sup>147</sup> En una encuesta realizada por la Universidad de Valencia sobre la práctica de deportes convencionales entre la población de 15 a 74 años de edad, un 63% afirmaba no practicar ningún deporte

*apoyo social*, entendido como “el grado en que las necesidades sociales se satisfacen mediante la interacción con los otros”<sup>148</sup>

Así entendido, incluye, al menos, cuatro componentes: las relaciones sociales generales, las relaciones interpersonales, el apoyo social percibido (disposición de) y el apoyo social recibido cuando lo ha necesitado (experiencia reciente).<sup>149</sup>

El apoyo social es un elemento crucial en el campo del estrés: su ausencia incrementa sus consecuencias negativas y su presencia contribuye a prevenirlo y a paliar sus efectos. Al contrario, las condiciones de aislamiento y marginación social son las variables más facilitadoras de los efectos negativos del estrés.

El disponer de apoyo social ayuda, además, a mejorar la autoestima y el estado de ánimo.

Debemos tener una actitud asertiva en relación a la provisión y mantenimiento de los apoyos sociales:

- Mejorando aquellas habilidades sociales que aumentan la probabilidad de encontrar apoyos beneficiosos en nuestro entorno
- Desarrollando actitudes cognitivas favorables para la obtención y mantenimiento de apoyos sociales
- Planificando actividades para la búsqueda y desarrollo de apoyos adecuados en nuestro entorno y la reducción de la dependencia de apoyos que han demostrado ser inadecuados

*Aprovechando, por último, los apoyos sociales existentes que me puedan ser favorables*

#### *Medidas cooperativas entre la red sanitaria y el mundo laboral*

Debemos cuestionarnos nuestra efectividad médico-sanitaria con este tipo de problemas, sin descartar si no estaremos atendiendo dentro del sistema sanitario problemas que deben atajarse de forma efectiva desde la cooperación entre el sistema sanitario y el mundo laboral, mediante propuestas decididas en favor de mejorar la salud laboral y garantizar el cumplimiento de las normas de prevención de riesgos (psicológicos) de los trabajadores en sus empresas.

Desde los estudios relacionales del trastorno cardiovascular sabemos del efecto negativo del estrés (laboral) crónico sobre la salud del trabajador y sobre la productividad de las empresas. Lo que no quita que los programas sanitarios se inicien habitualmente a partir de la detección, a veces inopinada, del trastorno cardiocirculatorio.

Un mayor esfuerzo de las empresas en medidas preventivas y de mediación frente a los diferentes conflictos laborales junto a una mayor **complementariedad con el sector sanitario** podrían ayudar a reducir la morbilidad general y, de forma específica, ese sector creciente de trabajadores insatisfechos que acaban encontrando refugio en la sanidad pública, sumándose a la creciente demanda de ayuda en relación a situaciones que empiezan a denominarse como “**Patologías del discomfort**” dentro de nuestro mundo hiperdesarrollado, frente a las que nuestros instrumentos terapéuticos reales son de dudosa efectividad terapéutica, yendo todo ello en detrimento – dado el carácter

---

<sup>148</sup> Thoits (1982)

<sup>149</sup> Winnubst y cols. (1988)

limitado de los recursos públicos - de una acción psicológica y psiquiátrica más intensiva y potente sobre otras **patologías psiquiátricas mejor definidas** y con tendencia a la invalidez si no se establecen programas suficientemente intensivos de atención y seguimiento clínico y psicosocial bien diseñados (*Programas asertivos y de continuidad de cuidados del enfermo mental*).

En todo caso hay que considerar los efectos de la organización del trabajo en la empresa sobre aquellos *trabajadores con menor capacidad de adaptación a las condiciones laborales actuales* y más necesitados, por tanto, de medidas de apoyo conjuntas y bien coordinadas desde el ámbito empresarial y las organizaciones de trabajadores con el sector sanitario público.

Sin olvidar que en el medio plazo dichas estrategias empresariales siempre acaban afectando negativamente a su propia productividad al empeorar el ambiente laboral, reducir el nivel de motivación, hacer crecer el absentismo y dilatar las situaciones de IL.

En los Países Bajos, se han instaurado Guías de práctica clínica para el tratamiento de los trastornos adaptativos por los profesionales de atención primaria de salud y salud laboral. (Van der Klink y Van Dijk, 2003), centradas en la adquisición de habilidades de afrontamiento y de recuperación del control por parte de las personas con problemas laborales. Los resultados obtenidos han sido la reducción de los tiempos de baja y menos absentismo, con una reducción de los síntomas psicofísicos, sin embargo, similar al grupo control

### *Medidas de carácter preventivo*

Desde una perspectiva general, deberíamos ser capaces de resituar la significación del trabajo dentro de nuestras vidas, de forma que no constituya el centro y eje casi exclusivo de las mismas sino un aspecto relevante del desarrollo de la vida humana. Es el trabajo quien debe estar al servicio del bien transcurrir de nuestra vida y no al revés. Las personas que comprenden esto y lo ponen en práctica “trabajan de manera efectiva por su salud”. En este contexto, deberíamos tener en cuenta que:

1. La función del trabajo es proveernos nuestro sustento y el de los nuestros
2. Cuanto menos tiempo podamos dedicar al trabajo obligatorio – especialmente si no tiene un carácter estrictamente vocacional - podremos dedicar una parte mayor de nuestra vida a actividades elegidas y compartidas con los demás
3. El trabajo no debe interferir en la provisión y mantenimiento de las distintas formas de interacción y apoyo social básicas para disfrutar de nuestra vida cotidiana
4. Frente a la cultura del desarrollismo y del crecimiento desenfrenado con su influencia favorecedora de “la adicción al trabajo”, hemos de primar el conjunto de aspectos que hacen posible y caracterizan una vida saludable

### *Intervenciones sobre el estrés laboral*

Disponemos de tres ejes sobre los que llevarlas a cabo <sup>150</sup>:

- dirigidas a cambiar la fuente de estrés (el origen)
- dirigidas a cambiar el significado o percepción del estresor (las cogniciones)
- dirigidas a controlar los sentimientos de desagrado producidos por la situación estresante (el malestar emocional)

Las estrategias individuales frente al estrés tratan de prevenir y de hacer frente a las consecuencias negativas derivadas del estrés laboral. Su eficacia está limitada por el bajo nivel de control habitual existente sobre el entorno laboral productor del estrés. <sup>151</sup> Poner excesivo énfasis, por tanto, en el papel de las técnicas individuales de reducción del estrés o sus consecuencias puede desenfocar el problema en su conjunto y darle una entidad exagerada a lo que es complementario a la hora de afrontar los problemas relacionados con el estrés laboral, donde las condiciones de la organización del trabajo juegan un importante papel.

Es necesario tratar de incorporar estrategias de carácter grupal y/o organizacional, allá donde esto sea posible.

Desde una perspectiva de intervención psicológica general, las medidas preventivas se vienen centrando principalmente en *el control del estrés*, con tres objetivos principales: <sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> Pearlin y Schooler (1978)

<sup>151</sup> ¡Esta consideración es clave a la hora de establecer la efectividad del tratamiento psicoterapéutico de las consecuencias clínicas derivadas del estrés laboral!

<sup>152</sup> J.Mª.Buceta y A.Mª.Bueno: *Estrés, rendimiento y salud*. En A.Mª Buceta, A.Mª Bueno y B. Mas (eds.): “Intervención psicológica y salud. Control del estrés y conductas de riesgo”

- eliminar o aliviar situaciones potencialmente estresantes
- potenciar o modificar características personales relevantes
- eliminar o controlar las manifestaciones del estrés cuando se hayan producido

Tabla XX. Factores de protección y de riesgo frente al estrés laboral

	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
GENERALES		
	Considerar el trabajo como un aspecto de nuestra vida	Considerar el trabajo como el eje casi exclusivo de la vida
	Tener un alto control sobre el entorno laboral propio (incluido el tiempo de trabajo)	Bajo o nulo control sobre el entorno laboral propio (incluido el tiempo de trabajo)
	Buena organización del trabajo	Mala o ausente organización del trabajo
	Control periódico de las condiciones de salud psicofísica	Despreocupación por las condiciones de salud psicofísica
MAS DEPENDIENTES DEL TRABAJADOR Y SU ENTORNO PROPIO		
	Realiza actividades para reducir el estrés - practica ejercicio físico - descansa suficiente y se alimenta adecuadamente	No realiza actividades para reducir el estrés - lleva una vida sedentaria - no descansa suficiente ni se alimenta adecuadamente
	Desconecta de las actividades laborales - dispone de tiempo libre habitualmente - ocupa de forma creativa su tiempo libre - tiene capacidad para disfrutar de las pequeñas cosas	No desconecta de las actividades laborales - no dispone de tiempo libre habitualmente - no ocupa de forma creativa su tiempo libre
	Realiza actividades de control del estrés	No realiza actividades de control del estrés
	Cuida y promueve sus relaciones interpersonales - Actitud asertiva frente a su entorno	
	Actitud cognitiva realista y no derrotista frente a los	

	<p>problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispone de información propia sobre las situaciones que le generan estrés</li> </ul>	
	<p>Estilo personal de afrontamiento y búsqueda de ayuda frente al estrés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tiene capacidad para “proveerse de recompensas” (Autoreforzamiento)</li> <li>- patrón de conducta “dureza/ fortaleza mental”</li> </ul>	<p>Patrones de conducta y estilos de afrontamiento negativos frente al estrés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- patrón de conducta tipo-A</li> <li>- estilos de negación, evitación o escape frente al estrés</li> </ul>
<p>MÁS DEPENDIENTES DE UNA AYUDA MÉDICO- SANITARIA Y PSICOLÓGICA ESPECÍFICA</p>		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autocontrol</li> <li>- Cognitivos</li> <li>· Evaluar de forma más objetiva y racional las situaciones potencialmente estresantes y los recursos del paciente para afrontarlos</li> <li>· Generar cogniciones más realistas y centradas en los hechos</li> <li>- De afrontamiento del estrés</li> <li>· Mejorar el repertorio de habilidades del paciente para enfrentar el estrés</li> <li>- De búsqueda de apoyos sociales</li> <li>· Explorar las posibilidades de recursos existentes en el entorno y maximizarlos</li> <li>- De modificación de características personales relevantes y facilitadoras del estrés</li> </ul>		

<p>Tipos de técnicas para un mejor control del estrés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Técnicas de reducción del efecto del estrés</i></li> <li>· Relajación</li> <li>· Desensibilización sistemática</li> <li>· Técnicas de biofeedback</li> <li>· Detención del pensamiento</li> <li>· Autoafirmaciones</li> <li>· Autoinstrucciones</li> <li>- <i>Técnicas de reestructuración cognitiva</i></li> <li>· Técnicas de discusión racional</li> <li>· Planteamiento de hipótesis</li> <li>· Búsqueda de evidencias</li> <li>- <i>Técnicas para mejorar el repertorio de habilidades</i></li> <li>· Resolución de problemas</li> <li>· Inoculación de estrés</li> <li>· Entrenamiento en habilidades sociales</li> <li>· Entrenamiento asertivo</li> <li>· Entrenamiento para hablar en público</li> <li>- <i>Intervenciones psicoterapéuticas modificadoras de características personales que afectan al enfrentamiento al estrés</i></li> </ul>	
<p>MAS DEPENDIENTES DE LAS MEDIDAS DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo en grupo</li> <li>- Realización progresiva y programada de los cambios organizativos</li> <li>- Objetivos a alcanzar claros y razonables</li> <li>- Participación en los objetivos de la empresa</li> <li>- Trabajo con contenidos</li> <li>- Medidas motivadoras y compensadoras con las personas con tareas monótonas y aburridas</li> <li>- Establecimiento de incentivos que puedan ser logrados por todos</li> <li>- Flexibilizar las normas de funcionamiento que exijan un gran esfuerzo adaptativo</li> <li>- Racionalizar los procedimientos de evaluación de las personas</li> </ul>	

	- Escuchar las quejas del personal en relación a los problemas en el trabajo	
--	--	--

=====

### *Postdata*

El estudio realizado ha dejado pendiente una segunda fase necesaria donde los hallazgos clínicos derivados de las condiciones laborales se relacionen con la incidencia de las bajas laborales, el papel que juegan dentro del conjunto del proceso terapéutico, incluida la reincorporación así como su duración. En síntesis, el desarrollo del estudio que aquí finaliza, debe continuarse profundizando los aspectos siguientes:

- las relaciones existentes entre el conflicto laboral, la gravedad del trastorno clínico y la incidencia de la baja laboral
- establecer la relación existente entre los casos derivados por causa exclusiva de “discomfort laboral” y las bajas dadas
- las relaciones existentes entre estrés laboral, reacciones desadaptativas y absentismo laboral
- las relaciones existentes entre la gravedad del cuadro clínico y psicopatológico y la duración de la IT
- las relaciones existentes entre cumplimiento terapéutico y tiempo de reincorporación laboral

Relaciones entre estrés y absentismo laboral, entre gravedad clínica y duración de IT, entre cumplimiento del tratamiento y tiempo medio de reincorporación laboral. Considerar la adherencia al tratamiento en el Centro de S.M. y analizar sus causas.

En la *memoria* que se aporta en documento aparte se avanzan posibilidades de dar continuidad al trabajo mediante la inclusión de la *red de atención primaria* para poder delimitar mejor la incapacidad laboral transitoria y el absentismo laboral.

Indice de Tablas

- Tabla I. Casos derivados al CSM de Majadahonda desde atención primaria. Años 2000 a 2007
- Tabla II. Cuestionario base para la recogida de datos de estres laboral
- Tabla III. Diagnósticos clínicos de los casos derivados por problemas laborales (muestra de año 2004)
- Tabla IV. Cuadro diagnóstico de MAP y especialistas integrando los juicios principales y secundarios
- Tabla V. Ordenación clínica a partir del juicio principal del PIC del MAP
- Tabla VI. Ordenación de los juicios clínicos a partir de casos de estres laboral en el CSM de Majadahonda (año 2004: 194 casos)
- Tabla VII. Guía nosográfica de apoyo diagnóstico al estres laboral
- Tabla VIII. Población Distritos
- Tabla IX. Recursos humanos Distritos
- Tabla X. Casos atendidos
- Tabla XI. Casos nuevos adultos e infantil (Majadahonda, 2005 a 2007)
- Tabla XII. Casos nuevos por mes, año 2005 (adultos e infantil)
- Tabla XIII. Diagnóstico según CIE-9: Reacción de adaptación (309)
- Tabla XIV. Diagnósticos en atención primaria y especializada
- Tabla XV. Diagnósticos a partir de los PIC de los MAP de Majadahonda y Vallecas-Villa
- Tabla XVI. Diagnósticos de los especialistas de los CSM de Majadahonda y Vallecas-Villa
- Tabla XVII. Datos-resumen de Majadahonda y Vallecas-Villa
- Tabla XVIII. Características de los dos casos presentados
- Tabla XIX. Guía diagnóstica para los casos de estrés laboral
- Tabla XX. Factores de protección y de riesgo frente al estrés laboral

## Referencias bibliográficas y documentación

### I. Libros

- Aboulker, P. Y cols. *Psychosomatique et chronicité*. Librairie Maloine S.A., Paris, 1964
- Abramson, J.H.: *Métodos de estudio en Medicina Comunitaria*. Díaz de Santos, 1990. (Ed. original, 1984)
- Acosta, J.M<sup>a</sup>: *Gestión del estrés*. Bresca Profit Ed., Barcelona, 2008
- Agra, B., Fernandez, R. y Tascón, R.: *La respuesta juridico-laboral frente al acoso moral en el trabajo*. Ediciones Laborum, Murcia, 2004
- Aguilar Villanueva, L.F. *Gobernanza y gestión pública*. FCE, 2007.
- Alonso-Fernandez, F. *Psicopatología del trabajo*. Edika-Med S.L., Barcelona, 1998
- Antón, A. *El estrés del médico: método de relajación*. Madrid: Díaz de Santos, 1999.
- Antón, A. *Estrés en la enfermería: método de relajación*. Madrid: Díaz de Santos, 2002.
- APA (*American Psychiatric Association*)
  - DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, 1980
  - DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Libro de casos. Masson, 1990 (Lab. Geigy)
  - Breviario DSM-III. Criterios diagnósticos. Masson 1983
  - DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson 1988
  - DSM-IV. Libro de casos. Masson 1996
  - Frances, A., First, M.B. y Pícus, H.A. DSM-IV. Guía de uso.. Masson, 1997. ( Lab. Novartis)
  - DSM-IV. Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial. Masson 1999
  - DSM-IV-TR. Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial. Allen Frances y Ruth Ross. Masson 2002
  - DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson 1995
  - DSM-IV Breviario. Criterios diagnósticos. Masson 1995
  - DSM-IV. Manual de diagnóstico diferencial. Masson 1996
- Arce Arnaez, M. A., Domínguez Carmona, M., Otero Puime, Á., *Evaluación de la satisfacción laboral en los trabajadores de atención primaria y su relación con las condiciones de trabajo*. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva Salud Pública e Historia de la Ciencia, Madrid, 1992.

- Ares Parra, A., Peiró Silla, J. M., *El rol del mando intermedio y el estrés laboral*. Facultad de Psicología, 2001. Madrid: Universidad Complutense, Servicio de Publicaciones.
- Argyle, M. *Psicología del comportamiento interpersonal*. Alianza Universidad, Madrid, 1978
- Arroba, T., & James, K. *Cómo manejar la presión en el trabajo: Guía para la supervivencia*. México: McGraw Hill, 1990.
- Ausfelder, T. *Mobbing: el acoso moral en el trabajo: prevención, síntomas y soluciones*. Barcelona: Océano, 2001.
  
- Bobes, J. y cols. *Trastorno de estrés postraumático en esquemas*. Ars Medica, 2002. (Lab. Pfizer)
- Bobes, J. y cols. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. J. R. Prous Editores, Barcelona, 1995
- Bobes, J. y Cervera, S. *Psiquiatría. Calidad de vida y calidad de asistencia*. Lab. Menarini, 1996
- Borrell, F. (coord.): *Incapacidad temporal. Encrucijada ética, clínica y de gestión*. Grupo de Trabajo de la Semfyc. Barcelona, 1999
- Bosqued, M.: *¡Que no te pese el trabajo!*. Gestion 2000, Barcelona, 2005
- Buceta, J.M<sup>a</sup>; Bueno, A.M<sup>a</sup>; Mas, B. (eds.): *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Dykinson-Psicología, Madrid, 2001
- Buendía, J.: *Vivir con estrés*. Espasa Práctico, Madrid, 2005
- Buendía Vidal, J., & Ramos, F. *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide, 2001.
- Buendía Vidal. *Estrés laboral y salud*. Editorial Biblioteca Nueva, S.L., 1998
- Buendía Vidal, Jose: *Estrés y psicopatología*. Piramide, 1993
- Burin, M. y cols.: *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós. Buenos Aires, 1990
- Bykov, K.M. y Kurtsin, I.T. *Patología Cortico-Visceral*. Ed. Atlante, Madrid, 1968
  
- Cáceres Lema, V. *Evaluación del estrés laboral en los profesionales sanitarios de la Provincia de A Coruña*. Diputación Provincial da Coruña, 2000.
- Calle, R.: *¡Otra vez lunes! Técnicas para superar el estrés laboral*. Ed. Turpial, Madrid, 2008
- Cano Lozano, M.C. y Espinosa Fernández, L. *¡Trabajo demasiado! : claves para sobrevivir al estrés laboral*. Editorial Arguval, S.A, 2006.
- Cano Vindel, A y Miguel Tobal, J.J. *Estrés laboral* (1996). Editorial Antonio Cano Vindel
- Caplan, G.: *Aspectos preventivos en salud mental*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1<sup>a</sup> ed. 1993. Ed. orig. 1989
- Cardona, P., Chinchilla, M.N., Poelmans, S. *Un estudio exploratorio del estrés en directivos españoles, 1999*. ESIC, 2007
- Castilla del Pino, C. *Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación*. Ed. Península, Barcelona, 1968
- Colodrón, A.. *La Medicina Cortico-Visceral. Sus fundamentos fisiopatológicos*. Ed. Península, Madrid, 1966
- Colodrón, A. *La acción humana*. Ed. Península, Barcelona, 1969
- Colodrón, A. *De la enfermedad como respuesta*. Ed. Ayuso, Madrid, 1976

- Cuevas Muñoz, P.. *Clima laboral, factores internos y externos del estrés y apoyo social en personas de salud : morbilidad psiquiátrica relacionada*. Universidad de Cádiz. Servicio de Publicaciones, 1997
- Davis, M.; McKay, M. y Fanining. *Técnica cognitiva para el tratamiento del estrés*. Barcelona. Ediciones Roca. S.A, 1988.
- Delgado, H. *Enjuiciamiento de la Medicina Psicosomática*. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1960
- Duran, M.A., Dir.: *La cuenta satélite del trabajo no remunerado en la Comunidad de Madrid*". Consejería de Economía y Empleo. D.Gral. de la Mujer. Madrid, 2006
- Duran, M.A.: *El valor del tiempo*, Ed. Espasa, 2007
- Duran, M.A: y cols.: *Mujer y trabajo. Problemática actual*. Germania, 2001
- El-Ghandouri, L., *El despido interior*. (Alienta, 2007)
- Fernandez-Abascal, E. G. & Martin, M<sup>a</sup>.D. *Estres y prevencion coronaria*. En Jose M<sup>a</sup> Buceta, Ana M<sup>a</sup> Bueno y Blanca Mas (Eds.): *Intervención psicológica y salud. Control del estres y conductas de riesgo*. Dykinson-Psicología. Madrid, 2001
- Fdez. Aguado, J.: *Patologias organizativas*. Ed. Mindvalve, 2007
- Ferran Ramon-Cortes: *Virus* (RBA, 2007)
- Ferrando Belart, J. *Fuentes, manifestaciones y variables relacionadas con el estrés laboral en una muestra de docentes de Barcelona*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, 1993.
- Figueroa, M.F.: *Te lo digo por experiencia*, (Ed. Directivoplus, 2007
- Flórez Lozano, J. A. *Síndrome de "estar quemado"*. Barcelona: Edika Med, 1994.
- Florez Lozano, J.A.. *Manual de prevencion y autoayuda del "burnout" del médico*. Madrid, 2002. (Lab. Almirall)
- Franco Martínez, S., & Esteve Zarazaga, J. M. *Estrés laboral docente: estudio comparativo con la profesión de enfermería*. Málaga: Universidad, Secretariado de publicaciones, 1995.
- FREMAP: *Nueva normativa de prevención de riesgos laborales. Aplicación práctica*. 2<sup>a</sup> edición. Majadahonda, 1999
- Frías Azcárate, R., *El stress en las U.C.I*. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares, 1994
- Frolov, Y.: *Cerebro y trabajo. Aplicación de las teorías de Pavlov*. Ed. Platina, Buenos Aires, 1965.
- Gabbard, G.O.. "Trastornos de adaptacion", En Gabbard, G.O. *Tratamientos de los trastornos psiquiátricos. Tomo II*. Ars Medica, 2008.
- Gándara Martín, J. J. *Estrés y trabajo: el síndrome del burnout*. Madrid: Cauce Editorial, 1998.

- Gandia Monteagudo, I.. *Curso de control y gestión del estrés laboral*. Formastur, S.A., 2003
- Garcés de los Fayos, E.J. y Nieto García, G. *Estrés profesional y salud laboral*. Picking Pack Service Point, S.A., 1997
- García Campayo, J. & De Juan Ladrón, Y.: *Psiquiatría laboral*. EdikaMed, 2006
- García Jiménez, S. *Síndrome de burnout o el infierno de la ESO*. Alicante: Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert, 2001.
- Gil-Monte, P. & Peiro, J.M<sup>a</sup>: *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Ed. Síntesis, Madrid, 2007, 1<sup>a</sup> reimpresión.
- Golberg, D. y Huxley, P., *Enfermedad mental en la comunidad*, 1980
- Gonzalez de Rivera y Revuelta, J.L. *Las manifestaciones de la ansiedad*. Momento Medico. 2002 (Lab. Fournier)
- Groves, M.S. & Muskin, P.R.. “Respuestas psicológicas ante la enfermedad”. En: James L.Levinson. *Tratado de Medicina Psicosomática. Tomo1*. Cap. 5, (Ars Medica, 2006) (Lab. Almirall)
- Guerrero Barona, E., & Vicente Castro, F. *Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Cáceres: Universidad de Extremadura, 2001.
  
- Haynal, A. y Pasini, W. *Manual de Medicina Psicosomática*. Toray-Masson, Barcelona, 1980
- Hirigoyen, M.F., *El acoso moral en el trabajo*. Ed. Paidós. 2001
- Hirigoyen M. F., *El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Ed. Paidós. Barcelona (1999).
- Hoff, H. y Ringel, E. *Problemas generales de la Medicina Psicosomática*. Ed. Morata, Madrid, 1969
- Hoyo, M.A. del., *Estrés laboral*, INSHT, 1997
  
- Ibañez González, M. y cols.: *Acoso sexual en el ámbito laboral*. Univ. Deusto, Bilbao, 2007
- Illich, I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral Eds., Barcelona, 1975
- Irigoyen, R. *Los clásicos en la empresa. Del currículo de Cervantes al acoso moral del Cid*. Ed. Planeta. 2003
- Ivancevich, J. M., & Matteson, M. T. *Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial* (2a. ed.). México, Ed. Trillas, 1992.
  
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J.. “Trastornos adaptativos”, En: H. I. Kaplan & B. J. Sadock. *Sinopsis de psiquiatría. 8ª Ed.*, Ed. Medica Panamericana, 1999. Williams & Wilkins. 1998
- Katschnig, H., Freeman, H. y Satorios, N. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Masson, Barcelona, 2000. (Janssen-Cilag)
- Kets de Vries M. & Miller, D., *La organización neurótica*. Apostrofe. 1993
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G.: *Salud mental en Europa. Políticas y práctica*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2007
- Kornblit, A. L., & Mendes Diz, A. M. *El profesor acosado: del agobio al estrés*. Buenos Aires: Editorial Humanitas, 1993.

- Lafargue, P. *El derecho a la pereza*, Madrid, Fundamentos, 1973, Ed. Original, 1880
- Layard, R.: *La felicidad: lecciones de una nueva ciencia*. Taurus, 2005
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. *Stress, coping and adaptation*. Nueva York, Springer, 1984
- Lazarus, R. S. y Salkaam, S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Ediciones Roca. S.A., 1986
- Leplat, J.& Cuny, X: *Psicología del trabajo. Enfoques y técnicas*. Pablo del Rio Ed., Madrid, 1978
- Leymann, H.: *Mobbing. La persécution au travail*. Éditions du Seuil, París, 1996.
- Lorenz, K. *La otra cara del espejo*. Plaza & Janes Eds., Barcelona, 1974
- Lorite Ortuño, S. *El estrés laboral*. Editorial Biblosur, 2008
- Loscertales, F., & Juidías Barroso, J. *El rol docente: un enfoque psicosocial*. Sevilla: Muñoz Moya y Montraveta, 1993.
- Madders, J.: *Estres y relajacion. Tecnicas de autoayuda para todos*. Plural de Ed., Barcelona, 1993, 1ª ed. (Ed. orig. inglés)
- Manassero Mas, M. A. *Estrés y burnout en la enseñanza*. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears, 2003.
- Martin Asuero, A.: *Con rumbo propio. Responder a situaciones de crisis*. (Plataforma Editorial, 2008)
- Martínez Plaza, *Estrés. Aspectos médicos*, Mº de Trabajo, 2007
- Mingote Adán, J. C., Pérez García, S., & Antón, A. *Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador*. Madrid: Díaz de Santos, 2002.
- Mingote, J.C. & Perez Corral, F.: *El estres del médico. Manual de autoayuda*. Diaz de Santos/ Pfizer, Madrid, 1999
- Mittelman, B. *Breve tratado de Medicina Psicosomática*. Ed. Paidos, Buenos Aires, 1967
- MSC. *Ministerio de Sanidad y Consumo*
  - Ley General de Sanidad (Ley 14/ 1986 de 25 de abril). Edicion Anotada. MSC, 1987
  - Rodríguez Ocaña, E., *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923)*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988
  - MSC: Informe salud y género 2006
  - Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Sanidad 2007.
- Munuera Moreno, G., *Estrés laboral. Mobbing y organización del trabajo*. Comisiones Obreras. Federación de Servicios y Administraciones Públicas. (2ª ed.). Madrid, 2002: Ediciones GPS.
- Murray, J.L. y Lopez, AD, *The Global Burden of Disease*. Cambridge; Harvard University Press, 1996
- Neufeld, R.W.J.. *Psicopatología y estrés*. Ed. Toray, Barcelona, 1984

- Nogareda Cuixart, C, *El trabajo y tu salud*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003
- Nogareda Cuixart, C y otros. *Condiciones de trabajo y salud*. INSHT, 2000
- Norfolk, D. *El estrés del ejecutivo: cómo reconocer el estrés y utilizarlo en beneficio propio*. Bilbao: Deusto, 1989.
- Nuñez, A. *Conversaciones con Faustino Cordón sobre Biología Evolucionista*. Ed. Peninsula, Barcelona, 1979
  
- Olmedo Montes, M.. *El estrés laboral : estrés laboral y salud*. Editorial Klinik, S.L, 2001.
- OMS (*Organización Mundial de la salud*)
  - Organización Panamericana de la Salud: Trastornos mentales. Glosario y Guía para su clasificación según la 9ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Ed. orig. OMS, 1978. OPS, 1980
  - Kalimo, R., Cooper, C. L., El-Batawi, M. A., Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988
  - OMS: CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor, Madrid, 1992
  - O.M.S.: CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Versión original OMS, 1993. Meditor, Madrid, 1994
  - CIE 10. Glosario de Síntomas para los trastornos mentales. OMS. Ginebra, 1994.
  - OMS: CIE 10. Cap. V. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Meditor, Madrid, 1996
  - Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS, 2001
- Otero, F.J.(Coord.). *Psiquiatría y Ley. Guía para la práctica clínica*. Edimsa, 2008
- Ovejero, A.: *Psicología del trabajo en un mundo globalizado. Como hacer frente al mobbing y al estrés laboral*. Biblioteca Nueva, Madrid, 2006.
  
- Pablo Hernandez, C. Estrés laboral, mobing, burn-out . Formación Alcalá, S.L, 2006.
- Peiró, J. M. *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide, 2000.
- Peiró, J. M., & Salvador, A. *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema, 1993.
- Perez-Llantada, M.C.: *Estres y máximo rendimiento*. Avila. Curso de verano, 2005
- Peter Tyrer. *Clasificación de las neurosis*. Diaz de Santos, 1992 (Lab. Ciba-Geigy)
- Piaget, J. *Seis estudios de psicología*. Barral ed., Barcelona, 1971
- Piaget, J., Nuttin, J. y cols.: *Los procesos de adaptación*. Proteo, Buenos Aires, 1970. Ed. orig. Paris, 1968

- Pierre, A. y Amar, P.: *Guía práctica de coaching* (Paidós, 2007)
- Piñuel y Zabala, I. (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Ed. Sal Terrae.
- Piñuel, I.: *La dimisión interior*. Piramide, 2008
- Piñuel, I., *Mobbing : manual de autoterapia. Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo*. Aguilar, 2003
- Pires, N. *La psicósomática, hoy*. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1976
- Polezhayev, Y.F. y cols.: *Los fundamentos fisiológicos y psicológicos del trabajo*. Moscú, 1974
- Prieto Valiente, L. & Herranz Tejedor, I.: *¿Qué significa “estadísticamente significativo”?*. Díaz de Santos, 2005
  
- Ramos Campos, F.. *El síndrome de Burnout : estrés laboral y salud*. Editorial Klinik, S.L., 2001
- Redorta, J.: *Entender el conflicto* (Paidós, 2007)
- Reynolds, V. *Biología de la acción humana*. Ed. Villalar, Madrid, 1977
  
- Ribera Domene, D., *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante*. Universidad de Alicante, 1993.
- Roca Bennasar, M. Coord. *Trastornos neuróticos*. (SEP & SEPB) (Ars Medica, 2002) (Lab Wyeth)
- Roca Bennasar, M. (Coordinador): *Trastornos del humor*. Ed. Medica Panamericana. 1999
- Rodríguez, N. *Mobbing: vencer el acoso moral*. Barcelona: Planeta, 2002.
- Rodríguez Fernández, A. (Coordinador): *Introducción a la psicología del trabajo y de las organizaciones*. Ed. Pirámide, Madrid, 1998, 1999, 2001
- Rodríguez M, D.: *Diagnóstico organizacional*. Alfaomega Grupo Editor, 3ª edición, 1999
- Rodríguez Hernández, S., Rodríguez Pulido, F. Y Hernández Marrero, J.: *La psiquiatría comunitaria. La integración social y laboral de los enfermos mentales*. Ayuntamiento de Santa Lucía. Proyecto ISLEM, Gran Canaria, 2001
- Rodríguez Marín, C.. *Inteligencia emocional en situaciones de estrés laboral : cuando el lugar de trabajo se convierte en un infierno*. Amares.com, 2007
- Rodríguez-Martos, A. *Problemas de alcohol en el ámbito laboral*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, 1998
- Rof Carballo, J. *Cerebro interno y mundo emocional*. Ed. Labor, 1952. (Asociación Gallega de Psiquiatría.) (Lab. AstraZeneca)
- Russell, B.: *Elogio de la ociosidad y otros ensayos*. Aguilar, Madrid, 1953. 2ª Edición de la vers. original.
  
- Sackett, D.L., Haynes, R.B. & Tugwell, P.: *Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica*. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1989. Ed. orig. inglés, 1985
- Sampedro, J.L. *El mercado y la globalización*. Ed. Destino. Barcelona, 2002
- Sánchez, E. – Larrauri, E.: *El nuevo delito de acoso sexual y su sanción administrativa en el ámbito laboral*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2000

- Sanchez Vallejo, J.. *Con el sudor de tu mente : el estrés laboral o cuando la plusvalía se cobra como propina, la salud mental del trabajador*. Editorial Iralka, S.L., 2006
- Sebastián, O. y Del Hoyo, M.A., *La carga mental de trabajo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004
- Seligmann, M.E.P., *Indefensión*. Ed. Debate, Madrid, 1975
- Sender, R.: *El trabajo como adicción*. Ed. en Neurociencias, Barcelona, 1997
- Sennet, R. *La corrosión del carácter*. Ed. Anagrama. 1998
- Shapiro, P.A.. “Cardiopatías”. (En: James L. Levinson. *Tratado de Medicina Psicosomática*. Tomo 2. Cap. 19) (Ars Medica, 2006) (Lab. Almirall)
- Slaikeu, K.A.: *Intervencion en crisis. Manual para práctica e investigación*. 2ª Edición. Ed. El Manual Moderno, México, 1996. Ed. orig. inglés, 2ª ed. 1990
- Soler, P.A. y Gascon, J. (Coordinadores): *RTM-III. Recomendaciones terapeuticas en los trastornos mentales*. 3ª ed. Ars Medica. 2005
- Taylor, S.J. & Bogdan, R.: *Introduccion a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Barcelona, 1987. Ed, orig. Nueva York, 1984
- Tonon, G. *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del burnout*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2003.
- Toquero de la Torre, F. & Rodriguez Sendin, J.J., Coord: *Guia de Buena practica Clinica en depresion y Ansiedad*. 2ª Ed. Actualizada. (IM&C, 2008) (Lab. Wyeth)
- Travers, C. J., & Cooper, C. L. *El estrés de los profesores: la presión en la actividad docente* (1ª ed.). Barcelona, Paidós, 1997.
- Valdes, M. *El estrés*. Acento Ed., Madrid, 1997
- Velazquez Fernandez, M.. *Impacto laboral del estrés*. Lettera Publicaciones, S.L, 2006.
- Verdugo, M.A., Lopez, D., Gomez, A. y Rodriguez, M. (coord.): *Rehabilitación en salud mental. Situacion y perspectivas*. Amarú Ediciones, Salamanca, 1ª Edición, 2002
- Villanueva Lopez, C.V.. *El estrés laboral y su afrontamiento desde la psicología : papel de las organizaciones y los trabajadores*. Editorial Universidad de Granada, 2005
- Williams, S. & Lesley Cooper: *Manejo del estres en el trabajo. Plan detallado para profesionales*. Ed. Manual Moderno, México, 2004. Ed. orig. inglesa, 2002
- Witkin, G.: *Manual de supervivencia para hombres con estres*. Amat Editorial, Barcelona 2004. Ed. orig. inglesa, New York, 2000.
- Zarco, P.. *La salud del corazón*. (Ed. Temas de hoy, 1996)

## II. Artículos de Revistas y otros documentos

- Agra Viforcós, B.-Fernández Fernández, R.-Tascón López, R.: “Reflexiones al hilo de la jurisprudencia sobre el hostigamiento psicológico en el trabajo (mobbing)”, *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm.115, 2003
- Alarcon Caracuel, M.R.: “Los deberes del empresario respecto a la seguridad y salud de sus trabajadores”, en VV.AA.: *La Prevención de Riesgos Laborales. Aspectos clave de la Ley 31/1995*, Aranzadi, 1996
- Alava, S., “Cómo organizar un taller de prevención y actuación psicológica ante el acoso laboral”, *Revista APySAM. Atención Primaria y Salud mental*, Vol.10. Nº3. 2007: Pags. 39-45
- Almodóvar Molina, A. y cols., “V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo”. *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 33, 2004, pág. 24-42
- Almodóvar Molina, A. “Resultado de la Encuesta de Condiciones de Trabajo”, *Revista "Seguridad y Salud en el Trabajo"* 38, 2006, pág. 29-45.
- Aramendi, P. “Delimitar el concepto de mobbing, clave para una decisión judicial satisfactoria”. *Opinión sanitaria*, 2003. Azprensa.com
- Arancón Vignera, Á., “Estudio sobre la incidencia de la incapacidad permanente para el trabajo según sectores y ramas de actividad económica”, *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 21, 2002, pág. 22-28.
  
- Ballesteros, J.C. y Mandoz-Gurpide, A., “Manejo de las bajas laborales relacionadas con la salud mental. Marco de la intervención y criterios metodológicos”, *Revista APySAM. Atención Primaria y Salud mental*, Vol.10. Nº2. 2007, Pags. 26-30
- Balmaseda, M. y Melguizo, A. “Sobre el nivel de productividad”. *Departamento de estudios del BBVA*
  
- Benavides, F.G. & Delclos Clanchet, J.: “Problemas emergentes en salud laboral. Retos y oportunidades”. *Fundación Alternativas*, 2007
- Bestratén Belloví, M. y Pujol Senovilla, L., “Ética empresarial y condiciones de trabajo”, *Revista "Seguridad y Salud en el Trabajo"*, 42, 2007, pág. 6-17.
- Blanco Barea y Lopez Parada: “La vía penal integrada en el tratamiento de urgencia del acoso moral en el trabajo”, *Revista Jurídica Española La Ley*, 2002-3, D-87
- Blasco Mayor, A. “Las nuevas formas de organización del trabajo derivadas de la descentralización productiva”. *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 18, 2002, pág. 27-38.
- Boberg Pastora, E., “Proyecto de intervención preventiva sobre violencia en lugar de trabajo”. *Instituto Regional de Seguridad y Salud en el trabajo*, 2001.
  
- Carta del Dr. Freud al profesor Einstein sobre la violencia y la guerra. Viena, septiembre de 1932

- Casanova Carrillo, Casanova Sotolongo, Lima Mompó, Casanova Carrillo, Aldana Vilas, “El estrés ocupacional como una de las preocupaciones de la salud pública actual”. *Revista de Neurología*, 2003. Vol. 36, Nº. 6, 2003, pag. 565
- Castán Fernández, F.J. y Gutiérrez Bedmar, M., “Factores de riesgo cardiovascular y tipo de actividad en una población laboral”, *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 29, 2004, pág. 18-43
- Centro de Investigación Biomédica EuroEspe: *La salud del directivo: riesgo y prevención*
- CIMOP., & Instituto de la Mujer (España). (2000). *El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus consecuencias*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Comisión de la Unión Europea (2001) "Violencia en el trabajo". Acta de la reunión de 3 de Marzo de 2001. Doc. 0978/01 ES.
- Conesa Ballester, J y Sanahuja Vidal, M: “Acoso moral en el trabajo: tratamiento jurídico (mobbing)”, *Actualidad Laboral*, núm.30, 2002
- Cortes Generales (1999), “Proposición de Ley sobre la inclusión del acoso psicológico como infracción laboral en el Estatuto de los Trabajadores”. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, Pleno y Diputación Permanente. Año 1999. VI Legislatura. Núm. 224.
  
- Demanda de D<sup>a</sup> Maria del Carmen Cano López por derechos fundamentales y cantidad
  
- EUROGIP Y EUROPEAN FORUM: “Les maladies professionnelles dans 15 pays européens”, 2002.
  
- Fernandez Carou, L. y Llorens Serrano, C.: “Acoso moral (Mobbing): una dimensión del riesgo psicosocial”. *Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud*. CCOO.
- Fernandez, J.A. y Tobio, C.: “Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales”. *Documento Fundación Alternativas*, 2006
- Fernández Jiménez, M. y Herrero García, M., “Cuantificación del absentismo laboral en la empresa”, *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 28, 2003, pág. 4-10.
- FREMAP, “Prevención de riesgos laborales. Curso de capacitación para el desempeño de funciones de nivel básico”. M<sup>o</sup> de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1997
- FREMAP: *Nueva normativa de prevención de riesgos laborales. Aplicación práctica*. 2<sup>a</sup> edición. Majadahonda, 1999
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. “Diez años de condiciones de trabajo en la Unión Europea”. 2000
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Dublin). “El estrés físico y psicológico en el trabajo”. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (1987).
- Fundación Paideia. *El malestar en los profesionales de los Servicios Humanos y Sociales*. La Coruña: Fundación Paideia. (1993).

- Gándara Martín, J. J. y Alvarez Alvarez-Monteserín, M<sup>a</sup>.T., “Burnout, mobbing y bullying: ¿Nuevas psicopatologías o problemas sociolaborales?”. En J. Vallejo. *UPDATE. Psiquiatría*, Masson, 2005
- García, J. et al.: “El síndrome del falso mobbing: dificultades para su diagnóstico en atención primaria”, *Atención Primaria*, 2005, 35, p. 269
- Gervas, J., Ruiz, A. y Perez, M.: “La incapacidad laboral en su contexto médico. Problemas clínicos y de gestión”. Madrid, *Fundacion Alternativas*, 2006
- González de Rivera y Revuelta. “El trastorno por mediocridad inoperante activa. (Síndrome MIA)”. *Psiquis*, 1997, 18 (6): 229-231
- Glez. de Rivera, J.L. “El síndrome del acoso institucional (Mobbing)” . *Psiquiatria.com*, 2001
- Iglesia Huertas, A. de la , “Factores de riesgo cardiovascular en la población laboral española”. *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 5, 2000, pág. 11-23.
- Informe Benchmark Hay Group 2006/07 de “Clima laboral”
- INFORME RANDSTAD. “Calidad del trabajo en la Europa de los quince. El Acoso moral”. *ESADE*, 2003
- *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*. “Estrés laboral” (2004) (Madrid)
- Jover, J.A. “Estudio”. *Annals of Internal Medicine*. Servicio de Reumatología. H. San Carlos. Madrid, 2005
- Leymann, H.: “Contenido y desarrollo del acoso grupal/moral (“mobbing”) en el trabajo”, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996, 5(29)
- Lopez García Silva J. A. y Camps del Saz. P., “Mobbing, aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral”. *Mapfre Medicina*, 1999; 10: 253-60
- López García Silva, J.A. y cols., “Mobbing, acoso psicológico en el trabajo, hostigamiento psicológico en el trabajo (no acoso moral): consideraciones preventivas y jurídicas a propósito de un caso”, *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 29, 2004, pág. 4-16.
- Maqueda Blasco, J. y cols. “IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Avance de resultados”. *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 8, 2000, pág. 21-44.
- Martín Daza F, Lopez García, J.A. y Pérez Bilbao J., “El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing.”. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. *Revista Salud y Trabajo*, nº 118, 1996, pp. 10-14
- Martín Martín, J.J.: “Nuevas formas de gestión en las organizaciones sanitarias”. *Lab. Alternativas*, 2003
- Maslach, C. “Inventario Burnout de Maslach (MBI): Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial”. Madrid: TEA, 1997.
- Mingote, J.C. y cols., “El síndrome de desgaste profesional o cómo es la salud de los profesionales sanitarios”, *Revista APySAM. Atención Primaria y Salud mental*, Vol.5. Nº 4. 2002, Pags. 5-13
- Mingote, J.C. y cols., “Violencia en los lugares de trabajo” *Revista APySAM. Atención Primaria y Salud mental*. Vol.9. Nº2. 2006: Pag. 4-15

- Molina, B.: “Mobbing o acoso moral en el lugar de trabajo”. *Relaciones Laborales*, núm.3, 2002
- Molina Navarrete, C.: “Del silencio de la Ley a la Ley del silencio”. Estudios Financieros. *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, núm.242, 2003
- Molina Navarrete, C.: “La tutela frente a la “violencia moral” en los lugares de trabajo: entre prevención e indemnización”, *Aranzadi Social*, 2001-V
- Nieto, M. A. P., Cano-Vindel, A., Tobal, J. J. M., Camuñas, N., Sayalero, M. T., & Blanco, J. M. “La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: Un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento”. *Ansiedad y Estrés*, 2001, 7(2-3), 247-257.
- OIT 98/30 (1998). “La violencia en el trabajo: un problema mundial”. Comunicado de Prensa.
- Olivares, C. y Martínez, T., “Acoso psicológico en el trabajo (mobbing). A propósito de un caso”, *Revista APySAM. Atención Primaria y Salud mental*, Vol.5. Nº 4. 2002, Pags. 32-35
- Olmeda García, M.S.; García Olmos, A. M<sup>a</sup>: “Demandas por estrés laboral en un Centro de Salud mental”. *Psiquiatria.com*, 16. 2. 2004
- Paoli, P, “Segunda encuesta europea sobre las condiciones de trabajo”, 1996. *Fundacion Europea*, 1997
- Peiró, J. M., “El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva”, *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 13, 2001, pág. 18-38
- Peiró, J. M. y cols., “Análisis y diagnóstico de las situaciones y experiencias de estrés colectivo en las unidades de trabajo y en las organizaciones de servicios sociales”, *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 20, 2002, pág. 11-20
- Pineda Segura C., “El hostigamiento psicológico en el trabajo, el mobbing”. *Revista de Trabajo y SS*, 2001, 215, 143-198
- Piñuel y Zabala, I., “Informe Cisneros II sobre “violencia en el entorno laboral”. La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España”. *Universidad de Alcalá de Henares*, 2002
- Prieto-Orzanco, A., “Hostigamiento laboral (mobbing) y sus consecuencias para la salud”, *Atención Primaria*, 2005, 35, pp. 213-14
- Randstad/ Instituto Laboral de ESADE. *Gestionar la edad a partir de la sociedad del conocimiento*.
- Resolución del Parlamento Europeo sobre el acoso moral en el lugar de trabajo [2001/2339/(INI)].
- Reverte, D. “El negocio de la sanidad y la medicalización de la vida”. 10.06. 2006
- Revuelta, A. y cols., “Aproximación al problema del estrés laboral”, *Revista APySAM. Atención Primaria y Salud mental*, Vol. 7. Nº4. 2004: Pags. 21-29
- Robles, E., García, F. y Bernabeu, J.: “La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990”. *Revista Española de Salud pública*, vol 70, nº2, 1996

- Rodero Vicente, “Informe psiquiátrico sobre el pequeño David”. 2003
- Rodríguez, D., Pujol Salud, J., Vallano Ferraz, A. “Describir los resultados de las intervenciones en la práctica clínica”. En Guía de investigación clínica para atención primaria; 2005 Ediciones Mayo, S.A. [Acceso en: <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/bin/view/IAP/GicapCap7>; 22 de marzo de 2009; 83-92]
- Rodríguez, I. y cols., “El modelo AMIGO y la metodología PREVENLAB-PSICOSOCIAL: Aportaciones y retos en la prevención de los riesgos psicosociales”, *Revista "Seguridad y Salud en el Trabajo"*, 42, 2007, pág 17-25.
- Ruano Hernández. A., “Violencia y agresividad en el trabajo”. *Mapfre Seguridad* nº 78 (2000).
- Sáez Navarro M<sup>a</sup> Concepción: “Algunas cuestiones sobre el mobbing en el trabajo”. *Aranzadi social*, 2001, vol 2, nº 10
- Salanova, M. y cols., “¿Por qué se están "quemando" los profesores”, *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 28, 2003, pág. 16-20.
- Sánchez Cábaco, A., “Variables individuales cognitivo-emocionales y grupales en las nuevas patologías. El caso del mobbing o acoso psicológico en las organizaciones”. *Revista Educación, salud y trabajo*, nº 0, 1999, pp. 235-250
- Santos Guerras, J. J. “Evaluación de riesgos para trabajadores discapacitados”. *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 16, 2001, pág. 18-36.
- Sanz, L.J. y cols. : “Una experiencia de abordaje grupal de los conflictos laborales”, *Revista de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría)*, nº 103.
- Schaufeli, W. B. y Salanov, M. L., ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo?. *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 20, 2002, pág. 4-9.
- SECRETARÍA CONFEDERAL DE LA MUJER. CCOO. “El acoso sexual en el trabajo en España”. Madrid 2000.
- Serrano, F.J., “Estrés laboral, mobbing y salud mental”, *Revista APySAM. Atención Primaria y Salud mental*, Vol.8. Nº4. 2005: Pags. 38-43
- Tejedor Aibar, M.<sup>a</sup> M., “La investigación en seguridad y salud en el trabajo”, *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*, 35, 2005, pág. 25-38.
- Tudela, G. y Y. Valdeolivas, Y.: “Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral”. *Fundación alternativas*, 2005
- Velázquez M., “La respuesta jurídico legal ante el acoso moral en el trabajo o mobbing”. *Capital humano*, 2003, junio, año XVI, pp. 66-81

III.- *Prensa escrita en medios de comunicación (incluida la red)*

*Año 1999.-*

- "Hay que acabar con fulanito" Dic. 1999, ABC . Saez, F.
- 12-4-1999 La Vanguardia: "Acoso psicológico en el trabajo", Art. Técnico. Bilbeny, N.,
- 11-1-1999 Rev. Tiempo: " Acoso moral ¿Es usted una de sus víctimas?". Mesquida, E. y Rebollo, P.,

*Año 2000.-*

- 2-4-2000 La Vanguardia: " Trabajo a presión". Díaz Prieto, M.,
- 25-4-2000 La Nación: "Consejos para ser perverso". Mosquera, JB.,
- Feb. 2000 ABC: "Mobbing: Perversión en la oficina". Barroso, M. A.,

*Año 2001.-*

- 28-10-2001 El Mundo: "¿Es usted víctima del "mobbing" en el trabajo?", extraído del libro Mobbing: Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Piñuel, I.
- 11-9-2001 El País: "Llorar de impotencia". Sánchez Carazo, C.,
- Julio 2001 Madrid Sindical : "El acoso en el trabajo es accidente laboral". García, A.
- 12-6-2001 Madridiario: "El gerente de la Complutense declarará como querrellado por un delito de acoso moral", E. P.
- 10-6-2001 Diario de Alcalá de Henares: "Un profesor de la UA estudia el acoso moral en las empresas", Colas, X.
- 4-6-2001 El País: "Leyes frente a huellas invisibles", C.B.
- 4-6-2001 El País: "Más de millón y medio de españoles son víctimas de acoso moral en el trabajo", C.B.
- 4-6-2001 El Norte de Castilla: "Penas para el acoso laboral". Elorriaga, G.
- 2-6-2001 El País: "El PSOE exige que el acoso moral sea catalogado como enfermedad laboral", EFE/Madrid.
- 29-5-2001 La Vanguardia: "El PSC exige la inclusión del acoso moral en la legislación de riesgos laborales", (Efecom.)
- 28-5-2001 La Vanguardia: "Francia castigará el acoso moral en el trabajo con penas de hasta un año de prisión". González Cabezas, J. R.
- 27 -5-2001 El País: "Catástrofes Morales". Millás, J. J
- 20-5-2001 Diario 16: "Acoso moral en el trabajo". Gutiérrez Sanjuán, M.
- 15-5-2001 El País: "La UE define el acoso moral en el trabajo y proyecta su

regulación", Blanco, C.

- 13-4-2001 El País: "La lenta y silenciosa alternativa al despido", Blanco, C.
- 13-4-2001 El País: "Las cuatro etapas", Blanco, C.

*Año 2003.-*

- Delimitar el concepto de mobbing, clave para una decisión judicial satisfactoria. Pablo Aramendi. 25.6.03
- Informe psiquiátrico sobre el pequeño David. Rodero Vicente. 31.10.03
- Un compuesto de vitaminas, minerales y extracto de ginseng reduce la fatiga, mejora la memoria y disminuye la sensación de estrés generada por los cambios de turno. El Medico Interactivo. 22.11.03

*Año 2004.-*

- El acoso laboral afecta al 15 por ciento de los españoles, 6 puntos por encima de la media europea. El Médico Interactivo, 23.10.04
- Uno de cada cuatro trabajadores sufre trastornos por el desgaste físico. El Medico Interactivo, 21.1.04
- Violencia física y psicológica en parejas adolescentes: mas común de lo que parece. El Médico Interactivo, 23.10.04

*Año 2006.-*

- Los sueldos de los médicos varían más del 50% entre comunidades. E. De B. (El País 15.12.06)
- Causas que justifican un cambio en el horario laboral (Expansion & Empleo 2 y 3.12.06)
- Como erradicar la violencia psicológica (El País Domingo Negocios 26.11.06)
- Los españoles sufren la situación laboral más sacrificada del euro(Expansion 26.8.06)
- Menos tiempo de baja (El País 13.6.06)

*Año 2007.-*

- Phelps, en Burgos. Mauro Guillen y Emilio Ontiveros. (El País 10.4.07)
- La participación de los salarios en la riqueza nacional cae a mínimos históricos. Concha Martín. (El País 1.5.07)
- Nadine Gordimer. Premio Nobel de Literatura. "El materialismo lo ha conquistado todo". Michael Skafides (El País 20.5.07)
- El salario real medio ha bajado un 4% en 10 años pese al fuerte crecimiento económico. Andrea Rizzi. El País 24.6.07

- Vicenc Navarro. Catedrático de la Pompeu Fabra. “Las desigualdades de renta están creciendo”. A.R. El País 24.6.07
- El falso acoso moral ¿una moda?. M. Lezaun/ Q. Rodríguez. Expansión 30.7 y 1.8.07
- Publicas o pereces. A.R. El País 5.7.07
- Quemados por el trabajo. Ana Colmenarejo. Expansión 14 y 15.7.07
- A Portugal con tu médico. Fernando Delgado. El País 9.10.07
- Jubilación a los 70. Jose Maria Lastras. El País 18.11.07
- Antigüedad y despido. Jose M<sup>a</sup> Lastras (El País Domingo Negocios 4.3.07)
- Baja el compromiso del empleado (Expansión & Empleo 3 y 4.2.07)
- Cosas que el dinero puede comprar, o no (El País 10.2.07)
- Contrato de obra. Jose M<sup>a</sup> Lastras (El País Domingo Negocios 25.2.07)
- Cambio de turno sin reducir jornada para poder conciliar (Expansión 17 y 18.2.07)
- Dolor muscular el enemigo del trabajo (Expansión & Empleo 21 y 22.4.07)
- Durante una excedencia se puede trabajar (Expansión & Empleo 1 y 2.9.07)
- En la sala de espera de la felicidad (Expansión 24.2.07)
- El rumor la antesala de la bancarrota (Expansión 24.2.07)
- Enganchados al trabajo (El País 13.2.07)
- El empleo goza de buena salud (Expansión & Empleo 7 y 8.7.07)
- Enfermedades invisibles (El País Domingo Negocios 23.9.07)
- España pierde 32.000 millones por la baja productividad de los funcionarios (Expansión, 9.07)
- El compromiso laboral (El País Domingo Negocios 7.10.07)
- El conflicto y enfrentamiento no es acoso moral (Expansión & Empleo 6 y 7.10.07)
- El gran motor de la economía trabaja en casa (El País 28.10.07)
- El ordenador de trabajo puede ser examinado por la compañía (Expansión & Empleo 10 y 11.11.07)
- Esperen a tener 65 años... o más (El País Domingo Negocios 9.12.07)
- El agujero económico de las bajas ( Expansión & Empleo 17 y 18.11.07)
- Faltan médicos del trabajo (Expansión & Empleo 21 y 22.4.07)
- Felicidad e ingresos. Guillermo de la Dehesa (El País 19.1.07)
- Guerra y Paz en las organizaciones (El País Domingo Negocios 7.10.07)
- Hijos, daños colaterales del exceso de trabajo (El País 20.5.07)
- Inmigración, precariedad y salud laboral (El País 3.4.07)
- La salud, ¿un activo más? ( Expansión & Empleo 17 y 18.11.07)
- Las empresas que concilian son más productivas (El País Domingo Negocios 4.3.07)
- La sinrazón de la reunión. Clara Ruiz de Gauna. (Expansión 10.11.07)
- Los amoríos en el centro de trabajo dejan de ser tabú (El País & The New York Times 29.11.07)
- Los riesgos laborales a la cadena de mando (Expansión 17.3.07)

- Mas felices pero sin fuerzas (El Pais 26.11.07)
- Mitos del trabajo en equipo (Expansion & Empleo 24 y 25.11.07)
- ¿Puede Fernando Alonso demandar por mobbing a McLaren?. (Expansion & Empleo 27 y 28.10.07)
- Queremos lo mejor del profesional, no tener clones (Expansión 17 y 18.11.07)
- Reducir el absentismo (Expansion & Empleo 3 y 4.2.07)
- Relaciones laborales de alto riesgo (Expansión 17 y 18.11.07)
- Se buscan profesionales versátiles (Expansión 17 y 18.11.07)
- Sin compromiso trabajar no tiene sentido (El Pais Domingo Negocios 25.11.07)
- Suspenso en economía del conocimiento (El Pais Domingo Negocios 25.3.07)
- Tiempo parcial . Jose M<sup>a</sup> Lastras (El Pais Domingo Negocios 11.2.07)
- Trabajadores competentes. Antonio Blanco Prieto. Ed. ESIC (El Pais Domingo Negocios 1.4.07)
- Trabajo global (El Pais 9.4.07)
- Tratamiento de enfermedades como accidentes de trabajo (Expansion & Empleo 1 y 2.12.07)
- Un buen líder debe saber escuchar (Expansion & Empleo 29 y 30.9.07)
- Un síndrome con mucho cuento (Expansion & Empleo 1 y 2.9.07)

*Año 2008.-*

- La dejadez de la Administracion no afecta a la jubilacion parcial. Marta Esteban. Diario medico 13.6.08
- La encrucijada de la jubilación parcial. Tamara Vazquez y Beatriz Elias. Expansión 15 y 16.11.08
- Conflictos en la vuelta al trabajo tras una excedencia por cuidado de hijo. Jose M<sup>a</sup> Carpena. Expansion. 13 y 14.12.08
- Demasiado estrés. Meditalo (El Pais 28.5.08)
- Estar mas no significa trabajar mas (El Pais 1.5.08)
- El estrés ocasionado por el trabajo podría duplicar el riesgo de sufrir depresión (Diario Medico 3.6.08)
- El trabajo es bueno para la felicidad y para la salud. Diario Medico 15.5.08
- El acoso laboral puede derivar en una neurosis de renta. Diario Medico 29.4.08
- El 22% de los empleados de la Comunidad falta al trabajo a diario. El Pais 16.4.08
- El estrés de dejar de trabajar (El Pais 12.7.08)
- El Roto. (El Pais 30.6.08)
- La doble jornada daña la salud. (El Pais 15.4.08)
- La supermujer se extingue (El Pais 7.4.08)
- Puede haber despido durante una baja temporal por enfermedad (Expansion & Empleo 1 y 2.3.08)
- Vivir con síndrome de fatiga crónica. ABC 17.5.08

*Año 2009.-*

- El absentismo también sufre la crisis. Carmen Sanchez Silva. El Pais 18.1.09
- La coordinacion de las bajas laborales. Fernando G. Benavides y Olga Pané. El Pais 20.1.09
- Lo que da dinero es la felicidad. Tino Fdez. Expansion 31.1 y 1.2.09
- Izaskun contra las promesas incumplidas. Carmen Moran. El Pais 1.2.09
- Esta no es mi empresa. El desapego de los profesionales del siglo XXI. Ignacio Muro Benayas. El Pais 8.2.09